



Министерство здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный медицинский
университет имени Абуали ибни Сино»



ИННОВАТСИЯ ДАР
ТИБ – АЗ ИЛМ БА
АМАЛИЯ



1-ДЕКАБРЯ | ДУШАНБЕ
2023

ИННОВАЦИИ В
МЕДИЦИНЕ: ОТ
НАУКИ К ПРАКТИКЕ



INNOVATIONS IN
MEDICINE: FROM
SCIENCE TO PRACTICE



МАТЕРИАЛЫ
КОНФЕРЕНЦИИ
ТОМ-1

71

научно-практическая
конференция с
международным
участием





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



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

ИННОВАТСИЯ ДАР ТИБ: АЗ ИЛМ БА АМАЛИЯ

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

INNOVATIONS IN MEDICINE: FROM SCIENCE TO PRACTICE

Материалы научно-практической конференции
ГОО «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-ой годичной)
«**Инновации в медицине: от науки к практике**», с международным участием

ТОМ 1

**(ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ,
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ И ПЕДИАТРИЯ)**

Душанбе
01.12.2023

**Организационный комитет 71-й научно-практической конференции
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием**

Абдуллозода Дж.А.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Гулзода М.К.	заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ ТГМУ 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
Кобиллов 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

Носири К.Н.	начальник службы ректора, к.м.н., доцент
Додхоев Д.С.	начальник международного отдела, д.м.н.
Абдуллозода С.М.	начальник учебно-методического управления, к.м.н.
Табаров М.С.	декан медицинского факультета, д.м.н., профессор
Махмудзода Х.Р.	директор центра стратегического развития и менеджмента, к.м.н.
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
Юлдашева У.П.	декан стоматологического факультета, к.м.н., доцент
Зокиров Р.Х.	декан педиатрического факультета, к.м.н., доцент
Бахтиёрова Н.Б.	декан медико-профилактического факультета, доктор PhD
Каландарзода Ё.К.	декан фармацевтического факультета, к.б.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
Юсупова М.Х.	ассистент кафедры внутренних болезней №1, к.м.н.
Умарова З.Д.	специалист отдела науки и инноваций
Мавлонова С.Н.	специалист отдела науки и инноваций к.м.н.
Мириарофов М.М.	председатель комитета по делам молодежи
Кабиров Дж.Н.	ведущий специалист отдела подготовки научных кадров, к.х.н.
Бозоров С.С.	ассистент кафедры дерматовенерологии
Нарзиева Ф.А.	специалист отдела подготовки научных кадров
Субхонова Г.С.	специалист отдела подготовки научных кадров
Манонова П.И.	специалист отдела подготовки научных кадров
Халилова Д.Р.	делопроизводитель отдела науки и инноваций

Информационно-техническая поддержка

Юлдошев У.Р.	заведующий кафедрой русского языка, академик АПСН РФ, д.п.н., профессор
Ворисов А.А.	заведующий отделом делопроизводства службы ректора, к.м.н.
Юсупов А.И.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н., доцент
Мазитов М.Г.	главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Назриев Н.Х.	заведующий типографией ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Эгамназаров Х.Н.	специалист международного отдела, доктор PhD
Тошов Х.	специалист международного отдела
Болтаева Л.Х.	заведующая библиотекой
Лысых О.А.	ассистент кафедры русского языка
Султанова Д.Х.	ассистент кафедры русского языка
Файзов Э.М.	начальник отдела социального маркетинга
Азизов Дж.Н.	директор центра информационных технологий
Сафаралиев Ф.Б.	администратор сети
Сафаров Н.Х.	специалист учебно-методического управления

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

Уважаемые коллеги и участники конференции!

В современном мире, где технологии и наука используются в комплексе, область медицины претерпевает значительные изменения. Мы становимся свидетелями стремительных изменений в области здравоохранения, где инновации переносят нас из мира научных исследований в реальную практику лечения. В рамках темы нашей конференции "Инновации в медицине: от науки к практике" стоит отметить несколько последних и наиболее значимых инноваций, которые формируют будущее медицины.

Генная терапия и редактирование генома стали одним из самых захватывающих направлений в медицинских исследованиях последних лет. Революционные технологии, такие как CRISPR-Cas9, позволяют идентифицировать и изменять гены, открывая новые перспективы для лечения ряда генетических заболеваний.

Искусственный интеллект становится незаменимым инструментом в медицине. Алгоритмы машинного обучения используются для анализа медицинских данных, диагностики заболеваний и разработки персонализированных методов лечения. Это не только повышает точность диагнозов, но и сокращает время и ресурсные затраты.

Терапия с использованием CAR-T-клеток (химерных антигенных рецепторов Т-клеток) является новым подходом к лечению определенных видов рака. Этот метод заключается в использовании модифицированных собственных Т-клеток пациента, что повышает их способность бороться с определенными типами раковых клеток. Такие методы терапии открывают новые горизонты в лечении рака.

Наномедицина и адресная доставка лекарственных средств. Развитие нанотехнологий в медицине позволяет создавать наночастицы для точной доставки лекарственных препаратов в организм. Это не только повышает эффективность лечения, но и снижает побочные эффекты. Наномедицина открывает новую эру в лечении различных заболеваний, включая рак и инфекционные болезни.

Телемедицина и виртуальные консультации. Развитие информационных технологий привело к внедрению телемедицины, что позволяет пациентам получать квалифицированную медицинскую помощь на расстоянии. Виртуальные консультации, онлайн-мониторинг и дистанционные обследования становятся стандартом оценки и мониторинга состояния здоровья, особенно в условиях глобальных вызовов, таких как пандемия.

Эти лишь некоторые из инноваций, которые в настоящее время формируют медицинскую картину будущего. Инновации не только предоставляют нам инструменты для борьбы с болезнями, но и проливают свет на новые методы поддержания здоровья и качества жизни.

Последние достижения призывают нас к осознанию того, что инновации в медицине - это не просто научные открытия, но и трансформация нашего общества. Мы становимся свидетелями перехода от традиционной модели лечения к более персонализированной и эффективной системе заботы о здоровье. Такие изменения требуют от нас не только технической готовности, но и гибкости мышления, способности к инновационному подходу и коллективной ответственности.

Наши университеты, как источники знаний и интеллектуального капитала, играют ключевую роль в формировании будущего здравоохранения. Конференция "Инновации в медицине: от науки к практике", как площадка для обмена идеями, предоставляет участникам возможность не только рассмотреть последние научные тенденции, но и принять участие в формировании коллективного видения будущего здравоохранения.

Выражаю надежду, что данная конференция станет форумом, вдохновляющим на новые открытия и укрепляющим наше стремление к медицинским инновациям. Большое количество поступивших научных работ свидетельствует о повышенном интересе к проводимой нами конференции. На данную конференцию поступило 1364 статей, из которых 209 статей поступило из ближнего и дальнего зарубежья. Запланировано прослушать и обсудить 338 докладов, включая 106 докладов из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Дорогие друзья и коллеги! Хочу пожелать Вам плодотворной работы и эффективного взаимодействия. Не сомневаюсь, что работа конференции будет продуктивной, и каждый участник приобретет новые идеи, деловые связи и опыт, а предлагаемые рекомендации будут воплощены в жизнь.

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

Абдувохидов Б.У., Давлатов Д.А., Хван И.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО СИСТЕМНО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОБЕДНЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. По литературным данным наблюдается тенденция к раннему первичному устранению врожденных пороков сердца с обедненным легочным кровотоком [1]. Однако в сложных случаях по-прежнему существует потребность в паллиативной коррекции порока, включая использование модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу (МАОТ). При данной операции проксимальный конец искусственного сосудистого протеза подшивается к подключичной артерии, а дистальный к легочной артерии. Преимуществом МАОТ является то, что сохраняется нормальная анатомия подключичной артерии пациента, что позволяет увеличить шунтирующий поток по протезу с ростом ребенка [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить 5-летний опыт применения модифицированного подключично-легочного анастомоза по Блелок-Тауссигу у пациентов с обедненным легочным кровотоком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В РНЦССХ (г. Душанбе) за период с февраля 2012 года по февраль 2020 года были оперированы 32 пациента со сложными врожденными пороками сердца. Возраст пациентов варьировал от 4 месяцев до 16 лет (средний возраст $13 \pm 6,7$ месяцев). Вес больных колебался от 4 до 39 кг, рост - от 65 до 150 см. Из 32 детей 21 (65,6%) мужского пола, а 11 (34,4%) женского. В зависимости от нозологии ТФ имело место у 15 (46,87%) детей. У остальных 17 (53,13%) детей имелись: единственный желудочек сердца - 6 (18,75%) случаев, атрезия легочной артерии - 6 (18,75%) и атрезия трикуспидального клапана в 5 (15,62%) случаях. Размер шунта подбирали в зависимости от веса и возраста пациента. Трём пациентам (9,38%) из-за сильной гипоксии и ацидоза имевшего место при поступлении были выполнены экстренные операции. Для наложения МАОТ использовался протез из политетрафторэтилена фирмы «Gore-Tech». Выбор размера шунта зависел от веса пациента: 4 мм протез был использован у младенцев весом от 3 до 6 кг, 5 мм у детей весом от 6 до 10 кг, 6 мм при весе ребенка от 10 до 20 кг, 7 мм при весе более 20 кг. Шунт диаметром 7 мм наложен 4 пациентам, 6 мм использовали 10 пациентам, 5 мм – 11 и 4 мм - 7 пациентам. Всем пациентам анастомозы наложены слева. Показанием к паллиативной операции являлись частые одышечно-цианотические приступы и нарастание цианоза у детей с маленьким диаметром легочных артерий.

Всем больным выполнены такие методы исследования как: эхокардиография, катетеризация полостей сердца, рентгенография грудной клетки, электрокардиография, измерение периферической сатурации и методы лабораторного исследования.

В работе оценивались данные пульсоксиметрии, уровень гемоглобина и эритроцитов в периферической крови. Перед операцией двунаправленного кавопульмонального анастомоза (ДКА) для оценки архитектоники сосудистого русла легочных артерий проводилась ангиопульмонография. Оценивали индекс Nakata и отношения McGoon.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем 32 пациентам со сложными ВПС в качестве первого этапа хирургической коррекции наложен модифицированный подключично-легочный анастомоз. Используемый размер искусственного протеза увеличивался с возрастом и весом пациента (таблица 1).

Таблица 1. Зависимость размера шунта от возраста и веса пациента

Размер шунта (n)	Возраст (месяц)	Возрастной диапазон (месяц)	Вес (кг)	Диапазон веса (кг)
4мм (7)	$8,2 \pm 7,1$	$4,0 \pm 24$	$4,9 \pm 1,0$	$3,0 \pm 6,0$
5мм (11)	$56,2 \pm 21,8$	$9,0 \pm 84$	$8,0 \pm 1,2$	$6,2 \pm 10,0$
6мм (10)	$89,6 \pm 22$	48 ± 115	$14,9 \pm 3,1$	$10,4 \pm 20,0$
7мм (4)	$156,2 \pm 25,7$	132 ± 192	$26,1 \pm 8,2$	$20,5 \pm 39,0$

Большинство пациентов (81,25%) были экстубированы в течение первых 6 часов после операции. Во всех случаях больным после операции проводилась гепаринотерапия. Первоначальная антикоагулянтная терапия после МАОТ проводилась внутривенным введением гепарина в дозе от 50 до 70 Ед/кг в течение первых 24 часов. С 1-го дня после операции и в течение 3 месяцев все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 5 мг/кг/сутки.

Из 32 прооперированных пациентов 1 (3,13%) умер на 5-й день из-за гипертонии малого круга кровообращения, отека легких и полиорганной недостаточности. Этому пациенту был наложен анастомоз 5-миллиметровым политетрафторэтиленовым протезом.

Кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено у двух (6,25%) пациентов. На фоне применения гемостатических препаратов удалось устранить данное осложнение. У трех (9,39%) пациентов на 4-5 сутки после операции на контрольной рентгенограмме выявлен экссудат в плевральных полостях. После эвакуации экссудата пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение у детского кардиолога по месту жительства.

В отдаленном послеоперационном периоде проводился контроль за состоянием 31 оперированного больного. Все пациенты находятся под регулярным контролем детского кардиолога по месту жительства и чувствуют себя хорошо. Девяти (28,12%) пациентам с тетрадой Фалло в последующем была выполнена успешная радикальная коррекция порока. У пациентов с ЕЖС в 13 (40,62%) случаях был наложен двунаправленный кавопульмональный анастомоз, и 4 (12,5%) состоят в списке ожидания на операцию ДКА. У шести (46,2%) пациентов из этой группы в среднем через 3 года 6 месяцев следующим этапом проведена гемодинамическая коррекция (процедура Фонтен).

ОБСУЖДЕНИЕ. Одним из основных показаний для МАБТ у детей со сложным ВПС с ограниченным легочным кровотоком является необходимость в первоначальной разгрузке сердца [3, 4]. Мы установили, что увеличение отношения шунта к весу ребенка является фактором риска смертности. Как установлено в нашем исследовании, есть несколько факторов, которые влияют на избыточную циркуляцию крови в малом круге кровообращения. К ним относятся наличие имеющегося дополнительного источника потока крови в легкие, а также длина и размер шунта, в дополнение к размеру ветвей легочной артерии. Применение паллиативных операций рискованно у пациентов с низким весом, у которых имеется дилемма между небольшим шунтом с более высоким риском окклюзии и большим шунтом с более высоким риском избыточной циркуляции и с системным обкрадыванием.

Полную гемодинамическую коррекцию цианотических пороков все чаще заменяют двух-трехступенчатые процедуры в современных медицинских центрах, хотя есть еще авторы, предпочитающие раннее паллиативное лечение [5]. Мы считаем, что в развивающихся странах, двух- и трехэтапная процедура это единственный возможный вариант спасения детей с такими сложными пороками сердца.

Мы выбрали модифицированный, а не классический анастомоз по Блелок-Тауссигу у всех наших пациентов по следующим причинам: техническая легкость; гарантия широкого проксимального и дистального анастомоза, особенно у детей раннего возраста; сохранение кровотока в дистальной части подключичной артерии, что устраняет опасность ишемии верхней конечности. Для большинства наших пациентов 5 мм шунт был идеальным, но соответственно весу и росту мы использовали также шунты диаметром 4, 6 и 7 мм.

У одного нашего пациента развилась гиперволемиа малого круга кровообращения с отеком легких и полиорганной недостаточностью. Это было как редкое осложнение у пациентов с атрезией легочной артерии. В связи с этим мы рекомендуем лигировать функционирующие большие артериальные протоки у пациентов после шунтирования, так как внезапное увеличение легочного потока способствует развитию отека легких.

Таким образом, мы пришли к выводу, что пациентам нуждающимся в аорто-легочном шунтировании в качестве первоначальной паллиации, выполнение левостороннего шунта позволяет сохранить правую легочную артерию неповрежденной для использования в будущем для радикальной или гемодинамической коррекции порока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершова Н.В. Влияние операционного доступа на развитие легочной артерии после выполнения системно-легочного шунта у пациентов с врожденными пороками сердца и унiventрикулярной гемодинамикой. Патология кровообращения и кардиохирургия.-2014.-№2.-С. 10-12.
2. Alsagheir A. Duct stenting versus modified Blalock-Taussig shunt in neonates and infants with duct-dependent pulmonary blood flow: a systematic review and meta-analysis /Alsagheir A., Koziarz A., Makhdoum A., Contreras J., Alraddadi H., Abdalla T. // J Thorac Cardiovasc Surg.-2021.-Vol.161.-P. 379-390.
3. Bahaaldin A. Results of Palliation With an Initial Modified Blalock-Taussig Shunt in Neonates With Single Ventricle Anomalies Associle Anomalies Associateted With Restrictive Pulmonary Blood Flow /Bahaaldin Alsoufi, Scott Gillespie // J. Ann Thorac Surg.-2015;-Vol. 99.-P. 1636-1647.
4. Benson L. Comparisons between ductal stenting and Blalock-Taussig shunts for infants with ductal-dependent pulmonary /Benson L., Arsdell G.V. //Circulation.-2018;- Vol. 137.-P. 602-604.
5. Bove T. Disease-specific outcome analisis of palition with the modified Blalock-Taussig shunt. /Bove T., Vandekerckhove K., Panzer J., De Groote K., De Wolf D., Francois K. //World J. Pediatr. Congenit. Heart Surg.-2015.-Vol. 6.-P. 67-74.

Абдуллаева Р.А., Олимова Ф.З., Шералиева М.Г.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

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

Актуальность. Несмотря на современные достижения в вопросах диагностики и лечения, преэклампсия (ПЭ) остается актуальной проблемой в акушерстве. По данным ВОЗ (2014), 14% случаев материнской смертности связано с гипертензивными нарушениями во время беременности [1]. Преэклампсия и эклампсия обуславливают 500000 перинатальной смертности в мире каждый год [2]. Преэклампсия – это специфическое для гестации осложнение, которое возникает во второй половине беременности, характеризуется артериальной гипертензией и патологической протеинурией, в ряде случаев проявлениями полиорганной недостаточности. Неблагоприятными перинатальными исходами ПЭ являются недоношенность и ишемически-гипоксические поражения ЦНС, синдром задержки роста плода [3]. Известно, что патогенез ПЭ заключается в ишемии плаценты, возникающей в результате неправильного ремоделирования спиральных артерий матери, что стимулирует высвобождение растворимых факторов из ишемизированной плаценты вызывая дисфункцию эндотелия матери и гипертензию. Факторами риска ПЭ могут быть хроническая гипертензия, ожирение, первородящие, чёрная раса, возраст менее 20 и более 35 лет, болезни почек и материнская инфекция [4]. Доказано, что у пациенток с пиелонефритом достоверно чаще регистрируются гипертензивные нарушения, невынашивания беременности, фетоплацентарная недостаточность и ранее излитие околоплодных вод [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов при тяжелой преэклампсии у беременных с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено проспективное сравнительное исследование перинатальных исходов у 130 беременных женщин поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г.Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ. Критериями включения в основную группу (n=45) были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и обострение хронического пиелонефрита во время настоящей беременности. Группу сравнения (n=85) составили пациентки с тяжелой ПЭ без обострения хронического пиелонефрита.

Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение. При стабильном состоянии беременной при сроке гестации менее 34 недель проводилась профилактика респираторного дистресс-синдрома. Профилактика судорог проводилась с использованием сернокислой магнезии, которая заменялась диазепамом при снижении темпа выделения мочи до 25 мл в час. Антигипертензивная терапия проводилась при уровне 160/110 мм. рт. ст. и выше. Преимущественно использовали нифедипин и гидралазин.

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст женщин в основной группе составил $23,4 \pm 0,6$ года, в группе сравнения – $27,7 \pm 0,7$ лет. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $25,6 \pm 0,6$, во второй – $27,2 \pm 0,6$. В основной группе первородящих было 73,3%, повторнородящих — 26,7%, в группе сравнения — соответственно 47,0%, и 53,0%. Следовательно, чаще всего первородящие с хроническим пиелонефритом страдали тяжелой преэклампсией ($p < 0,05$).

Систолическое артериальное давление в обеих группах колебалось в диапазоне от 145 до 200 мм. рт. ст., а диастолическое - от 90 до 110. В первой группе среднее систолическое АД составило $147,8 \pm 2,2$ и диастолическое – $97,1 \pm 1,5$ мм. рт. ст., во второй – систолическое АД $150,1 \pm 2,1$ и диастолическое – $99,0 \pm 1,01$ мм. рт. ст.

Следует отметить, что у большинства женщин с тяжелой ПЭ в обеих группах отмечена высокая протеинурия (от 3,3 до 13,2 г/л). В первой группе среднее содержание гемоглобина составило $99,9 \pm 1,9$ г/л, во второй – $104,1 \pm 2,1$.

Среди беременных основной группы у 17,8 % обострение хронического пиелонефрита возникло в первом триместре, у 33,3 % во втором и у 48,9% в третьем триместре гестации. Анемия выявлена в 75,5% случаев у пациенток первой группы и в 71,7% -второй. Угроза прерывания беременности в основной группе наблюдалась в 28,8%, в группе сравнения – в 25,8%.

В основной группе срочные роды составили 84,4%, преждевременные -15,6%. В группе сравнения 74,1% и 25,9% соответственно. Операция кесарево сечение чаще всего (в 37,6% сл.) проведено в группе сравнения. В основной группе кесарево сечение составило 20,0%. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у беременных с тяжелой ПЭ с хроническим пиелонефритом были акушерские причины: неподготовленные родовые пути (4,4%) дистресс плода (6,7%), неэффективность родовозбуждения (10,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (4,4%), тазовое предлежание (2,2%) и др.

Общая продолжительность родов у рожениц с тяжелой преэклампсией и хроническим пиелонефритом с включением случаев родостимуляции составила $565,2 \pm 39,7$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $525,1 \pm 37,5$, второго периода – $38,7 \pm 4,2$ третьего – $2,5 \pm 0,1$. Общая продолжительность родов в группе сравнения была – $553,4 \pm 24,7$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $516,8 \pm 23,9$, второго периода – $29,5 \pm 1,6$ третьего – $2,8 \pm 0,3$.

Структура осложнений приведена в табл.1. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) чаще всего развивался у беременных с тяжелой ПЭ и хроническим пиелонефритом – 15,5%. В группе сравнения это осложнение составило 8,2%. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и дистресс плода встречались почти одинаково в обеих группах ($p > 0,05$). Однако случаи развития хориоамнионита (4,4%) наблюдалось у беременных с тяжелой ПЭ и хроническим пиелонефритом. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 3,3% случаев в основной группе. Гематометра развилась в 20,0% среди пациенток с тяжелой ПЭ и хроническим пиелонефритом и 9,4% в группе сравнения.

Таблица 1

Осложнения беременности и родов при тяжелой преэклампсии с хроническим пиелонефритом

Осложнение	Основная группа (n=45)		Группа сравнения (n=85)	
	N	%	N	%
ДРПО	7	15,5	7	8,2
ПОНРП	2	4,4	5	5,8
Аномалии родовой деятельности	2	4,4	3	3,5
Дистресс плода	3	6,7	6	7,0
Хориоамнионит	2	4,4	-	-
ДВС-синдром	-	-	2	2,3

Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой преэклампсией в 1-й группе составила $2816,4 \pm 91,1$ г, во 2-й – $2654,2 \pm 83,0$ г. (табл.2). Средний рост новорожденных в 1-й группе был $48,5 \pm 0,5$ см., во 2-й – $47,1 \pm 0,6$ см. Как видно, нет статистически значимых различий в антропометрических данных новорожденных в обеих группах ($p > 0,05$).

Таблица 2

Показатели состояния новорожденных, $M \pm m$

Показатели	Основная группа (n=45)	Группа сравнения (n=85)
Масса при рождении, г	$2816,4 \pm 91,1$	$2654,2 \pm 83,0$
Длина при рождении, см	$48,5 \pm 0,5$	$47,1 \pm 0,6$
Окружность головки, см	$33,6 \pm 0,3$	$32,9 \pm 0,3$
Окружность груди, см	$31,6 \pm 0,4$	$30,9 \pm 0,4$
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в конце 1-й минуты, баллы	$6,9 \pm 0,2$	$6,6 \pm 0,1$
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в конце 5-й минуты, баллы	$7,4 \pm 0,2$	$7,3 \pm 0,1$

* $P < 0,05$

Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах представлена в табл.2. Общее состояние детей при рождении оценивалось как тяжелое в 15,5% в основной группе и 25,8% в группе сравнения. В первой группе энцефалопатия различного генеза зарегистрировано в 15,5% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 17,7%, внутриутробная инфекция – 2,2%. Во второй группе – 18,8%, 16,4% и 1,2% соответственно. Различные эмбриофетопатии составили 6,7% случаев в основной группе. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 2,2% во второй – 9,4% случаев.

Вывод. Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжелая преэклампсия связана с неблагоприятными перинатальными исходами независимо от сопутствующего хронического пиелонефрита. Установлено, что хронический пиелонефрит предрасполагает к развитию тяжелой ПЭ особенно у первородящих. Выявлена высокая частота родового разрыва плодных оболочек, хориоамнионита среди пациенток с тяжелой ПЭ и хроническим пиелонефритом. Приведенные факторы указывают на необходимость проведения прегравидарной подготовки, качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для профилактики гипертензивных осложнений.

Список литературы

1. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / L.Say [et al.] // The Lancet Global Health. -2014, -V.2, №6, -P.323-333.
2. Laura A. M. Preeclampsia / A. M. Laura, H. N. Kypros [et al.] // N Engl J Med . -2022. V.386, -C 1817-1832.
3. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia / Edward Antwi, Mary Amoakoh-Coleman [et al.] // PLOS ONE. – 2020. - V.15, 24 p.
4. Кажигаликызы Р. Патогенетические особенности течения преэклампсии на фоне ожирения / Р.Кажигаликызы [и др.] // Вестник Казнму. – 2020. №4, -С. 20-25.
5. Брагина Т.В. Клинико-патогенетические аспекты течения беременности и состояния плода у пациенток с хроническим пиелонефритом / Т.В. Брагина, Ю.А. Петров // Акушерство и гинекология. – 2021. №4, -С.53-58.

Абдуллоев М.С., Курбанов С.Х., Юнусов И.А.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

Актуальность. Согласно эпидемиологическим данным из-за учащения производственных и бытовых травм, а также дорожно-транспортных происшествий отмечается тенденция увеличения числа пострадавших с переломами длинных костей нижних конечностей (1,3).

В связи с этим во всех клинических протоколах было рекомендовано проведение профилактической антикоагулянтной и антиагрегантной терапии с регулярным ультразвуковым исследованием венозной системы травмированной конечности. Однако, несмотря на проведения профилактических мероприятий полное избежание венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) невозможно, в особенности среди пострадавших с отягощённым анамнезом и коморбидным фоном (2,4,5).

Несмотря на успехи современной медицины по профилактике и лечению тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, проблема остается до конца нерешенной, особенно в условиях Республики Таджикистан.

Цель исследования - улучшить результаты лечения переломов длинных костей нижних конечностей путем применения современных методов остеосинтеза и новых антикоагулянтных препаратов с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. За период 2018 по 2023гг под нашим наблюдением находились 86 больных в возрасте от 18 до 67 лет, которым был выполнен остеосинтез переломов длинных костей.

В зависимости от проведенных методов профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), оценки их эффективности все пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. Основную группу составили 46 (53,4%) пациентов из них 34 (73,9%) мужчин и 12 (26,1%) женщин, которым лечение перелома длинных костей нижних конечностей и профилактика ВТЭО проводилось по усовершенствованному алгоритму. Группу контроля составили 40 (46,6%) пострадавших, из них 25 (62,5%) мужчин и 15 (37,5%) женщин, получившие стандартные лечебно-профилактические мероприятия.

Обе группы по полу, возрасту, локализации перелома и характера травмы были сопоставимы. Средний возраст пострадавших основной группы составил $48,4 \pm 8,7$ лет, контрольной – $47,9 \pm 8,1$ лет.

Во всех случаях, после поступления пострадавших с стационар проводилось комплексное обследование, включавшее клинический осмотр выяснение механизма полученной травмы, места и срока полученной травмы, а также клиническую оценку тяжести общего состояния. Также нами были проведены лабораторные исследования крови, визуализация костно-мышечной системы при помощи рентгенографии и исследование сосудистой системы при помощи доплерографии и дуплексного сканирования.

Все пациенты с переломами длинных костей нижних конечностей (ДКНК) были экстренно госпитализированы и получили соответствующее лечение в зависимости от характера и локализации перелома.

Нами при переломах проксимального отдела бедра у 7 больных основной группы и у 5 пациентов контрольной группы было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава. Показаниями для эндопротезирования тазобедренного сустава явились субкапитальные и трансцеркальные переломы бедренной кости, а также возраст больных старше 65 лет. Учитывали характер сопутствующих патологий, и при наличии остеопороза применяли гибридный способ фиксации эндопротеза.

При переломах диафиза бедренных костей в 15 случаях основной группы и 9 случаях контрольной группы

произведен блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС).

У 13 больных основной группы и 20 больных контрольной группы с переломами дистального отдела бедренных костей был произведен остеосинтез динамическими пластинами. Сегментарные переломы бедренных костей в 6 случаях в основной группы фиксировали БИОС.

У пострадавших с переломами проксимального конца большеберцовой кости в 5 случаях в основной группе и в 6 случаях в больных контрольной группы остеосинтез выполнили пластинами, а при диафизарных переломах в 9 случаях в основной группе и в 6 случаях у больных контрольной группы остеосинтез выполнили - БИОС.

Профилактика ВТЭО у пострадавших с переломами ДКНК проводилась всем пациентам основной группы по усовершенствованному алгоритму, которая включала в себя ускорения оттока венозной крови из нижних конечностей, нормализацию выявленных нарушений свертывающей системы крови, кислотно-основного состояния и дефицита объема циркулирующей крови с применением двух антикоагулянтов.

Стандартная профилактика ВТЭО проводилась всем пациентам контрольной группы, которая заключалась в себя бинтования конечностей эластическим бинтом, ранней активации пациентов или периодических движений мышц голени поврежденной конечности, а также в возвышенного положения.

Результаты и обсуждения. Результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде были оценены у 44 (95,6%) пациентов основной и 39 (97,5%) пациентов из контрольной группы. При этом сроки наблюдения составляли до 5 лет от момента получения травмы.

При обследовании больных со срастающимися переломами в отдаленном периоде обращали внимание на наличие и характер деформации конечности, местные изменения мягких тканей и кожных покровов, данные пальпации в области перелома, объем движений в смежных суставах, опороспособность конечности. Данный анализ проводился по схеме, приведенной в СОИ-1 (Стандартизованная оценка исходов. Миронов С.П. 2008г).

При интерпретации итогов лечения в отдаленном периоде мы, как и другие исследователи, оценивали анатомические данные, показатели рентгенологического исследования, степень функционального восстановления поврежденной конечности и работоспособность пострадавшего. Оценивая эффективность проведенного лечения, нами использовались такие критерии, как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные» результаты.

В ходе исследования было установлено, что результаты лечения последствий при переломах длинных костей конечности оказались более эффективными среди пациентов основной группы в связи с применением оптимизированного метода лечения, в сравнении с больными, составивших контрольную группу. Данная разница имела статистическую значимость и была обусловлена не только наибольшим числом хороших и удовлетворительных результатов (96,6% случаев среди больных основной группы и 87,5% случаев среди больных контрольной группы), но и значительным превалированием частоты случаев с хорошим исходом (79,7% и 65,6%, соответственно).

Выводы. Необходимо отметить, что оптимизированная тактика профилактики ВТЭО способствовала снижению развития тромбоза глубоких или поверхностных вен и тромбоэмболии легочной артерии в 2,3 раза в основной группе, что носит значимый характер. Вместе с тем, несмотря на оптимизацию лечебных мероприятий все-таки не удалось избежать развития ВТЭО у 2 больных основной группы. Основными факторами риска развития являлись пожилой возраста, избыточная масса тела наличие множественного и полисегментарного перелома, продолжительность операции для стабилизации костных отломков, наличие множество сопутствующих сердечно-сосудистых, почечных и респираторных заболеваний.

Литературы:

1. Бялик, Е.И. Ранний остеосинтез переломов костей конечностей при сочетанной травме [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / Е.И. Бялик. – Москва, 2004. – 24 с.
2. Важнейшие аспекты диагностики и лечения острого варикотромбофлебита [Текст] / А.Д. Гаилов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2016. - № 3. – С. 95-103.
3. Ван, Ц. Анализ факторов послеоперационного прогноза у пациентов с метастатическим поражением длинных трубчатых костей / Ц. Ван, Н.В. Харченко, В.Ю. Карпенко // Казанский медицинский журнал. - 2020. - Т. 101, № 5. - С. 685-690.
4. Гладкова, Е.Н. Атипичный перелом бедренной кости у пациентки с постменопаузным остеопорозом после четырех введенный золедроновой кислоты [Текст] / Е.Н. Гладкова, О.М. Лесняк // Российский семейный врач. - 2022. - Т. 26, № 1. - С. 27-32.
5. Гусейнов, А.Г. Комплексное лечение диафизарных переломов и ложных суставов длинных костей нижних конечностей [Текст]: дис. докт. мед. наук: 14.00.27; 14.00.22 / Асадула Гусейнович Гусейнов. – Махачкала, 2006. – 296 с.

Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ

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

Актуальность. Альвеококкоз-гельминтоз, относящийся к группе цистодозов, вызываемый *Echinococcus Multilocularis*. Это природно-очаговое антропоозоозное заболевание, характеризующееся тяжелым прогрессирующим течением и высокой частотой развития рецидивов. Альвеококковые очаги могут встречаться в любых органах и тканях. Наиболее часто такие очаги обнаруживаются в печени (в правой, реже левой долях), несколько реже альвеококкоз поражает легкие (до 15% случаев), иные локализации встречаются в 10% [1,2,5]. По своей гистологической и патоморфологической природе заболевание считается доброкачественным, однако из-за особенностей клинического течения картины (агрессивный деструктивный рост, склонность к отдаленному метастазированию), альвеококкоз схож со злокачественным процессом, иногда заболевания называют «паразитарным раком» [3,4]. Для альвеококкового узла

характерен медленный рост. Бессимптомная стадия альвеококкоза печени может продолжаться 10 и более лет. Пациенты с альвеококкозом печени, в отличие от пациентов с онкологическим процессом, зачастую в течение длительного периода не имеют жалоб; долго не отмечают изменение веса и признаков интоксикации, снижение аппетита и потерю работоспособности [3]. Вследствие высоких компенсаторных возможностей печеночной ткани развёрнутая клиническая картина заболевания зачастую развивается лишь на стадии присоединения вторичных осложнений. К этому моменту распространенность патологического процесса уже обычно бывает катастрофической. По этим причинам альвеококкоз чаще диагностируют на поздних 4 стадиях, когда исключена возможность выполнения радикальной резекции печени [1,4,5], и на момент первичной диагностики более чем у 70% распространенность патологического процесса не позволяет выполнить радикальную операцию.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди 150 больных с аденокарциномой печени, мужчины составили – 58, женщины – 82 больных. Средний возраст составил 58±2,3 лет. Доля сорокового возраста составила 56 больных. Эти больные в основном трудоспособного возраста. Всем этим больным было выполнено УЗИ исследование аппарата «SIMENS» производства Acuson –CV 70 (ФРГ), и SonoScape p40 производства Китай, мультисекторным конвексным датчиком 3,5 МГц, с использованием триплексного сканирования. При проведении УЗИ у 85-90% больных выявлено гепатомегалия. У 94 больных кроме УЗИ выполнено КТ и МРТ, у которых был диагностирован аденокарцинома печени с увеличением лимфатических узлов около воротной вены и парааортальных со скоплением жидкости в брюшной полости. У 56 больных для точной диагностики было выполнено пункционная биопсия. Перед пунктированием пациентам выполнялась премедикация путем внутримышечного введения 50% р-ра анальгина 2,0 мл и 1% р-ра димедрола -1,0 мл либо с использованием 1% р-ра промедола 1,0 мл и дальнейшим местным введением 0,5% р-ра новокаина 20,0 мл и 2% р-ра лидокаина -4,0 мл. Пункционная игла диаметром 0,2-0,3мм длиной 20см. После биопсии микропрепарат отправили в лабораторию для гистологического исследования. У 26 больных после КТ диагностирован альвеококкоз печени.

Результаты и их обсуждение. При УЗИ у всех 100% наблюдают гепатомегалию. Эхографически аденокарцинома печени визуализируется как объемное образование округлой формы с чередующимся гипер- и гипозоногенными участками. Контур очага обычно нечеткие, гиперэхогенные, могут быть как ровными, так и неровными. При наличии аденокарцинома очаге некротической полости в центре образования можно визуализировать неоднородный участок пониженной эхогенности с неровными контурами, окруженный несколько более гиперэхогенной каймой. Достоверным признаком аденокарциномы является наличие в печени гипозоногенных образований. При инфильтративной стадии альвеококкоза не имеет особых отличий от аденокарциномы печени. С помощью УЗИ можно определить при аденокарциноме увеличение лимфатических узлов и несколько другие образования в печени. С помощью УЗИ можно определить форму альвеококкоза: очаговая, инфильтративная и смешанная. Но инфильтративной стадии альвеококкоза особое отличие не имеет от аденокарциномы. При инфильтративной форме альвеококкоза невозможно провести четкую границу между паразитарный узлом и непораженной тканью печени.

Узловая форма альвеококкоза подразумевает наличие гиперэхогенного узла с равномерной наличие гиперэхогенного узла с равномерной эхоструктурой и достаточно четкой границей. Смешанная форма альвеококкоза встречается наиболее часто – более у половина пациентов. Вследствие широкой доступности, низкой стоимости и отсутствия лучевой нагрузки УЗИ является методом выбора для проведения диагностики аденокарциномы. На данном рисунке показано аденокарцинома и инфильтративная стадия альвеококкоза (рис. 1).

Кроме УЗИ из 150 больных у 89 больных было выполнено КТ, особенности КТ при аденокарциноме имеет гипозоногенные образования с четкими или нечеткими границами. У 24 больных была четкая граница, а у 65 больных нечеткие. У 50 больных кроме образования было увеличение парааортальных и воротных лимфатических узлов.

У 61 больных было трудно диагностировать аденокарциному печени из за трудности диагностики, у 9 больных было выполнено МРТ с контрастным усилением который поставил диагноз аденокарцинома печени, а у 52 больных было выполнено пункционная биопсия.

При этом в инфильтративной стадии альвеококкоза они особую отличие не имеют от аденокарциномы печени, последние представлены на рисунке (1, 2).



Рис. 1 Аденокарцинома печени

Рис. 2 Инфильтративная стадия альвеококкоза



Выбор для траек-

тории пункционного канала осуществляется на основании результатов УЗИ с определением фиксирующей точки на коже. После определения пункционной точки в коже под контролем УЗИ выводили пункционной иглой внутри образование (рис. 3). После взятия пункционного биоптата отправили для гистологического исследования и через 7-10 дней диагноз подтвердился.



Рис. 3 Пункционная биопсия под контролем УЗИ, стрелками показано наличие пункционной иглы внутри образования.

Из 52 пациентов, пункционная биопсия у 47 больных выявлена после гистологического исследования аденокарцинома печени, у 5 больных - альвеококкоз печени.

Заключение. Одно из проблемы диагностики аденокарциномы печени от инфильтративной стадии альвеококкоза это одинаковая структура при УЗИ и КТ обследование, поэтому возможности диагностики аденокарциномы от альвеококкоза в стадии инфильтрации очень затруднена. В стадии осложнения альвеококкоза при УЗИ и КТ, оно имеет свои характерные изменения. Пункционная биопсия не рекомендуется для диагностики альвеококкоза из-за высокой диссеминации паразита.

Литература:

1. Альперович Б.И. // Хирургия печени. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; 352 с.
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Зайцев И.С. Роль и место повторных операций при альвеококкозе. // Сборник материалов XIX Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Иркутск, 19-21 сентября 2012г. - С.87-88.
3. Ветшев Н.Н., Степанова Ю.А. Трудности дифференциальной диагностики альвеококкоза печени. // Сборник материалов XX международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Донецк, 18 –20 сентября 2013 года.- С.16-17.
4. Журавлев В.А. Альвеококкоз печени. // Анналы хирургической гепатологии. 1997. № 2. С. 9-14.
5. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Кунгурцев С.В., Чжао А.В. История криохирургии. // Хирургия, 2015. № 5(13). -С. 62-74.

Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЮНОГО ВОЗРАСТА

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

ГУ «Родильный дом №1» г.Душанбе

Введение. Плацентарная недостаточность (ПН) – клинический синдром, который обусловлен морфологическими и функциональными изменениям в плаценте, в результате которых нарушаются все ее функции: транспортная, трофическая, антитоксическая, эндокринная, и метаболическая [5]. В последние годы, несмотря на снижение материнской смертности и перинатальной заболеваемости и смертности, наблюдается тенденция к увеличению числа заболеваний у беременных, приводящих к недостаточности плацентарного кровообращения и в последующем к осложнению течения беременности [1]. Проблемы ПН привлекли особое внимание специалистов и подвергаются всестороннему изучению на протяжении многих лет [2,3,4]. В структуре общих патологий плаценты частота встречаемости ПН составляет от 30 до 60%. Наиболее частыми причинами ПН являются инфекционные заболевания, в частности, грипп, ОРВИ, пиелонефрит, психоэмоциональное состояние беременной матери и др. [4,5]. Одним из факторов риска развития ПН является юный возраст женщин. Функциональная и анатомическая незрелость организма у юных женщин не позволяет полноценно адаптироваться к беременности. Такие современные методы диагностики, как УЗИ доплерография, дуплексное сканирование являются доступными и недорогими для проведения диагностики и ранней профилактики ПН кровообращения у беременных юных возрастов.

Цель исследования. Изучение результатов ранней диагностики и профилактики плацентарной недостаточности у беременных юных возрастов.

Материал и методы. Проведено клинико-статистическое исследование и ультразвуковое доплерографическое исследование для ранней диагностики и профилактики ПН у 38 беременных юного возраста. Диагноз ПН был установлен на основании ультразвукового дуплексного сканирования плацентарных сосудов. Основными признаками задержки внутриутробного развития плода являются изменения структуры плаценты, старение, кальцинация и преэклампсия. Возраст больных составил от 15-19 лет. Средний возраст составил 17,2±2,4 лет. Первородных было 25 (47,3%) женщин, повторнородных было 5 женщин, у 8 пациенток в анамнезе имелись искусственные роды. Во всех случаях больным проводились УЗИ в «В» режим и УЗ дуплексное сканирование с использованием аппарата «SIEMENS» производства Acuson—CV 70 (ФРГ) и мультисекторного конвексного датчика 3,5 МГц и секторального датчика 4 МГц. С помощью УЗИ в «В» определяли размер, толщину патологических изменений плаценты, состояние развития плода, его рост, а также с помощью УЗИ в режим дуплексного сканирования определяли скорости кровотока

Vmax, Vmin и RI с целью ранней диагностики ПН. У 23 больных в лечении использовался препарат тивортин. У 10 пациенток проводилось стационарное лечение, в остальных случаях женщины получали амбулаторное лечение с использованием препарата Тивортин. Во всех случаях после применения тивортина выполнялось УЗИ с дуплексным сканированием.

Результаты и их обсуждение. У всех 38 пациенток проводилось УЗИ с дуплексным сканированием плацентарного кровообращения, сроки беременности у наблюдаемых нами женщин варьировал от 8 до 33 недель. Все беременным после купирования основного клинического симптома (рвота, боли) с целью профилактики нарушения плацентарного кровообращения назначался препарат Тивортин в дозировке 4,2 гр – 100,0 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней. При проведении ультразвукового исследования у беременных были получены следующие данные (табл. 1). Как видно из данных в таблице, гипертонус матки наблюдался у 28 (73,7%) больных, кальциноз плаценты был отмечен у 7 (18,4%) пациенток, нарушение кровотока в пупочной артерии и тахикардия наблюдались у 4 больных. Нарушение кровотока в маточной артерии, частичная отслойка плаценты и многоводие было выявлено у 3 больных. У одной пациентки отмечалось отставание КТР (копчико–теменной размер на 10 мм) от срока беременности, ещё у одной пациентки было установлено отставание БПР (бипариентальный размер) на 12 мм при сравнении с ДБК (длина бедренной кости). В 2 случаях наблюдалось маловодие.

Таблица 1.

Характер изменений при УЗ- исследовании

Эхографические признаки	К-во больных (n=38)	%
Отставание КТР и БПР	2	5,2
Брадикардия	–	–
Тахикардия	4	10,4
Кальцинации плаценты	7	18,4
Раннее маловодие	2	5,2
Многоводие	3	7,9
Изменение структуры хориона	–	–
Отслойка плаценты (частичная)	3	7,9
Отслойка плаценты (полная)	–	–
Гипертонус матки	28	73,7
Нарушение кровотока в маточной артерии	3	7,9
Нарушение кровотока в пупочной артерии	4	10,4

Примечания: у некоторых пациентов были диагностированы по 2 – 3 изменения ;

Кроме того, у 38 пациенток наряду с УЗИ выполнялось доплерографическое исследование и дуплексное сканирование, с помощью которых оценивали состояние кровотока в плаценте, пупочной и маточной артерии (рис. 1 и 2).



Рис.1. Кровообращение в пупочной артерии



Рис. 2. Кровообращение в плаценте

У 38 пациенток, которым проводилось УЗИ с доплерографией и дуплексным сканированием плацентарного кровообращения, изучались показатели V max, Vmin, и RI (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели скорости кровотока у беременных (n= 38)			
Эхографические признаки	Нормальное кровообращение (n=20)		
	Vmax	Vmin	RI
Плацентарное кровообращение	11,4±0,14	6,2±0,1	0,46±0,01
Пупочное кровообращение	22,6±0,2	9,1±0,12	0,6±0,02
Маточное кровообращение	26,1±0,22	9,8±0,21	0,62±0,02

У 18 пациенток было выявлено нарушение плацентарного кровообращения, у 3 беременных - нарушение маточного кровообращения и у 4 больных было выявлено нарушение пупочного кровообращения (таблица 3).

Таблица 3.

Нарушение скорости кровообращения			
Показатели	Нарушение плацентарного кровообращения (n=18)	Нарушение пупочного кровообращения (n=4)	Нарушение маточного кровообращения (n=3)
Vmax	5,7±0,1***	7,6±0,12***	9,1±0,12***
Vmin	3,2±0,1***	4,1±0,2***	4,8±0,1***
RI	0,43±0,01*	0,46±0,01**	0,47±0,02*

Примечания: *p<0,05, **p<0,05, ***p<0,05 – при сравнении с нормой

У 18 пациенток было выявлено снижение скорости кровотока: Vmax–5,7±0,1, Vmin–3,2±0,1 и RI–0,43±0,01. Нарушение пупочного кровообращения выявлено у 4 пациенток: скорость кровотока составила Vmax–7,6±1,1, Vmin–4,1±0,8 и RI–0,46±0,01. В 3 случаях причинами нарушения пупочного кровотока являлось обвитие пуповины вокруг шейки плода, а в одном случае установить причину не удалось. У 3 беременных было выявлено нарушение маточного кровотока: Vmax–9,1±1,2, Vmin–3,2±0,1 и RI–0,43±0,01.

Для улучшения кровообращения у 25 пациенток проводилось комплексное лечение с использованием препарата Тивортин в дозировке 4,2 гр – 100,0 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней. Спустя 30 суток после окончания лечения выполнялось повторное УЗИ с доплерографией и дуплексным сканированием (таблица 4). Результаты исследования показали, что при использовании в комплексном лечении препарата Тивортин наблюдалось улучшение плацентарного кровообращения у 18 пациенток - Vmax–11,2±0,8, Vmin–5,2±0,4 и RI–0,54±0,01. Улучшение пупочного кровообращения наблюдалось у 4 пациенток - Vmax–20,2±1,2, Vmin–9,8±0,8 и RI–0,52±0,01, а улучшение маточного кровообращения наблюдалось у 3 пациенток - Vmax–21,6±1,1, Vmin–10,8±0,7 и RI–0,5±0,02.

Таблица 4.

Показатели скорости кровотока после проведения комплексной терапии с использованием препарата Тивортин

Показатели	Плацентарное кровообращение (n=18)	Пупочное кровообращение (n=4)	Маточное кровообращение (n=3)
Vmax	11,2±0,2	20,2±0,22	21,6±0,23*
Vmin	5,2±0,1*	9,8±0,12	10,8±0,14
RI	0,54±0,01*	0,52±0,01	0,5±0,02

Примечание: *p<0,05 – при сравнении с нормой

Полученные результаты свидетельствуют о возможности применения таких неинвазивных диагностических методов исследования, как УЗИ, доплерография и дуплексное сканирование для ранней диагностики плацентарного кровообращения и контроля гемодинамики в плаценте и оценки результатов комплексного лечения, а применение препарата Тивортин позволило улучшить состояние кровообращения в плаценте.

У 28 (52,6%) беременных, в комплексном лечении которых использовался Тивортин, роды произошли через естественные родовые пути. У 10 (26,3%) пациенток было запланировано родоразрешение путем кесарева сечения, которое проводилось в удовлетворительном состоянии. У 4 (10,4%) пациенток дети родились недоношенными.

Из 38 беременных в 17 случаях дети родились с признаками задержки внутриутробного роста плода: у 10 новорожденных - первой степени, у 5 – второй степени и у 2 - третьей степени.

Заключение. Таким образом, для ранней диагностики недостаточности плацентарного кровообращения эффективно используется УЗИ с ультразвуковой доплерографией и дуплексным сканированием плацентарного, маточного и пупочного кровообращения. Применение в комплексном лечении препарата Тивортин в течение 10 дней позволило улучшить состояние кровотока в плаценте.

Литература:

- Адамян Л.В., Комиссарова Л.М., Ляшко Е.С. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
- Аржанова О.Н., Кузнецова А.В. Лечение плацентарной недостаточности у беременных с антифосфолипидным синдромом и варикозной болезнью. Consilium medicum. 2006. - Т.8, №6. - С. 28-31.
- Владимирова Н.Ю., Баглай И.А. Опыт комплексной диагностики и лечения плацентарной недостаточности. Медицинская помощь. -2004. №5.-С. 27-30.
- Воеводин С.М., Шеманаева Т.В., Щеголев А.И. Плацентарная недостаточность и угроза прерывания беременности: современный взгляд на проблему. Гинекология. 2017; №4:50-52.
- Гейдарова К.А. Характерные морфофункциональные признаки плаценты при фетоплацентарной недостаточности. Проблемы репродукции. -2010.-Т.16,№6.-С. 104-106.

Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н., Хабибов С.С.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ШИФОБАХШ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Врожденные расщелины верхней губы представляют собой наиболее частые пороки развития в области лица.

Устранение деформации носа является значительно более сложной задачей, чем коррекция верхней губы. В выраженных случаях эта деформация представляет собой следующее: крыло носа резко уплощено и его основание сдвинуто не только снаружи, но и сзади, что связано с недоразвитием верхней челюсти в области грушевидного отверстия, ноздря с этой стороны имеет поперечно-овальную форму, а основание входа в нос расположено значительно глубже, чем на здоровой стороне. Кончик носа ассиметричен за счет уплощения на стороне расщелины, где крыльчатый хрящ в значительной мере потерял свою обычную форму: он резко уплощен, особенно в области арки, которая расположена намного ниже арки крыльчатого хряща здоровой стороны, а его медиальная ножка вместе с кожной частью перегородки перемещена в здоровую сторону. Одновременно с уплощением крыльчатого хряща нередко наблюдается и уплощение треугольного. В значительной части случаев имеется смещение всей хрящевой перегородки в переднем отделе в здоровую, а в заднем - в больную сторону. Такое смещение четырехугольного хряща еще более усиливает уплощение крыльчатого хряща на стороне расщелины и выстояние кончика носа на здоровой стороне. Иногда имеется и укорочение кожной перегородки, особенно при двусторонней расщелине.

Наиболее частой причиной таких послеоперационных деформаций являются: неправильная оперативная техника, отсутствие своевременного вмешательства по поводу деформации носа, неправильное развитие мягких и костно-хрящевых тканей лица в связи с наличием порочного рубцового натяжения, неполноценные в косметическом отношении рубцы, являющиеся последствием заживления вторичным натяжением, и пр.

Цель исследования. Целью исследования является устранение деформации крыла, кончика носа западение мягких тканей у входа в нос.

Наиболее трудным при устранении указанных деформаций связаны с коррекцией крыльчатого и четырехугольного хрящей, которые после операции стремятся принять прежнюю форму и занять старое положение.

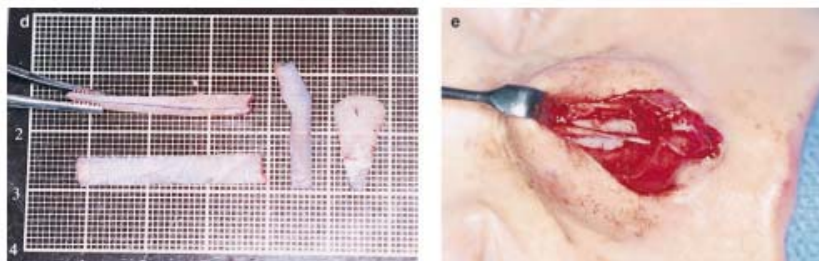
В связи с изложенным для устранения указанной деформации носа для ее достижения поставили следующие задачи:

- а) создать достаточную опору для крыльчатых хрящей со стороны хрящевого отдела перегородки носа (за счет ее перемещения);
- б) создать правильную форму и положение крыльчатого хряща и при необходимости удлинить кожный отдел перегородки;
- в) устранить при необходимости уплощенность в области треугольного хряща;
- г) устранить западение мягких тканей у входа в нос (у края грушевидного отверстия).

Материал и методы исследования. Для определения эффективности первичной ринохейлопластики и коррекции деформации носа, оценку результатов проводили после операции через 9-10 дней, в возрасте у девочек 18 лет, у мальчиков-16 лет после ортодонтического лечения и восстановления прикуса. Результаты оценивались при визуальном осмотре и по результатам фотометрии и антропометрии. Мы определяли симметричность кончика носа, оснований крыльев носа и формы ноздрей. А форму восстановленной верхней губы, оценивали, смотря симметрию Купидона, филтрума и красной каймы губ, высота верхней губы и подвижности а также глубину восстановленного вестибулярного пространства верхней губы.

При проведении корригирующей ринохейлопластики раньше использовали хрящевые ткани как и из средней стенки самого носа так и наружного уха. Но результатом операции после наблюдения этих больных наблюдались обратное смещение кончика носа и ноздрей в сторону расположения дефекта.

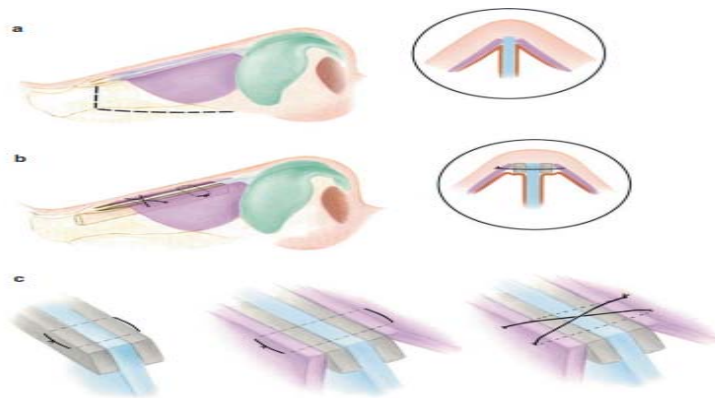
С целью уменьшения таких смещений в послеоперационном периоде было решено использовать хрящевые ткани, взятые из ребра самого пациента.



Данный метод оказался эффективнее чем другие методы и более результативным с точки зрения эстетики. Использование данного метода дает нам возможность восстановить анатомическую форму носа с минимальными послеоперационными смещениями.

Методика операции заключается в следующем:

Устранение искривления четырехугольного хряща. Для этой цели применение резекции перегородки по методу Киллиана не показано, поскольку этот способ предусматривает сохранение в неизменном положении переднего и верхнего отделов четырехугольного хряща, смещение которых является в данном случае причиной деформации наружного носа.



С целью устранения искривления четырехугольного хряща мы, так же как Гольдмен и др., в этих случаях производим мобилизацию хрящевого отдела перегородки. Под местной анестезией после разреза слизистой оболочки по переднему краю четырехугольного хряща, отслаивания ее вместе с надхрящницей на всем протяжении хрящевого отдела перегородки с обеих сторон производим отсечение четырехугольного хряща от костного отдела перегородки сзади и у основания, после чего хрящ перемещаем в медиальное положение, а на рану слизистой накладываем кетгутовые швы. Операция производится так же, как и при устранении искривления хрящевого отдела носа.

Эффективность хирургического лечения определяли единой оценкой которая включает характеристику формы и функции восстановления носа и губы, носовое дыхание, свободное движение верхней губы и на наличие незаметного рубца.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведение ринохейлопластики в отличие от хейлопластики в целом отмечается улучшением послеоперационного результата, минимальное восстановление кончика и крыла носа, высота верхней губы, входа ноздрей, дуги Купидона и красной каймы губ. Анализ показывает что использование хрящевых тканей из ребра самого пациента намного эффективнее и даёт нам более эстетический послеоперационный результат. Данная операция впервые в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков НМЦ «Шифобахш» совместно с кафедрой челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино было проведено у 5 пациентов с деформациями носа у которых ранее были проведены различные операции по устранению врожденных расщелин ЧЛЮ. В послеоперационном периоде у этих пациентов не наблюдались признаки смещения перегородки или кончика носа. Дальнейшее наблюдение пациентов показало лучший результат среди существующих методов ринохейлопластики. Срок наблюдения данных пациентов может варьировать от 3 до 5 лет.

Выводы. Таким образом, полученные результаты способствуют хорошим анатомическим и функциональным результатам лечения при расщелинах верхней губы, правильному развитию средней зоны лица, может уменьшать психологическую травму ребенка, мы знаем что когда психика ребенка неустойчива, она очень ранима. Как мы знаем с ростом лица деформации носа и верхней челюсти усиливаются. Поэтому корригирующая ринохейлопластика может быть выполнена в дошкольном возрасте или предпубертатном периоде. Дети с врожденными расщелинами губы и нёба до окончания формирования челюстно-лицевой области до 14-16 лет, как правило находятся под постоянным вниманием хирурга, ортодонта, педиатра, невропатолога, логопеда. А окончательную ринохейлопластику проводят после 16 лет, когда можно объединить все методики по челюстно-лицевой хирургии, эстетической хирургии и оториноларингологии. Ежегодно врачи выполняют до 16 операций коррекции данных врожденных пороков.

Список литературы.

1. Алимурзов Ф.А. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба// Успехи современной науки-2017,-Т.2.-№5.-С.92-94
2. Андреева О.В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и нёба// Вестник Чувашского университета-2012.- №3. -С.269
3. Васильев Ю.А., Редько А.Н., Гуленко О.В., Удина И.Г. Выявление врожденных расщелин губы и нёба в ходе пренатального УЗИ исследования в Краснодарском крае// Российский стоматологический журнал.-2017.-Т21.-№4.-С190
4. Марданов А.Э., Смирнов И.Е., Мамедов А.А. врожденная расщелина верхней губы и нёба у детей: патогенетическое значение матриксных металлопротеиназ // Российский педиатрический журнал.-2016.-Т19.-№2.-С.106-113
5. Степанова Ю.В., Цыпакова М.С. основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. -2013.-Т1.-№1.-С.3

Абдурахманов Д.Ш., Хурсанов Ё.Э.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Самаркандский государственный медицинский университет

Резюме. Приведены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненапряжных методов пластики. Энтеральная интубация и декомпрессия кишечника во время оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью, является одной из основных мер

борьбы с повышением ВБД и профилактики синдрома кишечной недостаточности при данной патологии. Использование синтетических имплантатов при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью снижает частоту ранних местных раневых осложнений, в том числе и гематом послеоперационной раны. Применение ненатяжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Ключевые слова. Ущемленная грыжа, ненатяжная герниопластика.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи, результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными (3). Послеоперационные осложнения достигают 50% (6.7), показатели летальности колеблются в пределах 2-4%, что обусловлено высокой (более 70%) частотой ущемления петель кишечника с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, а также значительной долей больных пожилого и старческого возраста, составляющей около 40% (2.4). Основными причинами — неудовлетворительных результатов лечения являются неадекватный выбор способа пластики, значительное натяжение тканей брюшной стенки, уменьшение объема брюшной полости и развитие абдоминального компартмент-синдрома у 0,8-12% оперированных больных (1.5.10).

Применение синтетических имплантатов в экстренной хирургии до сих пор не является методом выбора, и до настоящего времени не разработаны единые показания к применению этого вида хирургического пособия (3.8). Отсутствие широкого внедрения протезирующих методов пластики при ущемленных грыжах объясняется опасностью развития послеоперационных раневых осложнений при использовании синтетических материалов в инфицированной ране (6.9.11).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с осложненными ущемленными грыжами передней брюшной стенки за счет разработки и внедрения методов ненатяжной герниопластики.

Материал и методы исследования. Для реализации исследования в основу работы положены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненатяжных методов пластики, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2013 по 2022 гг.

Основную группу составили 50 пациентов с осложненными грыжами, которым была выполнена ненатяжная пластика. Контрольную группу составили 75 пациентов с осложненными грыжами различной локализации, оперированных с использованием традиционных методов пластики.

Пациенты с бедренной грыжей и флегмоной грыжевого мешка в исследование не включались. 28 (22,4%) пациентов обеих групп имели вентральные грыжи больших и гигантских размеров.

Основные возрастные категории оперированных пациентов в обеих анализируемых группах составили лица пожилого и старческого возрастов, имеющие серьезные сопутствующие заболевания, что сказывалось на течении и исходе заболевания. При этом по 2-3 сопутствующих заболевания обнаружилось у 82% пациентов старшей возрастной группы.

В обеих группах время госпитализации с момента ущемления составило от 3 до 144 часов. Среднее время $27,1 \pm 8,4$ часа и $22,6 \pm 6,8$ часа соответственно, что показывало позднее обращение за медицинской помощью.

В основной группе изолированное ущемление тонкой кишки отмечено у 21 (42%) пациента, ущемление тонкой кишки в сочетании с сальником у 18 (36%), ущемление тонкой кишки с ободочной кишкой у 7 (14%), ущемление ободочной кишки отмечено у 4 (8%) пациентов.

В контрольной группе также в большинстве случаев отмечено ущемление тонкой кишки - 34 (45,3%) пациента, ущемление тонкой кишки и сальника у 22 (29,3%), тонкой и ободочной кишки у 12 (16%), ущемление ободочной кишки у 7 (9,4%).

В основной группе произведена резекция нежизнеспособного сальника и тонкой кишки в 7 (14%) случаях, резекция некротизированного участка тонкой кишки в 5 (10%) случаях. В контрольной группе резекция некротизированного сальника и тонкой кишки произведена у 9 (12%) пациентов, резекция тонкой кишки у 10 (13,3%) пациентов, резекция ободочной кишки у 3 (4%) пациентов.

При хирургическом лечении ущемленных грыж без использования синтетического имплантата - «натяжная» герниопластика, применялись традиционные методы пластики. При лечении ущемленных паховых грыж использованы методики Бассини, Постемски, Жирара-Спасокукоцкого, при ущемленных пупочных грыжах и ПОВГ методики Мейо и Сапезко. В 3 случаях при гигантских вентральных грыжах произведено декомпрессивное ушивание раны. Дренирование послеоперационной раны не производилось.

В основной группе пациентов при оперативном лечении ущемленных грыж использовались различные «ненатяжные» способы пластики передней брюшной стенки, хорошо отработанные при плановом хирургическом лечении грыж.

Так, у 12 (24%) пациентов при лечении ущемленных паховых грыж был использован способ Лихтенштейна с установкой синтетического или биологического имплантата на заднюю стенку пахового канала. При операциях по поводу ущемленной пупочной и послеоперационной вентральной грыже у 27 (54%) пациентов применен метод реконструкции передней брюшной стенки, предусматривающий ликвидацию грыжевых ворот и белой линии живота с полным сопоставлением прямых мышц живота.

Коррекция передней брюшной стенки выполнена 5 (10%) пациентам с послеоперационными вентральными грыжами (при величине грыжевых ворот более 10-15 см (W3-W4), которая подразумевала формирование заданного диастаза прямых мышц живота и увеличение объема брюшной полости. При дефиците тканей передней брюшной стенки у 6 (12%) пациентов с послеоперационными вентральными грыжами выполнена комбинированная герниопластика с использованием дополнительного трансплантата. У 2 пациентов применен способ реконструкции передней

брюшной стенки с протезированием переднего листка апоневроза, у 1 пациента с протезированием заднего листка. У 3 пациентов применены способы коррекции передней брюшной стенки с протезированием в задний или передний листок апоневроза. Такие операции производились тогда, когда перемещение в брюшную полость грыжевого содержимого после ликвидации ущемления и кишечной непроходимости сопровождалось развитием заметного натяжения тканей брюшной стенки, повышением уровня внутрибрюшного давления, ростом аппаратного сопротивления на вдохе.

Посев грыжевой жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам выполнен 54 (43,2%) пациентам с ущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью, характер экссудата был по прозрачности от прозрачно-бесцветного до мутного с геморрагическим оттенком. В 45 (36%) случаях посев грыжевой жидкости оказался стерильным, в 9 (7,2%) случаях, при ущемлении в грыжевом мешке петли тонкой кишки при посеве отмечен рост *E.Coli*, что обусловлено повышением проницаемости стенки ущемленной кишки при ее ишемии, некрозе и дислокацией кишечной палочки из просвета кишки в грыжевой мешок.

Рентгенологическое исследование при поступлении в стационар выполнено у 94 (75%) пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными кишечной непроходимостью. При анализе результатов обзорного исследования брюшной полости выявлено, что наиболее распространенными рентгенологическими признаками ущемленных грыж, осложнившихся развитием синдрома кишечной недостаточности, были признаки низкой тонкокишечной непроходимости с формированием множественных горизонтальных уровней жидкости в расширенных петлях тонкой кишки - 53%. Полученные результаты подтверждают, что рентгенологический метод исследования занимает ведущее место в диагностике при ущемленных грыжах различной локализации для выявления признаков кишечной непроходимости.

УЗИ исследование позволило подтвердить диагноз ущемленной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью у 47 (94%) пациентов основной группы и 31 (86%) пациентов контрольной группы, что явилось показанием к экстренному оперативному вмешательству. Ультразвуковое исследование позволило с высокой точностью диагностировать грыжи передней брюшной стенки, содержимое грыжевого мешка, оценить наличие ущемления. Современные технологии позволили уточнить площадь грыжевых ворот, а также форму, топографию и объем грыжевых карманов.

При анализе продолжительности выполнения оперативного вмешательства, время, затраченное на пластику передней брюшной стенки зависело от локализации грыжи, размеров грыжевого дефекта и объема выбранной герниопластики. Среднее время оперативного вмешательства при паховой грыже, у пациентов, оперированных с применением «натяжной герниопластики» составило $85,4 \pm 17,3$ мин., с пластикой по методу Лихтенштейна - $94,2 \pm 10,4$ мин. При ущемленных пупочных грыжах среднее время пластикой местными тканями по Мейо и Салепко составило $124,4 \pm 17,8$ мин, с использованием синтетического имплантата способом реконструкции передней брюшной стенки - $126,3 \pm 24,0$ мин. При послеоперационных вентральных грыжах, в особенности больших и гигантских размеров, продолжительность операции возрастала, поскольку требовалось выполнение более сложных способов герниопластики. Так, среднее время оперативного вмешательства с использованием «натяжных» способов в этой группе составило $137,7 \pm 14,0$ мин, среднее время при «ненатяжной» герниопластики составило $179,1 \pm 28,8$ мин.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства при послеоперационных вентральных грыжах в объеме реконструкции передней брюшной стенки составила 172 ± 43 мин, в объеме коррекции передней брюшной стенки $186 \pm 40,2$ мин. При гигантских послеоперационных вентральных грыжах с использованием комбинированных способов герниопластики время операции увеличивалось в среднем на 20 минут (среднее время составило $202,1 \pm 49,3$ мин.), что обусловлено необходимостью дополнительного протезирования передней брюшной стенки

Исследование динамики уровня внутрибрюшного давления выполнено 30 пациентам. В основной группе (ненатяжная герниопластика) исследование выполнено 16 пациентам, в группе контроля (натяжная пластика) - 14 пациентам. У всех обследованных пациентов отмечена исходная внутрибрюшная гипертензия, причем II и III степень ВБГ наблюдалась у 26 из 30 пациентов (86,7%). Среднее значение исходного уровня ВБД в основной группе пациентов составило $18,8 \pm 1,8$ мм.рт.ст, в контрольной группе среднее значение не было достоверно выше и составило $19,3 \pm 1,6$ мм.рт.ст.

В результате декомпрессии желудочно-кишечного тракта и использования «ненатяжной» пластики у пациентов основной группы отчетливо прослеживается тенденция к снижению ВБД при завершении оперативного вмешательства. Среднее значения ВБД ($14,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст.) оказались достоверно ниже в сравнении с контрольной группой ($17,1 \pm 1,3$ мм.рт.ст.) В послеоперационном периоде тенденция к увеличению ВБД сохранялась до 3 суток послеоперационного периода в обеих группах. Среднее значение ВБД на 1 сутки после операции в основной группе составило $15,6 \pm 1,5$ мм.рт.ст., в контрольной - $17,8 \pm 1,1$ мм.рт.ст. На 2 сутки, в основной группе - $15,9 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной - $18,3 \pm 0,7$ мм.рт.ст. Среднее значение ВБД на 3 сутки в основной группе составило $16,2 \pm 0,7$ мм.рт.ст., в контрольной группе - $18,9 \pm 0,7$ мм.рт.ст. На 4 сутки отмечено снижение уровня ВБД в основной группе до $13,3 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной до $16,9 \pm 0,7$ мм.рт.ст.

Корреляционная зависимость показателей ВБД и объемов удаленной жидкости по назоэнтеральному зонду оказалась положительной для исходного значения ВБД и объема эвакуируемого кишечного содержимого во время оперативного вмешательства. Достоверная и положительная корреляция ВБД и объема кишечного отделяемого отмечена на 3 сутки послеоперационного периода.

При мониторинге в течение 4 суток отмечено увеличение ВБД до 3 суток при достоверности различий показателей. Одновременно с представленной динамикой ВБД увеличивается объем кишечного отделяемого по НЭЗ к 3 суткам, с исчезновением достоверной разницы с исходным объемом эвакуированной жидкости в момент оперативного вмешательства. Обеспечивая сброс кишечного содержимого, НЭП способствует уменьшению уровня ВБД. Таким образом, только к 4 суткам послеоперационного периода восстанавливается всасывающая функция желудочно-кишечного тракта, что подтверждается клиническим разрешением послеоперационного пареза кишечника, показателями

уровня ВВД и объемом кишечного отделяемого по зонду. Выполнение рентгенологического исследования брюшной полости в ранние сроки после операции позволило оценить положение энтерального зонда, определить соотношение газа в тонкой и толстой кишке, динамику послеоперационного пареза кишечника. Извлечение назоэнтерального зонда осуществлялось после восстановления устойчивой перистальтики кишечника и самостоятельного стула на 4-5 сутки послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. Среди абдоминальных осложнений у 9 пациентов (12%) контрольной группы и 3 (6%) пациентов основной группы выявлен послеоперационный парез кишечника, потребовавший более длительной (до 6-7 суток) назоэнтеральной интубации. На основании чего можно заключить, что «ненатяжная» герниопластика сопровождается меньшим риском развития абдоминальных осложнений, чем «натяжная» герниопластика.

Общие послеоперационные осложнения отмечены у 15 (20%) пациентов контрольной группы и 8 (16%) основной группы. Во всех группах у пациентов развитие общих осложнений обусловлено возрастом и наличием сопутствующих хронических заболеваний. Однако, осложнения со стороны бронхо-легочной системы, преобладающие в контрольной группе (8%), обусловлены длительным нахождением пациентов на ИВЛ, вследствие повышения уровня внутрибрюшного давления, что повело за собой прогрессирование дыхательной недостаточности.

Общая частота развития послеоперационных раневых осложнений составила 22,4% (28 пациентов). В контрольной группе с применением пластики местными тканями раневые осложнения отмечены у 20 (16%) пациентов, из них, нагноение послеоперационной раны и заживление вторичным натяжением отмечено у 9 (7,2%) пациентов. В 5 (4%) случаях при УЗИ мягких тканей диагностирована серома, что потребовало дальнейшей пункции и аспирации. В 2 (1,6%) случаях отмечен краевой некроз кожи, в 1 (0,8%) случае инфильтрат послеоперационной раны. У 2 (1,6%) пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдалась эвентрация.

В основной группе с использованием «ненатяжных» методов пластики местные осложнения отмечены у 8 (6,4%) пациентов, среди осложнений чаще всего формировалась серома — 4 (3,2%) случая. Инфильтрат в области послеоперационной раны наблюдался у 2 (1,6%) пациентов. Нагноение подкожно-жировой клетчатки в 2 (1,6%) случаях у пациентов после резекции участка кишки.

При использовании «ненатяжной» пластики у пациентов основной группы с послеоперационными вентральными грыжами в 24 (48%) случаев при УЗИ мониторинге мягких тканей передней брюшной стенки диагностированы клинически не значимые жидкостные скопления от 0,1 см до 1,5 см, регресс которых отмечался к выписке пациента из стационара. Это объясняется, как и в плановой хирургии, обширной мобилизацией тканей передней брюшной стенки с нарушением лимфovenозного дренажа и особенностями тканевой реакции на инородное тело.

В 3 (6%) случаях диагностированные жидкостные скопления потребовали последующей пункции и аспирации под УЗИ наведением. У 2 (4%) пациентов отмечено нагноение подкожно-жировой клетчатки и в 1 (2%) случае инфильтрат послеоперационной раны. Отторжения синтетического имплантата и последующего его удаления ни в одном случае не потребовалось.

В послеоперационном периоде у пациентов с комбинированной герниопластикой послеоперационной вентральной грыжи в 1 (2%) случае наблюдалась серома мягких тканей с инфицированием, удаления трансплантата не потребовалось, что подтверждает ее свойство - устойчивость в условиях инфицирования.

Сопоставление частоты осложнений раннего послеоперационного периода у пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки показало, что увеличения раневых осложнений при применении «ненатяжной» герниопластики передней брюшной стенки не отмечается. У пациентов с дополнительным протезированием передней брюшной стенки в послеоперационном периоде специфических реакций связанных с трансплантационным иммунитетом не выявлено.

Наиболее частыми возбудителями при гнойных осложнениях у пациентов с ущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью являлись грамотрицательные микроорганизмы группы *Enterobacteriaceae*: *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* и прочие патогены этой группы, а также неферментирующие грамотрицательные бактерии в том числе представители *Pseudomonas aeruginosa* и различные дрожжеподобные грибы.

При смешанных инфекциях с выделением различных микробных ассоциаций в брюшной полости применялись подобранные по чувствительности к ассоциантам антибиотики в сочетании с препаратами, активными в отношении анаэробной инфекции (метронидазол, клиндамицин, линкомицин). Эрадикация патогенных бактерий после лечения наблюдалась у 92% пациентов.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре после оперативных вмешательств по поводу ущемленных паховых грыж, осложненных кишечной непроходимостью в контрольной группе составила $16,5 \pm 6,9$ койко-дня, при ущемленной пупочной грыже $19,8 \pm 5,2$ койко-дня, при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах $21,8 \pm 2,8$ койко-дня.

Сроки госпитализации пациентов основной группы в стационаре при ущемленной паховой грыже составили $15,4 \pm 2,8$ койко-дня, при ущемленной пупочной грыже $17,4 \pm 5,4$ койко-дня, и при послеоперационной вентральной грыже $21,7 \pm 6,5$ койко-дня.

Применением «ненатяжных» способов герниопластики при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью не увеличивает сроки пребывания пациентов в стационаре.

Общая летальность оперированных пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными кишечной непроходимостью составила 3,2% (4 пациента). В контрольной группе послеоперационная летальность составила 4% (3 пациента), в основной группе 2% (1 пациент). Все четыре летальных исхода были у пожилых пациентов и сроками ущемления более 24 часов.

В сроки от 1 до 3 лет после операции в основной группе нами обследовано 36 (72%) из 50 пациентов. В контрольной группе обследовали 42 (56%) пациента из 75. Всего из 125 пациентов обследовано в отдаленном периоде 78 (62,4%).

Среди оперированных пациентов с применением «ненатяжной герниопластики» при обследовании через год выявлен 1 пациент с рецидивом послеоперационной вентральной грыжи. У обследованных пациентов не отмечено лигатурных абсцессов и свищей.

В контрольной группе пациентов оперированных традиционными методами пластики выявлено 14 (33,3%) рецидивов: у 2 пациентов с паховой грыжей (III б и IV типов), у 4 пациентов с пупочной грыжей (>4 см), у 8 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров, с площадью грыжевых ворот более 10 см (W3-W4).

На основании полученных данных нами установлено, что основной процент (19%) рецидивов возникает у пациентов, оперированных с пластикой местными тканями по поводу послеоперационной вентральной грыжи, с размером грыжевых ворот W3-W4, и проявляется в первый год после операции. Применение принципа «ненатяжной» герниопластики снижает частоту рецидивов с 33,3% до 2,8%. Полученные результаты позволяют рекомендовать методы ненатяжной герниопластики в качестве методов выбора при осложненных ущемленных грыжах. Пластика местными тканями допустима при операциях по поводу паховой грыжи I типа и при малых пупочных грыжах с размером грыжевых ворот менее 2 см.

Проведенный анализ всех имеющихся данных показал, что ненатяжные методы пластики при ущемленных грыжах брюшной стенки, осложненных кишечной непроходимостью улучшают непосредственные результаты оперативных вмешательств, позволяют достоверно улучшить отдаленные результаты лечения. Это позволяет считать ненатяжные методы герниопластики с использованием современных синтетических имплантатов методом выбора при хирургическом лечении ущемленных грыж брюшной стенки, осложненных кишечной непроходимостью и рекомендовать их к широкому применению.

Выводы.

1. При осложненной ущемленной грыже: а) паховой - операцией выбора является пластика по методу Лихтенштейна; б) пупочной и ПОВГ W1-W2 - реконструкция передней брюшной стенки; в) ПОВГ W3-W4 - коррекция передней брюшной стенки.
2. Энтеральная интубация и декомпрессия кишечника во время оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью, является одной из основных мер борьбы с повышением ВБД и профилактики синдрома кишечной недостаточности при данной патологии.
3. Использование синтетических имплантатов при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью снижает частоту ранних местных раневых осложнений, в том числе и гематом послеоперационной раны. Применение ненатяжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Литература.

1. Адамян, А.А. Лечение паховых грыж по методике Лихтенштейна [Текст] / А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. - 2011. - №2. - С.65- 71.
2. Ветшев, П.С. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе [Текст] / П.С. Ветшев, Н.Н. Крылов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2005. - № 4. - С. 50-56.
3. Ермолов, А.С. О понятиях и терминах в современной герниологии: Что следует уточнить? [Текст] / А.С. Ермолов, А.В. Упырев // *Герниология*. - 2006. - N3 (11). - С. 17-18.
4. Нестеренко, Ю.А. Ущемленная грыжа: пути улучшения результатов хирургического лечения [Текст] / Ю.А. Нестеренко, А.А. Гринберг, А.В. Приказчиков // *Анализ летальности при ущемленных грыжах по материалам стационаров г. Москвы: материалы город, науч.-практ. конф.* - М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2019. - (Труды ин-та, т. 123). - С. 17-25.
5. Павленко, В.В. Наружные грыжи живота (диагностика и лечение) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Павленко. - М., 2014. - 45 с.
6. Ущемленные грыжи передней брюшной стенки в гериатрической практике [Текст] / А.П. Чадаев, А.Д. Климиашвили А.М., Кочетков, П.В. Селезнев // *Анализ летальности при ущемленных грыжах по материалам стационаров г. Москвы: материалы город, науч.-практ. конф.* - М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2019. - (Труды ин-та, т. 123). - С.26-31.
7. Cassar, K. Surgical treatment of incisional hernia / K. Cassar, A. Munro // *Br. J. Surg.* - 2012. - Vol. 89, N.5. - P. 534 - 540.
8. Incarcerated inguinal hernia in the presence of Fournier's gangrene: a novel approach to a complex problem [Text] / J.L. Guzzo, G.V. Bochicchio, S. Henry [et al.] // *Am. Surg.* - 2017. - Vol.73, N1, - P.93-95.
9. Incisional hernias. I. Related risk factors [Text] / E. Yahchouchy- Chouillard, T. Aura, O. Picone [et al.] // *Dig Surg.* - 2013. - Vol. 20, N 1. - P. 3-9.
10. Long term outcomes of the modified rives-stopppa repair in 254 complex incisional hernias [Text] / T.H. Pham, C.W. Iqbal, A. Joseph [et al.] // *The society for surgery of the alimentary tract: 47th annual meeting, May 20-24, 2006.* - losangeles, 2016. - P.320.
11. Simchen, T. The Israel study of surgical infection of drains and risk of wound infection in operations for hernia [Text] / T. Simchen, R. Rozin, Y. Wax // *Surg. Gynecol. Obstet.* - 2010. - Vol. 170, N. 4. - P. 331-337.

Абуллаева Р.А., Косымов З.К., Гафурова Н.Г.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ

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

Острое поражение почек (ОПП) является критическим исходом ряда акушерских осложнений, среди которых преобладают гипертензивные нарушения[1,2].

С проблемой острого повреждения почек (ОПП) сталкиваются все родильные стационары 2-3 уровня. Физиологические изменения в течение гестационного процесса, направленные на вынашивание беременности и предотвращение осложнений в родах, способствуют трансформации в мочевыделительной системе, которые затрудняют раннюю диагностику ОПП у беременных [3,4].

Поскольку все классификации ОПП для небеременных предусматривают определение уровня креатинина, его физиологическое снижение при беременности маскирует раннюю диагностику. Креатинин выше 75 мкмоль/л и мочевины выше 4,5 ммоль/л являются показаниями для дальнейшего исследования, а оценка СКФ не рекомендуется во время беременности [5].

Низкая чувствительность теста на креатинин является одной из причин поздней диагностики ОПП. За последние 10 лет исследования посвященные факторам риска, эпидемиологии и исходов беременности указывают, что эффективное выявление и управление факторами риска является потенциалом снижения предотвратимой смерти [6]. Задача снижения предотвратимой материнской смертности (МС) заявлена как основная в достижении Целей устойчивого развития (ЦУР), начавшей отсчет 1 января 2016г на период до 31 декабря 2030 г [7]. S. Shahetal. (2020) установили трехкратное повышение ОПП, связанное с гестационным процессом с параллельным увеличением МС [8].

Для единых подходов к растущей проблеме ХБП, в 2003 г создана организация KDIGO (KidneyDisease: ImprovingGlobalOutcomes) – инициатива по улучшению глобальных исходов при болезни почек, помощи и результатов лечения, которая считает, что ОПП – это остро возникшее нарушение функции почек, определяемое при наличии как минимум одного из следующих критериев: абсолютное повышение концентрации креатинина сыворотки на 0,3 мг/дл (26,5 мкмоль/л) или более в течение 48 часов или его повышение в 1,5 раза или более от исходного в течение последних 7 дней, или снижение темпа выделения мочи менее 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов.

ОПП делят на 3 стадии: I стадия – повышение уровня креатинина в 1,5 -1,9; II стадия – в 2,0-2,9; III – в 3 раза выше исходного

Установлена прямая зависимость между содержанием креатинина во время беременности и исходом беременности. При уровне креатинина до 125 исход благоприятный и отсутствует необратимые процессы в почках, а при повышении до 180 и более или на диализе ПР, ЗРП и ПЭ выше. МесаD-C. etal. (2023) опубликовали результаты 3-летнего ретроспективного исследования течения беременности у больных с ОПП по сравнению с легкими нарушениями функции почек при содержании креатинина 0,8- 1 мг/дл., госпитализированных в стационар 3 уровня. Среди 6707 родов у женщин высокого риска диагностировано 50 беременных с ОПП и ХБП, 42 – с пограничным значением креатинина в пределах $0,87 \pm 0,05$ мг/дл. При пограничном значении креатинина средний возраст составил $31,2 \pm 5,88$, средний возраст гестации – $35,5 \pm 4,2$ года, удельный вес преэклампсии – 78,6%, все женщины были родоразрешены абдоминальным путем, каждый третий ребенок родился недоношенным, около половине была необходима госпитализация в отделение ИТ [9].

Цель исследования. Определить факторы фатального исхода при ОПП у женщин с эклампсией.

Материал и методы исследования. Для достижения цели проведен анализ течения и исход беременности у 24 женщин, течение гестационного процесса которых осложнилось эклампсией и ОПП, разделенных на две группы: основную или первую составили 9 выживших, вторую или группу сравнения – 15 умерших в результате ОПП на фоне эклампсии.

Из 24 женщин 9 были госпитализированы в центр детоксикации, выписаны живыми – 8, умерла 1.

Из оставшихся 14 беременность и летальный исход были зарегистрированы в родовспомогательных учреждениях второго уровня.

У всех обследованных проводили общеклиническое обследование, определяли содержание тромбоцитов, концентрацию билирубин и его фракций, общего белка, мочевины, креатинина и электролитов, аланинаминотрансферазу (АлАТ), аспартатаминотрансферазу (АсАТ),

Результаты исследования. 79,2% от общего числа женщин были жительницами села, среди выживших их оказалось – 88,8%, среди умерших – 73,3%; городских жительниц – 10,8%, 11,2% и 26,7% соответственно.

Средний возраст в первой группе оказался на 5 лет моложе, чем во второй: $24,4 \pm 3,0$ и $29,5 \pm 5,8$ лет соответственно. В каждой группе каждая пятая женщина оказалась в подростковом возрасте – 15-19 лет.

Около половины женщин первой группы (44,4%) имели избыточную массу тела – $28,2 \pm 0,8$ кг/м²; во второй группе их оказалось в 2 раза меньше – 20% при массе тела – $26,5 \pm 1,5$ кг/м².

Средний срок гестации среди умерших оказался статистически значимо ниже и составил $34,8 \pm 3,9$ недель, из общего количества 13 плодов находились в головном, двое – в тазовом предлежании. Средний срок гестации у выживших соответствовал доношенному сроку – $38,3 \pm 2,6$ недель, все в головном предлежании.

Большинство умерших оказались первородящими – 60%, в первой группе их оказалось в 5,4 раза меньше; повторнородящих в первой группе оказалось в 2,3 раза больше, многорожавших в каждой группе умерли по 1 человеку.

ОПП во время беременности развилось у 5 из 9 женщин выживших и 9 из 15 умерших, у оставшихся – на 1-9 сутки послеродового периода. В первые сутки после родов ОПП диагностирован у 4-х из 7 в первой и 5 из 7 во второй группе. Большинство женщин госпитализированы в тяжелом состоянии, двое беременных из первой группы и одна из второй - госпитализированы в удовлетворительном состоянии.

В каждой группе по 2 беременные были госпитализированы с клиникой преэклампсии.

У 14 из 24 обследованных ОПП предшествовал HELLP синдром, при этом среди умерших он оказался в 1,5 раз выше. Данный синдром у умерших сочетался с дородовым или послеродовым кровотечением, включая преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (3 случая), гипотоническим кровотечением (2 случая) или спонтанным разрывом печени (1 случай).

Из 9 выживших лишь в одном случае зарегистрирован HELLP синдром в сочетании с ДВС, обусловленном внутренним кровотечением.

В обеих группах при поступлении АД оказалось выше 140 мм рт.ст.: в первой группе – систолическое АД составило $150,0 \pm 14,1$; во второй – $148,0 \pm 10,9$ мм рт.ст. ($p > 0,05$); диастолическое АД: $98,0 \pm 4,5$ и $97,1 \pm 4,8$ соответственно ($p > 0,05$); самое высокое АД в обеих группах было идентичное: $180,0 \pm 10,0$ и $175,7 \pm 20,0$ мм рт.ст. соответственно ($p > 0,05$).

У 44,4% выживших женщин произошли вагинальные роды, в то время как у 93,3% случаев они закончились абдоминальным путём ($p > 0,05$).

Содержание тромбоцитов до родоразрешения среди выживших оставалось в пределах физиологических границ и колебалось в пределах от $275 \pm 99,2 \times 10^9/\text{л.}$ – в первой до $205,1 \pm 87,9 \times 10^9/\text{л.}$ – во второй группах. В первые сутки после родов отмечено снижение содержания тромбоцитов среди умерших до $90,5 \pm 82,7 \times 10^9/\text{л.}$, в то время как среди выживших данный показатель оказался в среднем выше $150 \times 10^9/\text{л.}$

Среднее содержание билирубина и ферментов печени в крови в обеих группах отличалось. В первой группе содержание общего билирубина соответствовало верхней границе нормативных данных и составило $20,4 \pm 8,5$ ммоль/л, во второй – оказался в больше: $31,8 \pm 2,7$ ммоль/л; АЛАТ: $67,4 \pm 58,7$ и $126,3 \pm 89,9$ Е/л соответственно.

Содержание креатинина у умерших составило $82,7 \pm 38,9$ ммоль/л до развития ОПП, затем стремительно увеличивалось и составило $629,8 \pm 27,3$ ммоль/л. У выживших женщин максимальные показатели креатинина составили $395,2 \pm 17,8$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, факторами риска фатального исхода при ОПП на фоне эклампсии являются первородящие, поздняя диагностика ОПП, связанная с отсутствием нормативных показателей креатинина у беременных и сочетание HELLP и акушерского кровотечения, обусловленного преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты или гипотоническим кровотечением.

Для своевременного прогнозирования развития ОПП необходимо проводить полное обследование функции почек при уровне креатинина 75 мкмоль/л.

Наши результаты подтверждают данные L. Wanget al. (2021), которые на основании ретроспективного исследования показали, что HELLP синдром является высоким риском кровотечения и ОПП, а материнская смертность составляет 4,5% от общего числа обследованных [10].

Список литературы.

1. Барановская, Е. И. Материнская смертность в современном мире / Е. И. Барановская // Акуш. гинекол. репродукция. – 2022. – Т. 16, №3. – С.296-305.
2. Бабажанова, Ш.Д. Факторы, способствовавшие неблагоприятному исходу при преэклампсии / Ш.Д. Бабажанова, А.С. Любич, Ю.К. Джаббарова // Фундаментальная и клин. мед. – 2021. – Т.6 №1. – С.27-31.
3. Clinical practice guideline on pregnancy and renal disease / K. Wille [et al.] // BMC Nephrol. – 2019. – V. 401.
4. Cockwell, P. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 / P. Cockwell, L.A. Fisher // Lancet. – 2020. – V.395, № 10225. – P. 709-733.
5. Etiology of pregnancy-related acute kidney injury among obstetrics patients in India: a systematic review obstetrics / M. Gautam [et al.] // Indian J. Crit. Care Med. – 2022. – V. 26, №10. – P.1141-1151.
6. Kidney health for everyone everywhere: from prevention to detection and equitable access to care / P.K-T. Li [et al.] // World J. Nephrol. Urol. – 2020 – V.9, №1. – P.1-10.
7. WHO, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division (2019) Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary.
8. Pregnancy-related acute kidney injury in the United States: clinical outcomes and health care utilization / S. Shah [et al.] // Am. J. Nephrol. – 2020. – V. 5193. – P. 216-226.
9. Correlations between Maternal and Fetal Outcomes in Pregnant Women with Kidney Failure / D-C. Meca [et al.] // J. Clin. Med. – 2023. – V.12, №3. – P.832.
10. Evaluation of risk and prognosis factors of acute kidney injury in patients with HELLP syndrome during pregnancy / L. Wang [et al.] // Frontiers in Physiology. – 2021. – V. 12. – P. 650826.

Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д., Давронзода М.Д.

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. Хронический тонзиллит (ХТ) – это хроническое воспаление небных миндалин, являющееся одной из наиболее распространенных и значимых проблем в ЛОР практике. По данным различных авторов, частота заболеваемости ХТ колеблется от 4 до 31% в структуре общей заболеваемости и от 10 до 38% в структуре заболеваемости ЛОР-органов. Причем чаще всего хроническим тонзиллитом болеют в возрасте от 10 до 20 лет. Полость рта и нос являются входными воротами инфекций, вызывающих заболевания ВДП, главной преградой на пути которых является лимфоглоточное кольцо Пирогова-Вальдеера.

При хроническом тонзиллите изменения происходят в лакунах миндалин, поражается мягкая лимфоидная ткань, которая заменяется на соединительную. Образуются рубцы, закрываются некоторые лакуны миндалин и, как следствие, образуются замкнутые гнойные очаги. В лакунах образуются казеозные пробки, представляющие собой скопление омертвевшего эпителия слизистой оболочки лакун (омертвление эпителия является элементом нормы, т.к. старый эпителий слущивается, а новый образуется). Но при хроническом поражении миндалин нарушается естественный процесс эвакуации содержимого миндалин (пищи, табачных смол, микробов, лейкоцитов), создавая благоприятные условия для сохранения и размножения патогенных микробов. Своей жизнедеятельностью они поддерживают

воспалительный процесс в миндалинах. Кроме того, миндалины участвуют в формировании иммунитета у детей в возрасте с 3 до 10 лет.

Цель работы. Изучение влияния гомеопатических препаратов при лечении и профилактике хронического тонзиллита.

Материалы и методы исследования. На базе НМЦ РТ «Шифобахш» были пролечены 24 больных в возрасте от 14-32 лет, с диагнозом хронический тонзиллит. Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование мазков с небных миндалин. Хронический тонзиллит диагностировали при наличии не менее 2-3 ярко выраженных симптомов и при тщательно собранном анамнезе: частые ангины (у 16 человек, у 8 - безангинная форма), запах изо рта, боль в горле, першение, неприятное ощущение кома в горле, увеличение региональных лимфатических узлов и фарингоскопии: разрыхленность миндалин, широкие лакуны, гнойно-казеозные пробки в лакунах, спайки миндалин с дужками, симптомы Гизе, Зака, Преображенского.

Всем больным проводилась базисная терапия с включением антибактериальной терапии с учетом бактериологической диагностики.

Первая группа, состоящая из 12 человек, принимали дополнительно гомеопатический препарат. Продолжительность лечения составила 10 суток.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведено бактериологическое исследование с миндалин. Установлено, что в обеих группах имелась идентичная флора. В ходе бактериологической диагностики хронического тонзиллита в 23,5% случаев выделен *Streptococcus pyogenes*, в 26,5% случаев был выделен *Staphylococcus aureus*, в 38% - *Streptococcus viridians*, в 12% - *Streptococcus pneumoniae*. В исследуемой группе улучшение наблюдалось у 9 (75%) пациентов. У этих пациентов отмечалось общее улучшение самочувствия уже на 2-3 сутки приема препаратов, повышение аппетита, отсутствие субфебрилитета. Характерные боли в горле существенно уменьшились. При осмотре ротовой полости уменьшился отек миндалин, гиперемия дужек, отмечалось отсутствие боли при надавливании. Состояние 3 (25%) пациентов улучшилось на 5-6 сутки. У всех больных получен положительный клинический эффект: улучшалась фарингоскопическая картина, уменьшились размеры миндалин, очистились лакуны, патологическая флора не высевалась.

В контрольной группе положительная динамика на 2-3 сутки отмечалась только у 5 (41,7%) пациентов. У 2 пациентов (16,7%) отмечалось ухудшение состояния, при повторном бактериологическом исследовании в 16,7% случаев высевался *Streptococcus viridians* и больным был назначен второй курс антибактериальной терапии и дополнительно местное лечение.

При изучении отдаленного эффекта лечения установлено, что в первой группе, которая дополнительно к базисной терапии принимала гомеопатический препарат, у 6 (50%) пациентов с положительной клинической картиной регистрировалась продолжительная ремиссия от 4 до 6 мес. Тогда как в контрольной группе длительная ремиссия отмечалась у 3 (25%) больных.

Анализ и оценка результатов лечения и профилактики хронических тонзиллитов показали достаточную эффективность применения гомеопатических средств в комплексной консервативной терапии.

Выводы. Частый приём антибиотиков зачастую приводит к нежелательным последствиям (аллергии, желудочно-кишечные расстройства, снижению иммунитета и т. д.), поэтому применения антибактериальной терапии, одновременно с гомеопатическим средством явились препаратами выбора при терапии хронического тонзиллита поскольку они способствует быстрому уменьшению типичных для тонзиллита симптомов и предотвращает осложнения, развивающиеся вследствие прогрессирования инфекции, а также у пациентов с данной патологией наблюдалась продолжительная ремиссия.

Литература.

1. Бокова А. Лечение катаральной ангины у детей с помощью гомеопатического препарата/ Бокова А., Хегер М., Шюттле Б. // Сб. науч. тр. «Лечение и профилактика острого и хронического тонзиллита». М.- 2010.- С. 11-13.
2. Русецкий Ю.Ю. Сравнительное бактериологическое исследование микрофлоры поверхности и биоптотов миндалин у детей с патологией лимфаденоидного глоточного кольца / Ю.Ю. Русецкий, Т.К. Седых, И.О. Чернышенко// Педиатрия.- 2012.- Т.91, №2.- С 52-56
3. Цыркунов В.М. Микробиологические и морфологические аспекты хронического тонзиллита / В.М. Цыркунов и др. // Инф. Болезни.- 2016.- Т14, №1.- С42-47

Адылова Ф.Х., Махамадиев А.А., Муродова П.Ф.

ПРОБЛЕМЫ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Снижение слуха у детей – это не только проблема здоровья, но и серьезное препятствие для получения образования, причина психоэмоциональных и речевых расстройств. Вопросы возникновения и развития снижения слуха у детей школьного возраста интересуют не только детских оториноларингологов, но и педиатров, неврологов, логопедов и других специалистов. Прогрессирующие или приобретенные стойкие нарушения слуха могут развиваться в более позднем возрасте вследствие генетических причин, внутриутробных или постнатальных инфекций, воспалительных заболеваний среднего уха, избыточного воздействия шума при прослушивании персональных аудиоустройств. Нарушения слуха у детей могут развиваться в любом возрасте, что диктует необходимость проведения систематического ежегодного обследования детей дошкольного и школьного возраста.

Причем своевременно оказанная помощь способствует у многих детей полному выздоровлению, а у части из них предотвращает прогрессирование заболевания.

Цель исследования. Выявить причины нарушения слуха у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР-клиники НМЦ РТ «Шифобахш» нами были обследованы 78 детей в возрасте от 7 до 14 лет со снижением слуха. Исследование включало: сбор жалоб и анамнеза, клинический осмотр ЛОР-органов (риноскопия, фарингоскопия, отоскопия, фиброринофарингоскопия и т.д.), тонально-пороговую аудиометрию, акустическую импедансометрию с рефлексометрией, а также рентгенологическое исследования носоглотки.

Результаты исследования и их обсуждение. При передней риноскопии у 14(%) детей была выявлена отечность, гиперемия слизистой полости носа. При отоскопии у 8 (7,2%) детей выявлена гиперемия барабанной перепонки(острый средний отит), у13 (7,2 %) серная пробка, также у 18 (39,2%) детей диагностирован хронический средний отит. У 3 (1,6%) детей после травмы барабанной перепонки наблюдалось снижение слуха. При фарингоскопии у 5 детей выявлен фарингит, а у 12 детей хронический тонзиллит. После перенесённого ОРВИ у 23 (27,2%) детей диагностирован экссудативный средний отит, который подтвержден методом акустической импедансометрии, где наблюдалась тимпанометрическая кривая типа «В», также кривая типа «С» у 6 детей, что свидетельствует о тубоотите. 2 детей обратились к врачу с жалобами на снижение слуха, после перенесённого менингита. У 19 (20,8%) детей на основании эндоскопического и рентгенологического метода исследования (в зависимости от возраста ребёнка) носоглотки был поставлен диагноз аденоидные разрастания II-III степени. 78 детям был проведен субъективный метод исследования - тонально- пороговая аудиометрия (ТПА). Из них у 71 пациента снижение слуха по кондуктивному типу - I степень тугоухости у 23, у 42 пациентов - II степень тугоухости, у 6 пациентов III степень тугоухости. А у7 пациентов снижение слуха по нейросенсорному типу- I степень тугоухости- 1, у 3 пациентов - II степень, у 1 пациента III степень, у 2 пациентов IV степень.

Выявленные слуховые нарушения по типу звукопроведения в основном возникают при патологии среднего уха, полости носа и глотки, а также слуховые нарушения по типу звуковосприятия, возникли из-за наследственного фактора и вирусной инфекции.

Выводы. Исходя из вышесказанного, следует отметить, что необходимо внимательно обращаться к частым простудным заболеваниям детей и своевременно проводить профилактические мероприятия, а также обязательная проверка слуха детям перед поступлением в школу является важным диагностическим критерием для своевременного лечения.

Литература

1. Богомильский М.Р. (ред.) Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 1040 с.
2. Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Крейсман М.В., Балакина А.В., Карпов В.Л. Результаты диагностики нарушений слуха у детей 1-11 классов. Наука и инновации в медицине. 2020.- №5(1).- С. 53-57.
3. Yong M., Liang J., Ballreich J., Lea J., Westerberg B.D., Emmett S.D. Cost-effectiveness of school hearing screening programs: a scoping review. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020.- 162(6).- P. 826-838

Азиззода З.А., Сангов М.Б., Сафаров Ф.Ш.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Актуальность. Послеоперационные патологические жидкостные образования, требующие дополнительного хирургического вмешательства на брюшной полости, отмечаются у 10-23% [1]. Диагностика интраабдоминальных послеоперационных осложнений представляет сложности в виду того, что тяжелое состояние больного в первые часы и сутки после операции связывается с объёмом выполненной операции [2]. Затруднение в диагностике также связано с проведением в послеоперационном периоде массивной обезболивающей, инфузионной и антибактериальной терапии, которые снижают проявление клинических симптомов послеоперационных осложнений. Выполнение релапаротомии является травматичной и сопровождается высокой летальностью от 28% до 59% [3].

С целью уменьшения травматичности и улучшения результатов хирургического лечения послеоперационных жидкостных скоплений последние годы успешно применяются малоинвазивные методы, в том числе лапароскопические и чрескожные [4]. Однако вопросы выбора между традиционными и малоинвазивными методами при различных формах послеоперационных осложнений до сих пор остаются дискуссионными [5].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных интраабдоминальных жидкостных скоплений с применением чрескожных методов под контролем ультразвука.

Материал и методы исследования. В работе представлены данные сравнительного анализа результатов повторных оперативных вмешательств 54 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, находившихся на стационарном лечении на базе отделения абдоминальной хирургии Кулябской областной многопрофильной клинической больницы имени А.Хакназарова за период с 2018 г. по 2023 г. Из них 27 пациентов, которые составили основную группу, были оперированы с использованием чрескожно – пункционных методик под УЗ-контролем. Контрольную группу, которую составили 27 пациентов, получила лечение традиционным открытым методами - релапаротомии, вскрытие сером, гематом, абсцессов брюшной стенки и брюшной полости.

Среди исследуемых больных основной группы мужчин было 15 (55,5%), женщин 12 (44,4 %), в контрольной группе мужчин было 16 (59,2%) женщин 11 (40,7%). Возраст пациентов находился в пределах от 19 до 82 лет.

Послеоперационные осложнения развивались после следующих оперативных вмешательств: холецистэктомия

(11), послеоперационные вентральные грыжи (7), операции на желудке и тонкой кишке (9), аппендэктомия (9), операции на толстой кишке (8), операции на поджелудочной железе (5), эхинококкэктомия из печени (5). Послеоперационные осложнения были одинаковыми и в контрольной и в основной группах.

Послеоперационные ограниченные жидкостные скопления локализовались в толще передней брюшной стенки (7), в поддиафрагмальном пространстве (7), забрюшинном пространстве (2), подпеченочном пространстве (11), подвздошной ямке (9), между петлями кишечника (6), полости малого таза (6), полости малого сальника (4), остаточная полость в печени после эхинококкэктомии (2).

Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде наряду с динамическим наблюдением, клиническими и лабораторными методами исследования выполняли УЗИ. В случаях появления признаков послеоперационных осложнений в виде жидкостных скоплений в брюшной полости УЗИ проводилось динамично. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства проводили на ультразвуковых диагностических аппаратах Versana Premier при помощи датчиков 3,5-5- 7,5 МГц. Чрескожно-пункционные и дренирующие малоинвазивные вмешательства выполняли с помощью пункционных игл, пункционных устройств, проводников, буж, дренажей различных форм и размеров. Применяли пункционные иглы типа Chiba 14 - 21 G.

Результаты исследования и их обсуждение. Тактику дальнейшего выбора метода лечения выбирали в зависимости от расположения, локализации и стадии развития патологического процесса. Противопоказаниями к выполнению чрескожно-пункционных вмешательств считались распространённые жидкостные образования с явлениями диффузного или распространённого перитонита, продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, не поддающегося консервативным методам, отсутствие безопасной траектории для проведения пункционной иглы. Чрескожно-пункционные вмешательства проводили под местной анестезией с премедикацией или под внутривенным обезболиванием. При манипуляциях использовали ультразвуковые аппараты Versana Premier при помощи датчиков 3,5-5-7,5 МГц., с конвексными датчиками 5–1 МГц, линейный 12–3 МГц.

Лечебно-диагностическую пункцию патологического очага с целью уточнения характера его содержимого производили иглой 18 G длиной 11 см или иглами длиной 15 см и 25 см. Полученный материал оценивали по внешним признакам и отправляли на бактериологическое исследование. При наличии жидкостных образований больших размеров и УЗ признаках инфицирования проводили его дренирование по одноэтапной методике комплексом стилет-катетер, либо по методике Сельдингера.

При выявлении патологических жидкостных скоплений до 40 мм, отсутствии клинических симптомов воспаления и болевого синдрома осуществляли динамическое наблюдение, которое продолжали и после выписки в амбулаторных условиях. УЗ динамическое наблюдение таким больным проводили 1 раз в 2–3 дня. В случаях появления признаков воспаления, увеличения размеров образования по данным УЗИ, наличие болевого синдрома проводили пункцию и дренирование под УЗ контролем. Дренирование сером продолжали 3-8 дней. Дренажи удаляли после прекращения поступления отделяемого по дренажу и ликвидации патологических полостей, по данным УЗИ. Всего выполнено 7 пункций, санаций и дренирований 7 сером брюшной стенки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

Для пункции и дренирования гематом использовали полиуретановые или полиэтиленовые дренажи, изогнутые с фиксирующей нитью, или дренажи с заданной формой типа свиного хвоста, диаметром 10–12 Fr. При гематомах дренажи оставляли до 9-16 дней. Всего выполнено пункций и дренирований 8 гематом брюшной полости.

УЗ признаками абсцессов является наличие полости с экзогенным содержимым, чаще неоднородным, иногда пузырьками газа и наличием капсулы. После пункции и дренирования абсцессов проводили санацию и промывание остаточных полостей растворами антисептиков ежедневно. Для промывания полости абсцессов применяли физиологический раствор и диоксидин. При дренировании полости абсцессов применяли дренажи размером не менее 10 Fr. Чрескожно-пункционные вмешательства выполнены 10 пациентам с абсцессами брюшной стенки, брюшной полости и забрюшинного пространства, двоим пациентам с нагноившейся остаточной полостью в печени после открытой эхинококкэктомии.

Осложнений и летальных исходов после выполнения чрескожно-пункционных методов лечения нами не наблюдалось.

Продолжительность пребывания в стационаре у больных основной группы составила от 4 до 19 дней, а в контрольной группе 9-33.

Больным контрольной группы выполнены открытые оперативные вмешательства – лапаротомия, вскрытые, санация и дренирование патологических жидкостных скоплений. В контрольной группе осложнение отмечено у 3 (11,1%) больных в виде нагноения послеоперационной раны, летальность составила 7,4%.

Выводы. Таким образом, при развитии послеоперационных осложнений в виде ограниченных жидкостных скоплений чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗ по эффективности не уступают открытым вмешательствам и способствуют улучшению результатов хирургического лечения больных.

Литература

1. Абдуллоев Дж.А., Гуломов М.Ш., Ризоев В.С., Восиев С.А., Одинаев Р.С. Оптимизация хирургического лечения и профилактика послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - №2.- 2017.- С. 5-9.
2. Демин Д.Б., Лайков А.В., Фуныгин М.С., Чегодаева А.А., Солодов Ю.Ю., Бутина К.В. Применение малоинвазивного доступа под ультразвуковым контролем в хирургическом лечении жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173, № 1. – С. 81-83.
3. Имамова А.М., Красильников Д.М., Бородин М.А., Спиридонов С.И., Малова И.И. Чрескожные пункционные и дренирующие операции у пациентов с ранними послеоперационными абдоминальными осложнениями // Хирургия. - 6 (107) .- 2017. - С. 41-45.

4. Курбонов К.М., Даминова Н.М., Газиев З.Х., Кобилов И.И., Нуров З.М. Перспективы применения миниинвазивной технологии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита. Доклады Академии наук Республики Таджикистан.- 2016, том 59.- №1-2.- С. 84-89.
5. Махмадов Ф.И., Садуллоев Д.Н., Муродов А.И. и др. Релапаротомия и повторные миниинвазивные вмешательства в гепатобилиарной хирургии // Здравоохранение Таджикистана.- 2022.- №2 (353).- С.54-59.

Айниев Б.С., Омонов Э.О., Каримов Д.А.

ПРИУМУЩЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ

Кафедра хирургических дисциплин №3, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Проблемы оказания специализированной стационарной помощи пациентам травматологического профиля не вызывает сомнений. С течением времени при отсутствии значимых изменений в количестве пострадавших, нуждающихся в стационарной помощи, происходит увеличение доли пострадавших с множественными и сочетанными травмами, повышение тяжести политравм, а также увеличение как общей доли открытых переломов длинных костей, так и степени повреждения мягких тканей конечностей. При экстремальных ситуациях (природные и техногенные катастрофы, вооруженные конфликты) удельный вес таких поражений значительно возрастает и достигает 30 — 40 %. Особенности политравмы являются тяжелое состояние пострадавших, трудности диагностики и лечения, высокий процент летальных исходов. Теоретически для оптимизации работы травматологического стационара всем пациентам с травмами, нуждающимся в оперативном лечении, операции окончательного остеосинтеза должны быть выполнены непосредственно при поступлении в стационар. Исключение могут составлять только пострадавшие с тяжёлыми политравмами, открытыми переломами, высокоэнергетическими около- и внутрисуставными переломами, сопровождающимися значительными закрытыми повреждениями мягких тканей. В подобных случаях целесообразно выполнение первичного внеочагового остеосинтеза аппаратами наружной фиксации.

Опыт зарубежных стационаров демонстрирует возможности и перспективы экстренной хирургии. При грамотной организации процесса оказания экстренной медицинской помощи возможно как выполнение операций остеосинтеза в отсроченном порядке в плановых операционных в дневное время, так и комбинация неотложных и отсроченных вариантов оперативного лечения переломов.

Цель исследования. На основании сравнительного анализа структуры операций остеосинтеза, произведённых в первые сутки после травмы и в более позднее время, определить преимущества и недостатки выполнения операций остеосинтеза.

Материал и методы исследования. По данным историй болезни и операционных журналов отделения хирургии РКБ Дангаринского района с 2020 г. по 2022 г. госпитализированным пациентам были выполнены операции остеосинтеза в течение первых 24 ч. и в отсроченном порядке. Оперативные вмешательства выполнялись в противошоковой операционной и в экстренной операционной операционного блока. Операции были сгруппированы по локализации травм и виду остеосинтеза. Отдельно были выделены операции у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. Определяли среднее время нахождения пациента в стационаре с момента поступления до и после операции, а также длительность хирургического вмешательства, наличие или отсутствие повторных операций и ранних осложнений остеосинтеза.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за период с 2020 г. по 2022 г. в РКЦ Дангаринского района была выполнена 191(100%) операция остеосинтеза костей конечностей. Непосредственно при поступлении в стационар была проведена операция остеосинтеза 83 (43,46) больным, а 108 (56,54) пострадавшим операции не были выполнены в неотложном порядке по разным причинам (позднее обращение, отказ от операции), были выполнены отсроченные операции. В ходе 191 хирургического вмешательства у 97 (50,78%) больных был выполнен экстремедулярный остеосинтез и у 66 (34,55%) больных - интрамедулярный остеосинтез, в остальных 28 (14,65%) случаях с целью стабилизации перелома было произведено наложение аппарата наружной фиксации. В противошоковой операционной хирургическая стабилизация перелома произведена в 21 (10,99%) случае, в экстренной операционной — в 170 (89,01%) случаях. Данные по отдельным локализациям и сегментам приведены в таблице 1.

Количество, тип и место выполнения оперативных вмешательств в неотложном порядке в зависимости от локализации перелома

Таблица 1

Сегмент	Остеосинтез	Противо-шоковая операцион-ная	Экстрен-ная операцион-ная	Всего:	
		абс.	абс.	абс	%
Ключица	внутренний	0	14	14	16,86
Плеч. кость дист.часть	внутренний	0	4	4	4,819
Кости предплечья,	внутренний	0	9	9	10,84
Бедренная кость прок. часть	АНФ	2	6	8	9,638
Диафиз и дистал. часть бедренной кости	внутренний	1	3	4	4,819
Надколенник	внутренний	0	1	1	1,204
	внутренний		6	6	7,23
	кдо	1	3	4	4,82

Лодыжки	внутренний	5	7	12	14,46
Кости стопы	внутренний	1	5	6	7,228
Кости кисти	внутренний	2	4	6	7,228
Политравма	АНФ	9	0	9	10,84
Таз	0	0	0	0	0
Всего:		21	62	83	100,0

Пациентам, которым операции остеосинтеза были выполнены в противошоковой операционной (10,99%), операция остеосинтеза выполнялась в среднем в течение 3 ч. 56 мин. $\pm$ 2 ч. 52 мин. с момента поступления в стационар. Длительность хирургического вмешательства у них составляла в среднем 1 ч. 10 мин. $\pm$ 20 мин. В то же время пациентам с множественной и сочетанной травмой в этой же операционной операции были выполнены в среднем через 2 ч. 20 мин. $\pm$ 1 ч. 43 мин., а их длительность составляла в среднем 1 ч. 15 мин. $\pm$ 51 мин. Пациенты, которым операции остеосинтеза были выполнены в экстренной операционной операционного блока, с момента поступления до начала операции находились в стационаре в среднем 1 ч. 10 мин. $\pm$ 2 ч. 15 мин. Длительность оперативного вмешательства при этом у данной категории пациентов составила 2 ч. 10 мин. $\pm$ 40 мин.

За изучаемый период у 9 (%) пострадавших при поступлении в стационар с множественной и сочетанной травмой проводилась операция остеосинтез. При этом переломы иммобилизованы аппаратами наружной фиксации в соответствии с протоколом контроля повреждений (Damage control). Анализ структуры операций показал, что наиболее часто выполнялся остеосинтез переломов ключицы (16,86%), лодыжек (14,46%) и костей предплечья (10,84%). После выполнения операций остеосинтеза в экстренном порядке не было случаев ранней инфекции и ревизионных операций по причине некачественного выполнения первичного остеосинтеза в период госпитализации. Наряду с 83 неотложными операциями остеосинтеза было выполнено 108 плановых операций остеосинтеза пострадавшим. Им операции не были выполнены в неотложном порядке по разным причинам (позднее обращение, отказ от оперативного вмешательства). При этом среднее количество койко-дней у пациентов, прооперированных в неотложном порядке, составило $8,40 \pm 6,67$ дней, в то время как пациенты, перенесшие отсроченное хирургическое вмешательство, находились в стационаре в среднем $12,98 \pm 6,28$ дней. Наименьшая длительность госпитализации наблюдалась у пациентов, которым был выполнен остеосинтез костей стопы, она составила в среднем $2,66 \pm 2,52$ дней. Наибольший показатель занятости койки отмечен у пациентов с переломами бедренной кости, других костей и политравмой — $30,07 \pm 39,92$ дней. Максимальное значение койко-дней среди пациентов данной группы составило 90 дней, что обусловлено развитием послеоперационных инфекционных осложнений у пациента с политравмой, потребовавших неоднократных повторных хирургических вмешательств. Если же рассматривать среднюю длительность пребывания в стационаре всех пациентов, которым был выполнен остеосинтез, то это значение составляет $11,80 \pm 10,70$ койко-дней (Табл. 2).

Количество оперативных вмешательств и показатели среднего значения койко-дней в зависимости от локализации перелома

Таблица 2

Локализация перелома	Неотложные операции		Плановые операции		Всего:	
	Кол-во	Койко-день	Кол-во	Койко-день	Кол-во	Койко-день
Ключица	14	$2,40 \pm 1,14$	6	$10,88 \pm 7,33$	20	$8,46 \pm 7,31$
Плечевая кость дист. часть	4	$2,40 \pm 1,34$	8	$10,95 \pm 4,47$	12	$10,30 \pm 4,83$
Кости предплечья	9	$4,70 \pm 5,60$	16	$10,57 \pm 6,51$	25	$9,63 \pm 6,69$
Бедренная кость проксим. отдел	8	$10,63 \pm 4,44$	13	$14,67 \pm 5,98$	21	$14,30 \pm 5,96$
Бедренная кость диафиз и дистал. часть	4	$11,50 \pm 8,39$	12	$13,47 \pm 7,09$	16	$9,82 \pm 7,64$
Надколенник	1	$1,00 \pm 1,41$	3	$11,36 \pm 3,71$	4	$10,10 \pm 4,96$
Кости голени	10	$7,95 \pm 9,28$	15	$16,50 \pm 12,86$	25	$9,09 \pm 10,10$
Лодыжки	12	$5,16 \pm 9,11$	15	$10,16 \pm 3,59$	27	$7,52 \pm 7,43$
Кости стопы	6	$2,66 \pm 2,52$	11	$3,56 \pm 2,42$	17	$2,66 \pm 2,52$
Кисть	6	$5,48 \pm 11,50$	9	$6,48 \pm 11,50$	15	$5,48 \pm 11,50$
Политравма	9	$30,07 \pm 39,92$	0	0	9	$30,07 \pm 39,92$
всего:	83	$8,40 \pm 16,67$	108	$12,98 \pm 6,28$	191	$11,80 \pm 10,70$

Выводы. Таким образом, можно констатировать статистически значимое снижение длительности пребывания пациентов с изучаемыми повреждениями в стационаре в случае выполнения неотложных операций остеосинтеза при поступлении. Действительно, не вызывает сомнения то, что качественно выполненный остеосинтез при поступлении больного в стационар значительно уменьшает сроки пребывания в стационаре и тем самым способствует уменьшению коечного фонда.

Литературы

1. Беленький И.Г., Кутянов Д.И., Спесивцев А.Ю. Структура переломов длинных костей конечностей у пострадавших,

- поступающих для хирургического лечения в городской многопрофильный стационар. Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2013;(1):134-139.
2. Вопросы стандартизации специализированной медицинской помощи пострадавшим с переломами костей голени в условиях городского многопрофильного стационара. Травматология и ортопедия России. 2013;2(68):5-12.
 3. Van der Wee M.J.L., van der Wilden G., Hoencamp R. Acute Care Surgery Models Worldwide: A Systematic Review. World J Surg. 2020; 44(8):2622-2637. doi: 10.1007/s00268-020-05536-9.
 4. Koivukangas V., Saarela A., Meriläinen S., Wiik H. How Well Planned Urgency Class Come True in The Emergency Surgery? Timing of Acute Care Surgery. Scand J Surg. 2020; 109(2):85-88. doi: 10.1177/1457496919826716.

Айниев Б.С., Камолов К.М., Мехтаров К.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №3 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».

Таджикистан.

Центральная больница Восейского района.

Актуальность. До настоящего времени сохраняют свою актуальность вопросы выбора тактики лечения больных с переломами трубчатых костей кисти, что обусловлено наибольшей частотой травм кисти и её преимущественной ролью в трудовой и повседневной деятельности человека (Волкова А.М., 1998; Барсук- В.И., 2000). По данным разных авторов, повреждения кисти занимают одно из первых мест среди травм опорно-двигательного аппарата и достигают 30% (Фоминых А.А.с соавт., 2000; Валеев М.М., 2008; Flatt A.E., 1996). На долю переломов трубчатых костей кисти приходится до 30% от общего числа всех травм кист (Ирговицкий В.Н.с соавт., 1994; Brennwald Л, 1996; Scott Н. 2000), из которых переломы пястных костей составляют от 19% до 35,7% (Азолов В.В., 1990.; Варганов Е.В., 2006; Corley F.G., 1996). Закрытые переломы наблюдаются в 17,5%, а изолированные открытые повреждения костей кисти встречаются в 12,5 % случаев (Горячев А.Н., 1997.; Packer G.P., 1993). Лечение переломов пястных костей остаётся сложным разделом хирургии кисти. К настоящему времени разработан целый ряд новых систем и конструкций для лечения повреждений костей кисти, но число осложнений остаётся довольно высоким и достигает 11,2-31,9 % (Клюквин И.Ю., Мигулова И.Ю. и др., 2009. Зердеджи М., Мигулева И., и др., 2008.). В результате неадекватного лечения возникают не только боли и деформации в месте повреждения, но и нарушается функция кисти, что приводит к снижению трудоспособности больных и даже к инвалидности (Шихалёва Н.Г., Чиркова И.В. 2009., С.У. Асилова, Ш.Ш. Ходжаев А.К. 2012.).

Цель исследования. Изучение в ближайшие и отдалённые периоды результатов лечения переломов пястных костей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 37 больных с переломами пястных костей в возрасте от 17 до 57 лет. Свежие переломы наблюдались у 21 (56,76%) больного, неправильно срастающиеся переломы у 7 (18,91%) больных, несросшиеся переломы - у 6 (16,21%) больных и ложные суставы - у 3 (8,10%) больных. Повреждение правой кисти было у 29 (78,37%) больных, а левой кисти - у 8 (21,62 %) больных. Множественные переломы пястных костей были у 6 (16,21%) больных. У всех больных выполнена операция остеосинтеза заключающаяся в открытой репозиции и фиксации костей с помощью спиц Киршнера или Илизарова. Изучены ранние (первые 3 месяца после операции) и отдалённые результаты лечения в сроки от 1 года до 3 лет. Результаты лечения переломов пястных костей оценивались по общепринятым методам (Барсук В.И., 2000, Глухов Д.В., 2004).

1. Отличный результат — полное восстановление функции кисти.
2. Хороший результат — отсутствие жалоб, полное восстановление функции или наличие отклонений, не оказывающих влияния на выполнение основных трудовых операций, сохранность сводов кисти, дефицит объёма движений в пределах 10—15⁰, восстановление силы кисти до 80 % и выше, восстановление профессиональных навыков.

3. Удовлетворительный результат — наличие жалоб на умеренное ограничение движений и снижение их координации, отсутствие болей при движениях, умеренно выраженную утомляемость кисти к концу дня, уменьшение объёма движений в пределах 30⁰, свод кисти сохранён или снижен. Рентгенологически: полная консолидация перелома, допустимые угловые смещения отломков до 5-10⁰ по ширине и по толщине кортикального слоя, профессиональные навыки восстановлены.

4. Неудовлетворительный результат — наличие жалоб на боли в кисти при нагрузке, уменьшение объёма движений и силы кисти, нарушение захватов. Рентгенологически: сращение отломков в смещенном положении, профессиональная пригодность утрачена, общая трудоспособность снижена.

Результаты исследования и их обсуждение. В ранние сроки лечения отличные и хорошие результаты лечения наблюдались у больных со свежими переломами, которым операция остеосинтеза была произведена по неотложным показаниям 19 (90,47%) и у больных с неправильно срастающимися переломами пястных костей – 7 (100%), которым было произведена операция остеосинтеза в плановом порядке, удовлетворительные результаты лечения наблюдались у 2 (9,52%) больных, со свежими переломами 4 (66,66%) больных с несросшимися переломами и у 2 (66,66%) больных со сформировавшимся ложным суставом. Неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (33,3%) больного с несросшимся переломом и у 1 (33,3%) больного с ложным суставом, что составляло 33,3% соответственно. Неудовлетворительным результатам лечения способствовало наличие общей соматической патологии, приводящее к остеопоротическому состоянию скелета, а также местные посттравматические нейродистрофические изменения.

Отдалённые результаты лечения в сроки от 6 мес. до 3 лет изучены у 35 больных - у 21(60%) больного со свежими переломами, 7 (20%) больных с неправильно срастающимися переломами, у 4(11,42%) больных несросшимися переломами, и у 3(8,57%) больных с ложными суставами, что составило 94,59 % от общего числа наблюдений. Большинство больных обследовано в сроки от 6 мес. до I года 17 (48,57%), от I года до 2 лет 10 (28,57 %) и от 2 лет до 3

лет 5 (14,28%) после восстановительного оперативного лечения. Наиболее высокая частота хороших результатов отмечена у больных со свежими, неправильно срастающимися и несросшимися переломами. В группе больных с ложным суставом результаты лечения в отдалённые сроки практически не отличались от ближайших. Начиная со 2 и до конца третьего года наблюдения хорошие результаты отмечены у 75 % и 100 % больных, что связано с поздней оссификацией зоны ложного сустава.

Выводы. Таким образом, анализ отдалённых результатов указывает на высокую эффективность операции остеосинтеза при лечении свежих переломов, неправильно срастающихся, сросшихся со смещением переломов и ложных суставов пястных костей с использованием интрамедуллярного остеосинтеза спицами и позволяет во всех случаях получить положительный результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клюквин И.Ю., Мигулова И.Ю., Охотский В.П. Травмы кисти. М., 2009. С. 150-186.
2. Зердеджи М., Мигулева И., Клюквин И. Применение остеосинтеза спицами при открытых оскольчатых переломах фаланг и пястных костей // Врач. 2008. № 6. С. 80-82.
3. Топографо-анатомическое обоснование чрескостного остеосинтеза коротких трубчатых костей кисти / О.В. Бейдик, Н.В. Островский, К.В. Шевченко, К.К. Левченко // Гений ортопедии. 2006. № 2. С.18-21.
4. Применение дистракционного аппарата при переломах пястных костей кисти / С.У. Асилова, Ш.Ш. Ходжаев, А.К. Хайдаров, Д.А. Рахбарова, Г.К. Нуримов // Гений ортопедии, 2012. № 3. С. 15-19.
5. Коршунов В.Ф., Эльделбани И.А., Барсук В.И., Лечение неправильно срастающихся и неправильно сросшихся переломов пястных костей // Материалы научно-практической конференции травматологов и ортопедов федерального медико-биологического агентства 28-29 мая, 2009, - С 107.

Алиев А.А., Боронов Х.А., Омонов Э.О.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ В СТЕНКАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА

Кафедра патологической анатомии, судебной медицины и гистологии, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Общий желчный проток и желчный пузырь объединяет пузырный желчный проток. Образующаяся в печени желчь собирается в протоках и оттуда движется дальше, в желчный пузырь.

Существенное значение желчного пузыря и пузырного протока в жизнедеятельности человека, высокий уровень его патологии определяют актуальность изучаемого материала. Заболевание желчного пузыря и пузырного протока в настоящее время представляет собой существенную медико-социальную проблему в связи с частым развитием грозных осложнений с риском высокой летальности и усугубляющих течение основного заболевания [1, 2]. Несмотря на функциональную значимость желчного пузыря и пузырного протока, в настоящее время в литературе отсутствуют данные по сравнительной характеристике количества расположения лимфоидных узелков в стенках этих органов.

Лимфоидный аппарат стенки этих органов представлен внутриэпителиальными, а также диффузной лимфоидной тканью и лимфоидными узелками. Лимфоидные узелки не имеют центров размножения, что, очевидно, связано с невысокими антигенными свойствами желчи у здорового человека. Известно, что лимфоидные узелки с центрами размножения формируются в стенках тех органов, которые испытывают длительное и разнообразное антигенное воздействие.

Цель исследования. Получение сравнительной характеристики о структуре и закономерностях количества лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря и пузырного протока в постнатальном онтогенезе человека.

Материалы и методы исследования. Гистологическими методами проводили исследование лимфоидных узелков на трупах в стенках желчного пузыря 118 и пузырного протока 111 умерших в возрасте от новорожденности до 103 лет на базе НМЦРТ «Шифобахш» в гистологическом отделении с 2007г. по 2015г.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования микроанатомическими методами было изучено количество лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря по сравнению с количеством лимфоидных узелков пузырного протока.

Лимфоидные образования периферических органов иммунной системы образованы клетками лимфоидного ряда, находящимися в ретикулярной строме, образованной ретикулярными клетками и волокнами. Самыми стабильными по количеству являются ретикулярные клетки, процентное число которых составляет в диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелках толстой кишки 16-21 % на протяжении постнатального онтогенеза.

На тотальных препаратах стенки этих органов было изучено количество лимфоидных узелков. Лимфоидные узелки окрашивались гематоксилином Гарриса в чёрный или тёмно-синий цвет. Лимфоидные узелки располагались на более светлом фоне стенки этих органов, имеющей розовый цвет.

При рассмотрении лимфоидных узелков при помощи стереоскопической налобной лупы видно, что они располагаются в желчном пузыре преимущественно одиночно, небольшими разнонаправленными рядами, имеют разные размеры, а в пузырном протоке расположены на разном расстоянии друг от друга, образуют короткие прерывистые ряды, ориентированные преимущественно в проксимо-дистальном направлении (рис.1).

Мы провели подсчёт количества лимфоидных узелков на тотальных препаратах в стенках желчного пузыря и пузырного протока, выявили возрастную изменчивость данного показателя (табл. 1).

Из данных табл. 1. видно, что в желчном пузыре в целом число лимфоидных узелков достигает максимума в раннем детском возрасте, будучи в 1,54 больше по сравнению с новорождённым возрастом, у подростков - в 1-м периоде зрелого возраста, в старческом возрасте их становится меньше, соответственно: в 1.47; 2.6 и 5.17 раза.



Рисунок 1. Микропрепарат. Жен. 78 лет, лимфоидные узелки в стенках пузырного протока (средней его трети). Лимфоидные узелки образуют короткие прерывистые ряды в проксимо-дистальном направлении. 1-лимфоидные узелки; 2- собственная пластинка слизистой оболочки. Окраска по Хельману. Ув. х 12.

По сравнению с новорождёнными детьми количество лимфоидных узелков в стенках пузырного протока увеличивается: в раннем детском возрасте в 2,6 раза, достигая онтогенетического максимума. Напротив, данный показатель уменьшается: у подростков в 1,4 раза, в 1-м периоде зрелого возраста – в 2,2 раза, в пожилом и старческом возрасте – в 2,9 раза по сравнению с ранним детским возрастом и далее почти не меняется.

Так, у новорожденных детей число лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря больше в 3,5 раза, чем в стенках пузырного протока. В раннем детстве наличие лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря выше, чем в стенках пузырного протока в 2,1 раза, у подростков - в 2.0 раза, в 1-м периоде зрелого возраста - в 1,8 раза и старческом возрасте - в 1,2 раза.

Таблица 1.

Количество лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря и пузырного протока человека в постнатальном онтогенезе

Возраст	Количество лимфоидных узелков			
	n	Желчный пузырь	n	Пузырный проток
Новорождённые дети	11	127,3±2,6 114-140	10	36,5±1,4 30-42
Грудной период	11	161,0±3,2 140-172	10	42,8±1, 36-47
Ранний детский возраст	10	195,9±7,2 152-230	10	94,3±5,7 67-115
1-й детский возраст	11	180,0±7,9 144-218	10	83,0±5,1 60-103
2-й детский возраст	11	155,2±7,3 137-204	10	74,8±3,9 56-89
Подростковый период	9	132,6±7,9 112-172	8	66,8±3,1 52-75
Юношеский возраст	9	114,3±10,9 88-170	8	56,3±3,3 45-70
1-й период зрелого возраста	10	75,4±7,2 57-132	10	42,5-3,8 32-64
2-й период зрелого возраста	8	46,3±4,8 44-100	10	38,4±3,3 30-58
Пожилой возраст	8	46,3±4,8 31-84	10	32,2±3,0 15-45
Старческий возраст	11	37,9±4,4 26-70	11	32,2±3,0 15-45
Долгожители	11	10,0±4,1 27-68	11	31,6±2,8 15-43

Примечание: n- число наблюдений.

Выводы. Таким образом, мы установили, что индивидуальные показатели минимума и максимума количества лимфоидных узелков в стенке желчного пузыря и пузырного протока нарастают к раннему детскому возрасту, далее они снижаются. У долгожителей эти показатели по сравнению со старческим возрастом почти не меняются.

Установлено, что лимфоидные узелки располагаются в желчном пузыре преимущественно одиночно, небольшими разнонаправленными рядами, имеют разные размеры, а в пузырном протоке расположены на разном расстоянии друг от друга, образуют короткие прерывистые ряды, ориентированные преимущественно в проксимо-дистальном направлении. Количества лимфоидных узелков в стенках желчного пузыря больше, чем в стенке пузырного протока. Разница между индивидуальными показателями максимального и минимального числа лимфоидных узелков в стенке желчного пузыря и пузырного протока у детей выражена меньше, чем у взрослых людей, особенно пожилого, старческого возраста и долгожителей.

Литература

1. Боронов Х.А. Некоторые морфологические характеристики лимфоидных образований желчного пузыря человека /Х.А. Боронов, Х. Ю. Шарипов, Н. К. Салимова//Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. В книге «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» - Душанбе. - 2018.- С. 91-92.
2. Алиев А. А. Количественные данные лимфоидных узелков внепеченочных желчевыводящих путей в возрастном аспекте / А. А. Алиев, О. Т. Девонаев // «Вестник Авиценны». – 2010. - №2. – С. 99-102.
3. Ahrens W. Risk factors for extrahepatic biliary tract carcinoma in men: medical conditions and lifestyle: results from a European multicentre case-control study/ W. Ahrens, A. Timmer, M. Vyberg // Eur J Gastroenterol Hepatol.-2007. – Vol.19 - N.8.-P. 623-630.
4. Carolli J. Maladie des voies biliaires intrahepatiques segmentaires / J. Carolli, V. Coros // Paris, Observe, 2003. 377 p.

Парвана Исмаил гызы Алиева,

ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛОВ У МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии II, Азербайджанский Медицинский Университет

Актуальность.

Обычно, во всем мире, анемия колеблется от 0,25% до 50%, в развивающихся странах от 35% до 75% и в развитых странах - 18-20%. Анемия беременных в 90% случаев является железодефицитной, поэтому выявление ее частоты зависит от социально-экономического уровня и уровня развития регионов [1].

До сих пор, среди женщин репродуктивного возраста, многорожавшие составляют высокий процент, остаются группой высокого риска, причем среди этой группы больных, важную роль играет анемия в анамнезе. Во время беременности потребление макро- и микроэлементов в организме женщины значительно увеличивается. Нормальное течение беременности и достаточное формирование плода невозможны в условиях недостатка витаминов, микроэлементов и питательных веществ. Дефицит питательных веществ в организме беременной приводит к осложнениям гестационных процессов и ухудшению здоровья новорожденного, а также развитию широкого спектра хронических заболеваний потомства [2].

В связи с тем, что среди многорожавщих женщин распространены железодефицитная анемия и минеральная недостаточность, было решено провести научные исследования среди этой группы женщин.

Цель исследования.

Изучение количества минеральных веществ во всех трех триместрах беременности у многорожавщих женщин с железодефицитной анемией.

Материал и методы исследования.

Исследование проведено на беременных женщинах, обратившихся в родильный дом № 5 имени Ш. Алескеровой (2014-2022 гг.) II кафедры акушерства и гинекологии АМУ. Всем беременным в первом и третьем триместрах беременности проводились скрининг на ВИЧ, RW, ВГС, HbsAg, УЗИ, доплерометрия, КТ. Исследование проводилось на 131 женщине в возрасте 18-44 лет. Обследование проводилось в трех группах. В контрольную группу I вошла 21 здоровая небеременная женщина без анемии. Во II группе было 30 беременных с нормально протекающей беременностью (без анемии), в III группе - 80 беременных с анемией.

По классификации экспертов ВОЗ, в зависимости от концентрации гемоглобина Hb, определяется степень анемии: при первой степени содержание гемоглобина составляет 100-110 г/л; II степени - 70-99 г/л; III степени - ниже <70 г/л.

В ходе исследования, гемограмму измеряли с помощью гематологического анализатора «Mythic 18» (Швейцария), сывороточное железо измеряли с помощью набора реактивов фирмы «Human» (Германия), хромозуольным (САВ) методом, биохимическим методом, ферритин сыворотки крови измеряли с использованием набора реагентов фирмы «Pishtaz Teb» (Исламская Республика Иран), и исследовали методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA).

Принцип метода изучения калия по микроэлементам основан на формировании мелкодисперсной суспензии ионов калия в безбелковой среде с натриевой солью тетрофенилбора и калиевой солью тетрофенилбора.

Что касается кальция, то принцип метода основан на том, что ионы кальция (Ca^{2+}) образуют фиолетовый комплекс с орто-крезолфталейном в щелочной среде. Количество калия в крови прямо пропорционально интенсивности цвета. Принцип метода изучения магний основан на присутствии этилендиаминтетраацетата в щелочной среде, магний образует комплексное соединение фиолетового цвета с красителем ксилидиловым синим.

Математико-статистические методы анализа. Полученные результаты анализировались в статистическом пакете SPSS-26 с использованием методов дискриминантного (хи-квадрат Пирсона) и дисперсионного (t-Студента-Бонферрони) анализа. Полученные результаты уточнялись непараметрическим критерием X-Крскала-Уоллиса. В таблицах качественные данные описаны в виде цифр и частот, количественные – в виде средних (M , $\pm m$, min, max) и показателей средней структуры (Me , $Q1$, $Q3$).

Результаты исследования и их обсуждение.

Количество Са (кальция) в контрольной группе в I триместр составило $8,7 \pm 0,1$ $Me=8,7(8,5-8,9)$, в группе сравнения $9,6 \pm 0,2$ $Me=9,7(8,9-10,1)$, в основной группе - $7,6 \pm 0,1$ $Me=7,3(7,1-8,0)$ $pH<0,001$, сравнение с контрольной группой $p<0,001$. Содержание Са во II триместре составило в группе сравнения $9,6 \pm 0,3$ $Me=10,1(9,0-10,2)$, а в основной группе $7,1 \pm 0,1$ $Me=6,9(6,7-7,3)$ $pH<0,001$, при сравнении с контрольной группой составил $p<0,001$. Содержание Са в III триместре составляло $10,0 \pm 0,1$ $Me=10,2(9,8-10,3)$ в группе сравнения и $5,8 \pm 0,2$ $M=5,4(5,1-6,1)$ в основной группе $pH<0,001$, при сравнении с группой сравнения составлял $p<0,001$.

Содержание К (калия) в первом триместре в контрольной группе составило $4,4 \pm 0,1$ Ме= $4,3(4,0-5,0)$, в группе сравнения $4,73 \pm 0,19$ Ме= $5,10(3,80-5,20)$, а в основной группе - $3,20 \pm 0,06$ Ме= $3,15(3,00-3,30)$, $pH < 0,001$, по сравнению с контрольной группой $p < 0,001$. Содержание К во II триместре составило $4,50 \pm 0,019$ Ме= $4,75(4,35-4,80)$ в группе сравнения и $2,90 \pm 0,03$ Ме= $2,90(2,80-3,10)$ в основной группе, $pH < 0,001$, по сравнению с контрольной группой составил $p < 0,001$. Калий в третьем триместре составил $4,32 \pm 0,22$ Ме= $4,60(4,00-4,80)$ в группе сравнения и $2,39 \pm 0,07$ Ме= $2,20(2,10-2,60)$ в основной группе $pH < 0,001$, по сравнению с контролем группа $p < 0,001$.

Количество Mg (магния) в I триместре в контрольной группе составило $0,900 \pm 0,012$ Ме= $0,890(0,860-0,940)$, в группе сравнения $0,896 \pm 0,014$ Ме= $0,900(0,880-0,930)$, в основной группе $0,755 \pm 0,006$ Ме= $0,750(0,730-0,780)$ $pH < 0,001$, по сравнению с контрольной группой $p < 0,001$. Магний во II триместре составил $0,909 \pm 0,032$ Ме= $0,945(0,860-0,970)$ в группе сравнения и в основной группе - $0,683 \pm 0,011$ Ме= $0,670(0,630-0,740)$, $pH < 0,001$, по сравнению с контрольной группой $p < 0,001$. Mg в третьем триместре составил $0,894 \pm 0,010$ Ме= $0,880(0,870-0,910)$ в группе сравнения, а в основной группе $0,522 \pm 0,025$ Ме= $0,430(0,410-0,670)$ $pH < 0,001$, по сравнению с контрольной группой $p < 0,001$.

Учитывая вышеизложенное, изучение минерального комплекса является одной из важных задач наших исследований.

Железо является важным элементом, который играет роль доставки кислорода ко всем клеткам для их функционирования, транспорта электронов и активности ферментов. При высокой скорости метаболизма клеток потребность в железе возрастает, а при наличии дефицита железа существует высокий риск возникновения дисфункции. Во время беременности потребность в железе резко возрастает, в это время увеличивается объем крови матери и происходит рост и развитие плода. Из-за дефицита железа увеличиваются неблагоприятные исходы у беременных женщин, включая заболевания матери, низкий вес плода при рождении, преждевременные роды и нарушение внутриутробного развития [3].

Дефицит микроэлементов, нехватка витаминов и минералов имеет важное значение для здоровья, и это может быть следствием неправильного питания и заболеваний [4]. Железодефицитная анемия была основной причиной минеральной недостаточности, изученной у обследованных женщин.

Магний входит в десятку незаменимых для человека металлов, является четвертым по распространенности катионов после кальция, калия и натрия и доминирует как второй по распространенности внутриклеточный катион в тканях человека [5]. В нашем исследовании количество магния часто менялось в зависимости от срока беременности.

Для решения проблем дефицита железа и микроэлементов целесообразно назначать препараты железа в сочетании с витамином B12, фолиевой кислотой, Cu и другими витаминами. Помимо препаратов железа рекомендуется назначение поливитаминов и биологически активных добавок. Рациональное питание беременных женщин, страдающих дефицитом железа, является одним из важных условий. Для лечения и профилактики анемии благоприятным для беременных считают сбалансированное питание и препараты железа, витаминно-минеральные комплексы, а также введение в рацион специальных продуктов питания [1].

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что многорожавшие женщины и в нашей республике составляют группу высокого риска. Большое количество беременностей, короткий интервал между родами, длительная лактация и количество абортс создают условия для развития железодефицитной анемии у этой группы женщин. Исследование влияния минералов позволяет подобрать качественную медикаментозную терапию и поливитаминную группу при лечении анемии.

Список литературы.

1. Oh C, Keats EC, Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy on Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* / Oh C, Keats EC, Bhutta ZA. // 2020;12(2):491. DOI: 10.3390/nu12020491.
2. Кравцова Е.И.¹, Питание и Нутритивная поддержка во время беременности. / Кравцова Е.И.¹, Купченко¹ И.И., Боровиков¹ И.О., Батмен¹ С.К. // РМЖ. Мать и дитя №4 от 18.12.2020 стр.233-241 DOI:10.32364/2618-8430-2020-3-4-233-241
3. Michael K. Georgieff, MD Iron Deficiency in Pregnancy. /Am J Obstet Gynecol.2020 October;223(4): 516-524. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.006
4. Aiperi Otunchieva^{1,*1} DietaryQuality of Woman of Reproductive Age in Low-Income Settings: A Cross- Sectional Study in Kyrgyzstan. / Aiperi Otunchieva^{1,*1D}, Jamila Smanalieva^{2ID} and Angelika Ploeger^{1//} *Nutrients* 2022,14,289.https://doi.org/10.3390/nu14020289
5. Daniela Fanni^{1,2}, The Role of Magnesium in Pregnancy and in Fetal Programming of Adult Diseases, /Daniela Fanni^{1,2}, C.Gerosa^{1,2}, V.M Nurchi³, M. Manchia⁴, L.Saba⁵, F.Goghe⁶, G. Grisponi³, Y.Gibo⁷, P.Van Eyken⁸, V.Fanos⁹, G Faa^{1,2,10} //Biological Trace Element Research(2021)199:3647-3657 .https://doi.org/10.1007/s12011-020-02513-0

Алишова Н.Ф., Везирова Р.Ш., Джаваншир П.А

ПРИМЕНЕНИЕ МИО-ИНОЗИТОЛА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПРЕДГВАИДАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

Кафедра акушерства и гинекологии 2 АМУ, Азербайджан

Актуальность.

При бесплодии, обусловленном синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), у пациенток отмечаются нарушения менструального цикла, ановуляция, избыточная масса тела, инсулинорезистентность (ИР), повышенная секреция андрогенов. Тщательные попытки преодоления бесплодия только на основе использования протоколов гормональной стимуляции, без устранения вышеперечисленных патологий зачастую мало результативны, а в случае зачатия могут

приводить к формированию пороков развития плода, спонтанным абортam и преждевременным родам. Одной из основополагающих причин бесплодия и фоновых патологий является недостаточная обеспеченность организма микро-нутриентами (фолаты, мио-инозитол и др.) [1].

Мио-инозитол (МИ) и его производные необходимы для реализации эффектов гонадотропина, ЛГ и ФСГ, тем самым осуществляется значительное влияние на функционирование репродуктивной системы и фертильность (инвазия трофобласта при имплантации бластоцисты, функции яичников, ооцитов, плаценты). Следует также отметить, что мио-инозитол, воздействуя на соединительную ткань, влияет не только на состояние костей, кожи и заживление ран, но и имеет важное значение для физиологического развития эмбриона [2].

Мио-инозитол является синергистом витаминов (B5, PP), минералов (кальция, магния) и фолатов. В клеточных мембранах МИ находится в виде фосфатидил-мио-инозитола, является предшественником инозиттрифосфата, выступает как вторичный мессенджер, регулирующий деятельность ряда гормонов, таких как инсулин и ФСГ (3). Кроме того, МИ – важный компонент структуры липидов, таких как фосфатидил-инозитол (PI) и другие фосфолипиды, в т. ч. фосфатидил-инозитол фосфат (PIP) [4].

Д-хиро-инозитол (ДХИ) – один из 9 изомеров инозитола, который входит в состав инозитоловых фосфогликанов, являющихся медиаторами действия инсулина. Обмен ДХИ и МИ нарушается на фоне инсулинорезистентности, в т. ч. у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). В норме содержание мио-инозитола повышено в тканях с высоким уровнем потребления глюкозы (мозг, сердце и яичники), а концентрация Д-хиро-инозитола повышена в тканях, накапливающих гликоген (печень, мышцы, жировая ткань). В сыворотке крови нормальное соотношение МИ:ДХИ – 40:1. В фолликулярной жидкости же соотношение другое – 100:1, так как яичники относятся к тканям с повышенной потребностью в глюкозе. При гиперинсулинемии и СПКЯ нормальное соотношение двух видов инозитола меняется. Например, в яичниках возникает дефицит мио-инозитола и переизбыток Д-хиро-инозитола. Это отражается и на работе органов, которые используют разные виды инозитола. Д-хиро-инозитол участвует в биохимических процессах запасаения и обеспечения организма энергией, а также улучшает чувствительность тканей к инсулину [5]. Кроме того, Д-хиро-инозитол напрямую регулирует синтез стероидных гормонов, дозозависимо увеличивает уровень тестостерона в яичниках. При избытке Д-хиро-инозитола в яичниках может повыситься уровень тестостерона. Поэтому соблюдение соотношения этих двух форм инозитола очень важно в процессе терапии СПКЯ.

Цель исследования. Оценить, является ли применение мио-инозитола и Д-хиро-инозитола в соотношении 40:1 эффективным при лечении СПКЯ в предгравидарном периоде.

Материал и методы исследования.

В исследование были включены женщины (65 женщин) с СПКЯ, обратившихся в Учебно-Хирургическую Клинику Азербайджанского Медицинского Университета. Пациенты были разделены на две группы: I группу составили 35 женщин с первичным бесплодием, II группу – 30 женщин со вторичным бесплодием. Всем женщинам было проведено гормональное исследование на 2-3 сутки менструального цикла, проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) и клинко-лабораторное исследование крови, был оценен индекс массы тела. Показателем ИР был повышенный индекс НОМА.

Результаты исследования и их обсуждение.

Пациенткам с первичным бесплодием после тщательного обследования наряду с гормональной терапией был назначен мио-Д-хиро-инозитол 40:1 от 3 до 6 месяцев. Пациенткам со вторичным бесплодием только микронутриент в том же интервале. 1 раз в месяц женщинам проводилось лабораторное исследование крови и УЗИ. К третьему месяцу у женщин в первой группе на УЗИ мы наблюдали созревание фолликулов и толщину эндометрия, соответствующие дню цикла. В I группе у 25 (71,4%) женщин из 35 произошла овуляция, из которых у 15 (42,85%) наступила беременность. К шестому месяцу лечения у остальных 10 (28,6%) женщин I группы тоже наблюдали нормализацию индекса ИР и восстановление овуляторных циклов.

У женщин во второй группе в течении 6-ти месяцев наблюдались регулярные месячные и овуляция после 3-го месяца приёма препарата. Клинко-лабораторные показатели со второго менструального цикла приходили в норму, при инсулинорезистентности (индекс НОМА>5) мы наблюдали постепенный спад значений, что в свою очередь оказывало положительное воздействие на функцию яичников, подтверждающееся при УЗИ. 12 женщин во второй группе (40% пациенток), не планирующие беременность, отметили восстановление менструальных циклов с интервалом 27-32 дня и количеством теряемой крови в среднем около 50-60 мл. Продолжительность менструаций была в пределах нормы, в среднем 3,5-4 дня. В ходе наблюдения у 14 (46,7%) пациенток во второй группе, которые получали только мио-Д-хиро-инозитол, на УЗИ визуализировался преовуляторный фолликул, но овуляция не произошла. В последующем цикле они положительно ответили на введение человеческого хориогонического гонадотропина в дозе 10.000 МЕ, после чего произошла овуляция.

Выводы.

Анализ проведенных исследований свидетельствует о наличии важных резервов нормализации менструального цикла, восстановления чувствительности яичников к гормонам, поддержки противоопухолевого иммунитета, повышения качества ооцитов, вероятности наступления беременности. Очевидно, что в условиях выраженного полигиповитаминоза, повсеместного использования «антивитаминных» препаратов и употребления пищевых продуктов с высоким гипергликемическим индексом поддержка мио-инозитолом приобретает исключительную важность. Мио-инозитол и Д-хиро-инозитол позволяет не только преодолевать резистентность клеток к инсулину и глюкозе, но и поддерживать ряд сигнальных каскадов (рецепторов ГНРГ, ЛГ, ФСГ и др.), важных для овуляции, созревания ооцитов, а также обеспечивать профилактику пороков развития (в т. ч. фолат-резистентных).

Список литературы:

1. Громова О.А., Торшин И. Ю. Витамины и минералы между Сциллой и Харибдой: о мiskonцепциях и других чудовищах. М.: Издательство МЦНМО, 2013:693

- Громова О.А., Гончарова Е.А., Торшин И.Ю. и др. Перспективы использования мио-инозитола в предгравидарной подготовке женщин с поликистозом яичников и инсулинорезистентностью. Гинекология. 2014;16(1):58–65
- Artini PG, Di Berardino OM, Papini F et al. Endocrine and clinical effects of myo-inositol administration in polycystic ovary syndrome. A randomized study. Gynecol Endocrinol 2013; 29 (4): 375–9.
- Majumder AL, Biswas BB. Biology of inositols and phosphoinositides. Subcellular Biochemistry. Springer, 2006;
- Pizzo A, Laganà AS, Barbaro L. Comparison between effects of myo-inositol and D-chiro-inositol on ovarian function and metabolic factors in women with PCOS. Gynecol Endocrinol. 2014 Mar;30(3):205-8

Амонов1,2 Ш.Ш., Мусоев2 С.Ш., Олими 1,2 М.О.

ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино¹
ГУ «Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии». Таджикистан.²

Актуальность. Одним из частых осложнений желчнокаменной болезни является холедохолитиаз, который встречается примерно в 15% случаев и у пожилых и старших людей — в 30-35%. [5]. Холедохолитиаз может проявляться разнообразными симптомами, включая как отсутствие симптомов, так и выраженные признаки, такие как боли, желтуха и повышение температуры тела. С помощью ультразвукового исследования (УЗИ) возможно выявить холедохолитиаз в 40-70% случаев. [3,4] В других ситуациях, из-за особенностей анатомии, спаечного процесса после оперативных вмешательств на верхней этаже органов брюшной полости и наличия метеоризма, полная визуализация холедоха становится невозможной. В этих случаях УЗИ брюшной полости дополняют МРХПГ и ЭРХПГ. Настоящее время золотым стандартом диагностики холедохолитиаза является эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), чувствительность при котором достигает 96-99%, а специфичность 81-90%. [1,2,3,4]

Несмотря на значительные успехи в диагностике и хирургическом лечении холедохолитиаза, процент случаев интра- и послеоперационных осложнений остается высоким, достигая до 22%. При сочетании механической желтухи и гнойного холангита этот процент может достигать 60%, а у пациентов с метаболическим синдромом он может быть даже выше. [3,5.]. Более 20% пациентов, госпитализированных в хирургические стационары из-за холедохолитиаза, имеют компоненты метаболического синдрома. В настоящее время метаболический синдром признан фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Многие исследователи утверждают, что показатели осложнений и летальности, связанные с этими компонентами, остаются на высоком уровне. [3,4,5] Действительно, в настоящее время малоинвазивные методы холедохолитомии становятся все более популярными, особенно среди пациентов с метаболическим синдромом. Преимущества минилапаротомии включают: малую травматичность операции, возможность выполнения полного объема вмешательства с адекватным интраоперационным обследованием, возможность выполнения операции при наличии спаечного процесса после ранее перенесенных операций и при наличии противопоказаний к наложению пневмоперитонеума, более благоприятное течение послеоперационного периода, значительное снижение частоты послеоперационных осложнений и послеоперационного койко-дня и быстрое восстановление трудоспособности [3]. Действительно, вопросы хирургической тактики, предоперационной подготовки, проведения минилапаротомной холедохолитомии и послеоперационного ухода для пациентов остаются предметом дискуссии и исследований в медицинской практике. Непрерывное улучшение процедур и протоколов помогает снизить риски и повысить эффективность лечения.

Цель исследования. Изучение результатов минилапаротомной холедохолитомии у пациентов с холедохолитиазом и метаболическим синдромом с использованием инструментов "Мини-Ассистент".

Материал и методы исследования. За период 2009-2022 гг. обследованы 54 пациента холедохолитиазом с метаболическим синдромом в возрасте 26-76 лет. Мужчин было 36, женщин - 23. Из 54 оперированных больных 31 пациент поступали в плановом порядке у которых выявлен хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз без механической желтухи. Остальные 23 пациента были госпитализированы в экстренном порядке. При этом у 8 пациентов выявлен острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз без механической желтухи и у 15 пациентов выявлен диагнозом острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз с механической желтухой.

В комплекс предоперационного обследования входили лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование, электро- и эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия, МРХПГ.

На диагностическом этапе у обследованных больных, особо акцентировали внимание на состоянии сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем. У всех 54 больных имелись симптомокомплексы метаболического синдрома.

Среди них – у всех 54 больных выявлено ожирение разной степени от II до IV, - у 36 отмечено артериальная гипертензия, - у 18 ишемический болезнь сердца и - у 28 сахарный диабет.

При лабораторном исследовании у 8 больных с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом без механической желтухи среднее значение билирубина было в пределах нормы $18,0 \pm 1,6$ ммол/л; АлАТ – $78,3 \pm 4,3$ Е; АсАТ – $51,4 \pm 4,1$ Е; амилаза - $108 \pm 7,3$ Е;

У 15 пациентов острым калькулезным холециститом, холедохолитиаз с механической желтухой средние показатели общего билирубина были выше нормы $89 \pm 1,6$ ммол/л; Эти изменения были связаны с осложнением острого калькулезного холецистита, холедохолитиаза - механической желтухой. У этих больных также были зарегистрированы повышение показателей печеночных проб АлАТ – $108,3 \pm 4,3$ Е; АсАТ – $151,4 \pm 4,1$ Е; амилаза - $308 \pm 7,3$ Е.

Все диагностические мероприятия у больных с холедохолитиазом без механической желтухой проводили в амбулаторных условиях и госпитализировались за день до операции. Остальные больные острым калькулезным холециститом с холедохолитиазом или холедохолитиаз с механической желтухой обследовались и госпитализировались в

день поступления.

Все сопутствующие заболевания были компенсированными и субкомпенсированными и не имели осложненное течение, так как большинство больных были оперированы в плановом порядке.

Все больным холедохолитотомию выполняли из мини доступа с использованием билиарного набора инструментов «Мини-Ассистент».

Результаты исследования. Операцию из мини доступа выполняли из трансректального доступа длиной 6-7 см, технические этапы операции не отличались от традиционной холецистэктомии, холедохолитотомии. После выполнения минидоступа производили холецистэктомию из шейки, холедохотомию в супрадуоденальной части холедоха, далее выполнялось холедохолитоэкстракция с помощью специализированных комплексов билиарных инструментов из Мини-Ассистент ловушкой для извлечения камней «Окончатая» и ловужкой для извлечения камней «Флажок». Для ревизии желчных ходов и профилактики резидуального холедохолитиаза всем больным интраоперационно выполнено холедохоскопия.

12 (%) больным без механической желтухи и холангита после тщательной ревизии желчных ходов холедохотомная рана была ушита без дренирования. Операцию завершали дренированием холедоха Т-образным трубкой. Средняя продолжительность операции составила $68 \pm 9,3$ мин.

Послеоперационные осложнения отмечены у 3 (%) больных в виде накопления серозной жидкости в подкожном клетчатке (2) послеоперационный панкреатит (1). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после холедохолитотомии из мини доступа составила $6 \pm 1,6$ койко-дня.

Во время всех операций производили мониторинг показателей Ps, АД и SPO₂. На мониторинге средние показатели артериального давления во время операции составляло до $135 \pm 11/90 \pm 8$ мм.рт.ст., сатурация кислорода в крови до $94 \pm 4,8\%$. Эти показатели были компенсированы препаратами и присоединением оксигенатора к интубационной трубке. В первый день после операции всем больным проводилось контрольное исследование сахара крови и печеночных маркеров. Состояние больных до и после проведенных операций было удовлетворительным, гемодинамика стабильной. Гипертонических кризов и тахикардии у наших больных не отмечено. Летальных исходов не было. На 14-15 сутки после операции у больных которым были дренированы желчевыводящие протоки амбулаторно проводили фистулографию. У всех больных контраст без блока поступал в двенадцатиперстную кишку, дренажные трубки удаляли на 2 день после выполнения фистулографии.

Выводы. Использование набора инструментов "Мини-Ассистент" для минилапаротомной холедохолитотомии у пациентов с метаболическим синдромом может позволить избежать травматичных традиционных доступов и провести операцию в полном объеме, даже в тех случаях, когда лапароскопическая хирургия не рекомендуется. Эти преимущества, такие как минимальная травматичность и высокая экономическая эффективность, делают этот метод привлекательным в лечении пациентов с холедохолитиазом и метаболическим синдромом.

Список литературы.

1. Авалуева Е. Б. и др. Магнитно-резонансная томография и другие методы медицинской визуализации в диагностике желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – №. 12 (196). – С. 28-34.
2. Еркова Д.А. Значение неинвазивной диагностики механической желтухи на раннем этапе заболевания // ББК 74.58 П26. – 2023. – С. 298.
3. Махмадов, Ф.И., Нажмудинов Ф.Н. Выбор мининвазивной тактики лечения холедохолитиаза у больных с ожирением // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 44-51.
4. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, et al. Gallstones. Nat Rev Dis Primers. 2016 Jun 23;2:16024.,
5. Zhang ZH, Yang N, Qian J et al.. Risk factors for bile leakage after hepatectomy for hepatolithiasis and the role of prophylactic antibiotics // Journal of Gastrointestinal Surgery. 2013;17(9):1689-1697.

Аскарров А.Т, Мухамедова И.Г, Хасанов Б.Н

НАШ ОПЫТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

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

Актуальность. Последние десятилетия свидетельствует о значительном росте травматизма: транспортного, катастрофы и военных конфликтов. Открытые повреждения конечностей составляют от 2% до 30% всех травм. (Абдуразаков У.А. с соавт., 2002). Общий прогресс современной медицины, достижения травматологии, реаниматологии, антибиотико- и химиотерапии, современных технологий при оказании хирургической помощи обеспечивают существенные успехи в лечении открытых повреждений. В связи со сложностями лечения и высокими процентами инфекционных осложнений (от 12,5% до 34,5%) (Н.В.Портнов с соавт.-2002) проблема остаётся актуальной. Технически правильно проведенные операции с широким использованием современных антибиотиков приводят к первичному заживлению раны, сохранению конечности, тем самым, обеспечивая хороший конечный результат. Основным принципом лечения ОПК является ранняя и радикальная хирургическая обработка, стабильная фиксация костных отломков адекватными конструкциями. С развитием и внедрением в практику чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова при лечении открытых переломов различной степени тяжести, а также при политравмах сочетанных повреждениях является методом выбора.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения открытых повреждений конечностей.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов хирургического лечения у 73 больных с открытыми повреждениями конечностей, находившихся во взрослом ортопедическом отделении НМЦРТ «Шифобахш» с 2013 – 2023 г. Мужчин было 57, женщин - 16. Преобладающую часть составили больные от 15 до 40 лет, из которых – 52 (71,2 %) наиболее трудоспособного возраста. Анализ материала показал, что левая

нижняя конечность подвергалась повреждению в 2 раза чаще, чем правая (5:2). Пострадавшие 61 (83,6 %) являлись жителями города. Наиболее тяжелые повреждения больные получили в результате ДТП – 17 (23,3%), что объясняется с увеличением количества транспортных средств и их интенсивностью движения. По нашим данным, из общего количества пострадавших больных с переломами плечевой кости было 13 (17,8%), костей предплечья – 21 (28,8%) больной, бедренной кости – 6 (8,2%) пострадавших и костей голени – 33 (45,2%). Из них у 12 (16,4%) отмечены сочетанные переломы, у 4 (5,5%) множественные и у 2 (2,7%) диагностировано повреждение сосудов. В зависимости от уровня повреждения костей отмечалось: в/3 – у 22 (30,1%), с/3 – у 37 (50,7%) и н/3 – у 14 (19,2%) больных. В состоянии травматического шока доставлены 18 (24,6%) пострадавших. В течение первых 3 – 6 часов после травм доставлен 51 (69,9%) пострадавший. Тем не менее успешность благополучного заживления после операционных ран зависит от времени поступления и проведения хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При выборе тактики хирургического лечения открытых переломов нами учтены: характер и степень тяжести (по Каплану – Марковой), общее состояние пострадавшего, наличие травматического шока, повреждение кровеносных сосудов и полостных органов. Комплексное лечение травматического шока и оперативные вмешательства по поводу повреждения внутренних органов и кровеносных сосудов, проведено 24,6% больным при этом поврежденные конечности фиксированы транспортными шинами или лонгетами. В отделении произведен отсроченный остеосинтез или, если состояние позволяло, то временно фиксировали стержневыми аппаратами. При изолированных, неосложнённых открытых повреждениях конечностей 67 (78,4%) случаях объём хирургической обработки зависимости от тяжести повреждения, локализации и характера перелома и смещения отломков. Так в первые 6-8 часов после травмы 47 (64,4%) больным произведена срочная хирургическая обработка раны и перелома, заключающаяся в удалении всех некротических тканей, инородных тел и свободных костных отломков. После хирургической обработки раны закрыты мягкой тканью и кожей без или с расслабляющими разрезами. Раны дренированы у 65,4% раненых широкими полиэтиленовыми трубками для промывания глубины раны антисептическими растворами и введения антибиотиков. 17% больным после ХО отломки временно фиксированы спицами Илизарова. По завершении ХО повреждённые сегменты конечностей фиксированы билокально аппаратом Илизарова, в 5% случаях при ОП бедренной кости с целью стабилизации отломков и конечности аппарат дополнительно на флажках укреплен стержнями. Через 3-12 дней произведен отсроченный внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова.

В послеоперационном периоде проведено комплексное лечение больных, направленное на коррекцию и восполнение объёма циркулирующей крови, уменьшение послеоперационного отёка, выполнена антибактериальная, дезинтоксикационная и восстановительная терапия. Ближайшие результаты изучены у всех больных. Первичное заживление раны отмечено у 61 (83,6%), а гнойно-некротические осложнения у 12 (16,4%) больных. Отдалённые результаты лечения прослежены у 63 (86,3%) в сроки до 5 лет. Сращение перелома, анатомическое и функциональное восстановление повреждённой конечности. У 83,1% больных, результат отмечен как хороший, удовлетворительный результат отмечены у 11,9% больных, когда у больных отмечались незначительные боли и отёки конечностей при длительной нагрузке, деформация в переднее - заднем положении, в пределах до 10 градусов и ограничение движения в суставах до 10-15 градусов. Неудовлетворительные результаты были в 6% случаях, когда имел место болевой синдром, деформация конечности и ложные суставы, этим больным произведены реконструктивные оперативные вмешательства.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования показали, что при комплексном хирургическом лечении открытых переломов конечностей с применением компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова у 94% больных приводит к положительному анатомо-функциональному восстановлению повреждённой конечности.

Литература.:

1. Ключин Н.М. Метод Илизарова в гнойной остеологии. Курган.: Типография «Принт-Экспресс, 2019. – 239 с.
2. Микулич Е.В. Современные принципы лечения хронического остеомиелита // Вестник новых медицинских технологий. 2012. Т. 19, № 2. С. 180-184.
3. Беслекоев У.С. Восстановление дефектов длинных костей конечностей после огнестрельных остеомиелитов / У.С.Беслекоев, М.М. Федосеев, А.Н. Анипченко // Военно-медицинский журнал. - 2005. - Т. 326. - № 6. - С. 19-21
4. Божкова С.А., Новокшенова А.А., Конев В.А. Современные возможности локальной антибиотикотерапии перипротезной инфекции и остеомиелита (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. – 2015. – Т. 3, № 77. – С. 92-103.
5. Бояринцев В.В. Использование концепции пропеллерных перфорантных лоскутов в лечении пациента с хроническим остеомиелитом большеберцовой кости и обширным дефектом мягких тканей голени / В.В. Бояринцев, М.А. Матеев, А.Я. Рахимов // Актуальные вопросы и перспективы развития медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – Омск. – 2015. – С. 106-111.

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

АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ УХА

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Абилизация детей с врождёнными пороками развития уха.

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

Результаты исследования. При обследовании детей с помощью игровой и тонально-пороговой аудиометрии выявлены различные степени тугоухости. Латерализация тонов (опыт Вебера) при одностроннем поражении была направлена в сторону поражения органа слуха. При двухстороннем поражении латерализация отсутствовала. При

определении слуховой чувствительности к ультразвуку выявлен нормальный порог его восприятия, латерализация была в сторону хуже слышащего уха. Результат вестибулометрии по данным кефалографии и вращательной пробы показали, что с увеличением степени тугоухости снижается вестибулярная возбудимость.

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

Ахророва З.А., Холматов Д.И.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Актуальность. Нарушения слуха в её различных формах проявления, являются глобальной проблемой общества, как с медицинской, так и с социальной точки зрения. Данная патология распространена по всему миру и поражает все возрастные группы населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ – 2021г.), более 5% населения мира, или 430 млн. человек, нуждаются в реабилитации проблемы «инвалидизирующей» потери слуха (432 млн. – взрослых и 34 млн. - детей). По оценкам ВОЗ к 2050 году, более 700 миллионов человек, или каждый десятый, будут иметь критическую (порог слуха более 35 дБ) потерю слуха. Следует отметить, что около 80% таких людей живут в странах с низким и средним уровнем дохода [1-3].

Так, по данным Росстата число жителей России старше трудоспособного возраста на 01.01.2022 – составляло около 37 млн. человек (25,4% от всего населения). С увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения увеличивается и распространённость заболеваний, характерных для пациентов данной возрастной категории, в том числе и органа слуха [2].

По статистическим данным Республики Таджикистан на начало 2023 года, население страны составило более 10 млн. человек, данная популяция имела следующее распределение по возрасту 33,9% (3390000) в возрасте до 15 лет, 62,7% (6270000) до 65 лет и 3,4% (340000) старше 64 лет (Тадж. стат, 2023). Поскольку в Таджикистане за последние годы, проблема тугоухости, исходя, из современных инновационных взглядов не подвергалась научной разработке, дальнейшие исследования в этой области представляют существенный интерес в самом широком плане. Однако рассмотрение важнейших сторон проблемы тугоухости требует специальных изысканий и уточнений. Это относится, прежде всего, к оценке слуховой функции в самом широком смысле, начиная от распространённости до её региональных особенностей. Чтобы правильно судить о распространённости тугоухости, необходимо пользоваться достаточно надёжными и, главное, соответствующими поставленной задаче аудиологическими методиками. Многие из общепринятых и широко распространенных в клинической аудиологии тестов не удовлетворяют, или, во всяком случае, не полностью удовлетворяют требованию дифференциальной диагностики тугоухости. Без удовлетворения этих требований, изучение распространённости и структуры заболеваемости, так же как и других вопросов, возникающих, в ходе изучения проблем слуха не может быть полным и правильным, ни в научном, ни в практическом отношении.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в ряде случаев центральные расстройства слуха развиваются на фоне сохранения или незначительного повышения порогов слышимости (Холматов Д.И. 2003; 2018; Seimetz B.M. et al., 2016; Löhler J. et al., 2019). Различное влияние патогенетических механизмов способствует большому разнообразию слуховых нарушений у лиц преклонного возраста даже при сходных тональных порогах слуха, что диктует необходимость проведения адекватной аудиологической диагностики и индивидуального подхода к реабилитации.

Цель исследования. Изучение региональных особенностей слуховых нарушений в Таджикистане, усовершенствование диагностики, лечения и реабилитации больных с различными формами тугоухости и дефекта речи.

Материалы и методы исследования. В условиях ЛОР-клиники, центра реабилитации слуха, голоса и речи ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», мед. центров г. Душанбе, областных мед. центров г. Хорога, г. Худжанда и г. Бохтар обследовано 300 больных с различными формами и степенями нарушения слуха, из них 120 детей в возрасте от 3-х до 14 лет и 180 взрослых от 15 до 65 лет.

В исследование были включены пациенты с диагнозом: Острый и хронический средний отиты, осложнённые сенсоневральной тугоухостью, неврит слухового нерва, отосклероз, тугоухость на почве родственного брака – семейная форма тугоухости, врождённая сенсоневральная тугоухость высокой IV-ой степени с нарушением речи.

В арсенал диагностического алгоритма были включены: клинические, лабораторные и инструментальные исследования (развёрнутая формула общего анализа крови, биохимия крови, цитогенетические исследования периферической крови), общий ЛОР - осмотр, отомикроскопия. Субъективные методы исследования слуха: тональная пороговая и надпороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, определение слуховой чувствительности к ультразвуку – и границы восприятия низких тонов, объективные методы исследования слуха: акустическая импедансометрия, регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ), -коротколатентных - и стационарных слуховых вызванных потенциалов мозга (КСВП и ССВП), КТ и МРТ височной доли головного мозга, ЭЭГ, РЭГ, доплерография сосудов шеи и головы.

Результаты исследования и их обсуждение. В реализации медицинского компонента комплексной помощи взрослым с нарушением слуха (НС) участвовали различные медицинские учреждения городов, оказывающие квалифицированную специализированную медицинскую помощь. Областные и городские сурдоцентры являлись ведущими учреждениями по оказанию сурдологической помощи пациентам с НС.

В процесс нашего исследования были включены специалисты местных центров оториноларингологии. Результаты субъективных аудиологических методов у 30% взрослых больных выявили кондуктивную форму тугоухости, преимущественно (2/3) I и II-ой степени, у 15% смешанную - и у остальных 55% сенсоневральную форму туго-

ухости. Однако, результаты объективных аудиологических методов и показатели дополнительных методов исследований (РЭГ, МРТ, цитогенетический и развернутый анализ крови), склоняли нас к мысли о наличии у данного контингента больных скрытой формы сенсоневральной тугоухости различной этиологии (инфекционного, сосудистого, наследственного генеза и пр.).

Анализ организации медицинского компонента помощи пациентам с нарушениями слуха у детей (НС) показал её сходство во всех регионах Таджикистана. Медицинская помощь включала: 1) аудиологический скрининг с использованием объективного метода регистрации отоакустической эмиссии в детских поликлиниках в целях выявления детей с подозрением на наличие НС; 2) 2-й этап УАСН (диагностическое исследование); 3) лечение НС; 4) слухопротезирование ребенка слуховыми аппаратами (35 чел. в условиях г. Душанбе); 5) операция кохлеарной имплантации глухим детям (85 чел. в г. Душанбе); 6) регулярное наблюдение ребенка со стойким НС врачом-сурдологом.

Анализ организации медицинского компонента помощи пациентам с НС у детей показал её сходство во всех регионах Таджикистана. Медицинская помощь включала: 1) аудиологический скрининг с использованием объективного метода регистрации отоакустической эмиссии в детских поликлиниках в целях выявления детей с подозрением на наличие НС; 2) 2-й этап УАСН (диагностическое исследование); 3) лечение НС; 4) слухопротезирование ребенка слуховыми аппаратами (35 чел. в условиях г. Душанбе); 5) операция кохлеарной имплантации глухим детям (85 чел. в г. Душанбе); 6) регулярное наблюдение ребенка со стойким НС врачом-сурдологом.

Выводы. Таким образом, предварительные результаты наших исследований в различных регионах Таджикистана выявили широкое распространение (7-8 % населения) СН как у детского, так и у взрослого контингента больных. Характер СН имел в большинстве сенсоневральную форму тугоухости, в основном I и II-ой степени.

Проведение своевременной диагностики СН, адекватного лечения больных с данной патологией, а также применение реабилитационных мер больным с полной глухотой (имеются в виду дети грудного и младшего возраста) – в виде цифрового слухопротезирования и кохлеарной имплантации позволяет восстановить слуховую функцию на все 100%.

Список литературы.

1. Артюшкин С. А. Нарушения слуха у детей – региональные эпидемиологические исследования / С.А. Артюшкин, И.В. Королева, М.В. Крейсман, Г.Ш. Туфатулин // Российская оториноларингология. – 2021. - №20(2). – С. 21–31.
2. Дайхес Н. А. Регистр диагностики и лечения нарушений слуха у жителей Российской Федерации / Н.А. Дайхес, Е.В. Гузь, В.С. Дергачев, А.А. Пашков // Российская оториноларингология – 2017. - №3(28). – С. 16–19.
3. Таварткиладзе Г. А. Российский и международный опыт реализации программ универсального аудиологического скрининга новорожденных / Г.А. Таварткиладзе, Т.Г. Маркова, С.С. Чибисова, И. Альшарджаби, Е.Р. Цыганкова // Вестник оториноларингологии. – 2016. - №81(2). – С. 7–12.

Ашуров А.С., Кобиллов К.К., Иброгимов Э.К.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. За короткий период новая лапароскопическая технология удаления желчного пузыря завоевала широкое признание во всём мире. В последние годы у большинства больных с калькулёзным холециститом операцией выбора стала лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), основным преимуществом которой является более низкая частота осложнений и летальных исходов[3]. Лапароскопическая холецистэктомия, как и любое оперативное вмешательство, сопровождается осложнениями. К специфическим интраоперационным осложнениям лапароскопической холецистэктомии относят кровотечения, повреждение элементов гепатодуоденальной связки, повреждение органов брюшной полости. Частота развития осложнений после ЛХЭ при калькулёзном холецистите (КХ) составляет 3-13% [1,2,7].

Цель исследования. Изучить частоту и причину осложнений ЛХЭ.

Методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 1800 пациентов с острым (360) и хроническим (1440) калькулёзным холециститом, произведённых в 20014-2019г. на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Мужчин было 224 (12,44%), женщин - 1576 (87,56%). Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. У 1576 (87,55%) больных отмечались сопутствующие заболевания: ИБС - у 210 (11,66%) больных, гипертоническая болезнь II и III ст.-у 780 (43,33%) больных, ожирение III и IV степени - у 396 (22%), сахарный диабет - у 48 (2,66%) больных и у 78 (4,33%) больных отмечалась лёгочная патология.

Абсолютным противопоказанием к ЛХЭ считали распространённый перитонит и механическая желтуха.

Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и гепатодуоденальной зоны.

Лапароскопическое вмешательство выполняли после информированного соглашения пациента под эндотрахеальным наркозом с использованием эндовидеохирургических стоек «Азимут» (г. Санкт-Петербург, Россия), «Крыло» (г. Воронеж, Россия) и КарльШторц (Германия). Основным этапом операции собственно холецистэктомии, – как правило, выполнялся по методике «от шейки». Экстракцию желчного пузыря производили в контейнере через 10 мм троакары в правой подреберной области, на этом месте проводили дренирование подпечёчного пространства.

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационных осложнений при ЛХЭ отмечалось у 46 (2,55%) больных. При этом повреждение холедохов 9 (0,66%) случаях, кровотечение из ложа жёлчного пузыря у 23 (1,27%) пациентов, пересечение пузырной артерии в 9 (0,5%) случаях, повреждение правой печёочной артерии у 1 (0,05 %) больного и повреждение сосудов большого сальника в 4 (0,22%) случаях.

В послеоперационном периоде среди наших пациентов осложнения развивались у 28 (1,55%) больных в виде грыжи на месте троакара -4 (0,22%), желчиотечение -14 (0,77%), кровотечение -2 (0,11%) и нагноения троакарных ран

- 8 (0,44%).

Общее количество осложнений при ЛХЭ и в послеоперационном периоде составило 4,1%.

Установлено, что причиной осложнения ЛХЭ являются клиничко-анатомические особенности желчного пузыря (атипичные расположения пузырной артерии и пузырного протока, дополнительных сосудов), недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, технические условия проведения операций, несоответствие данных УЗИ до и во время операции. По данным УЗИ, до и после операций соответствуют в 78 -94%[6]. У наших больных данные УЗИ соответствовали в 94% случаев. Причина кровотечения у 0,95 % наших больных связана с атипичным расположением пузырной артерии и наличием добавочных сосудов, у 1,1% с инфильтратом в области шейки желчного пузыря. Причиной развития нагноения троакарных ран у наших пациентов была перфорация желчного пузыря и инфицирование раны во время удаления макропрепарата (желчного пузыря) из брюшной полости. При удалении макропрепарата через специальные контейнеры частота осложнений троакарных ран встречается меньше - до 0,2%.

Заключение. Развитие осложнений ЛХЭ во многом зависит от опыта хирурга, данных УЗИ, технических приёмов и проведения профилактики гнойных осложнений. Благодаря повышению опыта хирургов, возрастанию точности данных УЗИ до 94%, применение новых технических приёмов и проведение профилактики гнойных осложнений, снижали количество осложнений до 4,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: автореф. канд. мед. наук / С.Н. Какурин; - М. - 2008. - 26с.
2. Керимов В.Н. Результаты лапароскопического хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом / В.Н. Керимов, А.А. Момедов, М.М. Мамедов // Анналы хирургической гепатологии. -2008. - №3. -Том 13. - С. 234-235.
3. Неотложная ультразвуковая диагностика в условиях больницы скорой помощи. Руководство для врачей. Под ред. В.Н. Черемисина, М.П. Королева С.Пб, Элби-СПб 2009; 286с.
4. Borzellino G. Sauerland S., Miniccozi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis: a meta-analysis of results Surg. Endosc. 2008; 22(1): 8-15.
5. Urgent cholecystectomy for acute cholecystitis in a district general hospital-is it feasible. M.N.Khan et al. // Ann R Coll Surg Engl.-2009.-Vol.91. -P.30-34.

Ашуров А.С., Кобилев К.К., Мансуров Х.Н. Бахромов М.Б.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. К началу XXI века значительно возросло число пациентов, страдающих калькулёзным холециститом, что послужило основанием говорить о его "тихой эпидемии". Данные VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов свидетельствуют, что «...холецистит из по распространённости уступает лишь атеросклерозу и служит поводом для ежегодного проведения до 2,5 миллионов плановых и экстренных операций на желчевыводящих путях в мире»[1.3]. Несомненно, лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) и холецистэктомию из мини-доступа (МХЭ) больные переносят значительно легче, быстрее восстанавливают свою работоспособность, чем после традиционной холецистэктомии. Вместе с тем частота ранних осложнений после минимально инвазивных вмешательств остаётся стабильно высокой.

Одной из ведущих мест в структуре послеоперационных осложнений занимает желчеистечение, которое следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни. Частота желчеистечения после различных видов холецистэктомии составляет 0,90-5,73% [2-4]. Наиболее частым источником послеоперационного желчеистечения считают ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков и aberrантные печёчно-пузырные протоки ложа желчного пузыря [1.4-5].

Цель исследования. Улучшение ближайших послеоперационных результатов лечения больных калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах хирургического лечения 2500 больных с калькулёзным холециститом. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы - 2 основные и 1 контрольная. В первую вошли 1127 пациентов, перенесших ЛХЭ, мужчин было 170 (15,1%) женщин - 957 (84,9%). Во 2-ю группу вошло 617 пациентов, перенесших МХЭ; мужчин было 93 (15,1%) женщин - 524 (84,9%). В 3-ю, контрольную группу были включены 756 больных, перенесших ТХЭ; мужчин было 114 (15,2%) женщин - 642 (84,8%). Средний возраст пациентов в группах был сопоставим и составил $57,4 \pm 7,3$ года. Всем пациентам перед операцией, помимо общеклинического обследования, выполняли УЗИ, при котором патологических изменений внепечёчных желчных протоков (ВЖП) выявлено не было.

Результаты и их обсуждение. В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения. Для оценки послеоперационного желчеистечения учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объём отграниченного скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие и локализацию свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ. Желчеистечение I степени выявлено у 7 (29,16%) пациентов, II степени - у 16 (66,7%), III степени - у 1 (4,16%) больного. В 1-й группе желчеистечение диагностировано у 9 (0,79%) больных, во 2-й - у 11 (1,78%), в 3-й - у 4 (0,52%) пациентов. После МХЭ желчеистечение наблюдали в 2,25 и 3,42 раза чаще, чем после ЛХЭ и ТХЭ соответственно. После экстренных операций желчеистечение случалось в 2 раза чаще, чем после плановых вмешательств.

При истечении желчи по дренажу инструментальное обследование всех больных начинали с УЗИ для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости или отграниченных её скоплений. Кроме того, при УЗИ оценивали диаметр ВЖП как одну из важных характеристик нарушения оттока желчи по магистральным желчным протокам. У больных II и III ст. желчеистечение после УЗИ проводили диагностическую видеолапароскопию.

Источниками послеоперационного желчеистечения при II и III ст. в 9 наблюдениях были дополнительные протоки в ложе желчного пузыря, в I - ятрогенное повреждение ВЖП, у 4 больных - несостоятельность культи пузырного протока. В 3 наблюдениях источник желчеистечения при повторном вмешательстве установлен не был. Источник послеоперационного желчеистечения был установлен во время повторного вмешательства у 14 (75%) из 17 пациентов.

При истечении желчи I степени, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. Желчеистечение прекращалось самопроизвольно на 2-5-е сутки после операции.

При истечении желчи по дренажу II степени, появлении болей в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины у больных ЛХЭ и МХЭ выполняли лапароскопию, при которой у 9 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Во всех наблюдениях клипировали добавочные протоки 1-2 клипсами, санировали брюшную полость, к ложу желчного пузыря устанавливали дренаж.

Несостоятельность культи пузырного протока во время лапароскопии была обнаружена у 4 пациентов. Всем больным выполнили клипирование культи пузырного протока с дренированием зоны операции.

При желчеистечении III степени (n=1) причиной которой было повреждение ВЖП, выполняли лапаротомию.

Выводы. Таким образом, частота желчеистечения после холецистэктомии составляет в среднем 0,96%: после ТХЭ - 0,52%, после ЛХЭ - 0,79%, после МХЭ - 1,78%. При послеоперационном желчеистечении первоочередным методом диагностики считаем УЗИ. При отсутствии дренажей, клинических признаков желчеистечения и наличии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ необходимо произвести лапароскопию позволяющую установить источник желчеистечения и выполнить лечебные манипуляции. При неустановленном источнике желчеистечения, повреждении магистральных желчных протоков необходима лапаротомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баяннан Г.С. Эффективность лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым холециститом в зависимости от группы операционно-анестезиологического риска. Г.С. Баяннан // Успехи современной науки-2016, №2, Том-3, С.95-100.
2. Буткевич А.Ц. Послеоперационные осложнения традиционных и миниинвазивных операций при желчнокаменной болезни // Анн. хирург. гепатол. 2008. Т. 13. № 3. С. 215.
3. Гадиев С.И. Лапароскопическая холецистэктомия у больных циррозом печени // С.И. Гадиев, К.Г. Сариева, Э.А. Абдинов / Хирургия им. Н.И. Пирогова 2017. №3 С.11-16.
4. Крапивин Б.В. Эндоскопические аспекты профилактики и лечения осложнений эндохирургических операций при желчнокаменной болезни // Эндоскоп. хирургия. 2004. № 1. С. 88.
5. Панченков Д.Н. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургическая тактика на современном этапе // Анн. хирург. гепатол. 2004. Т. 9. № 1. С. 156-163. Хирургическая тактика

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Асадуллоева Э.И.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

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

Актуальность. В настоящее время своевременная диагностика и лечение больных панкреонекрозом остаются в числе самых сложных и дискуссионных вопросов urgentной хирургии органов брюшной полости [1,3]. Это обусловлено значительным ростом заболеваемости острым панкреатитом (ОП) и самой высокой послеоперационной летальностью (12-87%) ОП среди всех urgentных хирургических заболеваний. Вместе с тем, за последние два десятилетия нельзя не отметить существенное снижение неблагоприятных исходов деструктивного панкреатита. Несомненное влияние на уровень летальности оказало внедрение современных методов диагностики, новых схем консервативного и хирургического лечения. В последние десятилетия увеличивается количество больных с деструктивными формами острого панкреатита, составляя 14-55 %. Это люди трудоспособного возраста, заболевание регистрируется преимущественно среди лиц возрастной группы от 30 до 50 лет. В настоящее время многие исследователи уделяют пристальное внимание конфигурации некроза поджелудочной железы и различным подходам к лечению острого панкреатита [2]. Внедрение компьютерной томографии (КТ) с болюсным контрастированием позволило визуализировать некроз поджелудочной железы, изменения в парапанкреатической клетчатке и определить конфигурацию некротического поражения [4,5].

Цель исследования. Улучшить диагностику и тем способом конкретизировать лечение инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы исследования. За период с 2012 по ноябрь 2023 г. в хирургических отделениях Государственное учреждение «Городской центр скорая медицинская помощи» город Душанбе, находились на лечении 80 больных с панкреонекрозом. Летальный исход отмечен у 15 (19,2%) пациентов. Из них 2 человек умер от панкреатогенного шока в ферментативную фазу заболевания. В остальных наблюдениях смерть наступила в результате гнойной интоксикации в фазу септической секвестрации. Всего гнойные осложнения наблюдались у 17 больных. Летальность при гнойных осложнениях панкреонекроза составила 21,1%. У 3 человек септическая секвестрация сопровождалась

деструкцией толстой кишки, у 2 из них аррозионным кровотечением. Неблагоприятное сочетание сепсиса, деструкции толстой кишки, аррозионного кровотечения и алиментарного истощения сопровождалась летальностью в 98%. Обследование и лечение проводили в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями. Консервативная терапия применена у 23 (29,2%), оперативное лечение - у 57 (70,8%). Все пациенты были госпитализированы в отделение хирургической реанимации, где выполнялось консервативное лечение согласно клиническим рекомендациям Российского общества хирургов и Американского колледжа гастроэнтерологии. Оперативное лечение применялось только при инфицированных формах панкреонекроза, таких как гнойно-некротический парапанкреатит, панкреатический абсцесс и забрюшинная флегмона.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на успехи лечения ферментативной фазы острого панкреатита, нельзя полностью предотвратить его дальнейшее течение с развитием фазы септической секвестрации. Важнейшим фактором, определяющим прогноз течения заболевания, является своевременная диагностика гнойных осложнений с возможно ранним и радикальным хирургическим лечением. Присоединение деструкции толстой или двенадцатиперстной кишок, аррозионного кровотечения, алиментарного истощения делает хирургическую ситуацию неуправляемой. У 3 пациентов операция была выполнена с запозданием при тяжелых осложнениях, что сопровождалось летальностью 99%. При этом ошибок в сторону гипердиагностики гнойно-некротического панкреатита не было допущено ни у одного пациента. Все это свидетельствует о недостаточной настойчивости хирургов в определении показаний к хирургическому лечению гнойных осложнений панкреонекроза. У 9 пациентов с инфицированным панкреонекрозом развитие гнойных осложнений наблюдалось в сроки 12-20 суток от начала заболевания. У 3 больных гнойные осложнения регистрировались в более ранние сроки. Ультразвуковое исследование не позволило распознать гнойные осложнения панкреонекроза ни в одном наблюдении. Магнитно-резонансная томография не позволила полноценно диагностировать забрюшинную флегмону у 4 из 17 пациентов, хотя при ретроспективном анализе изображений устанавливались ее косвенные признаки. На дооперационном этапе при выполнении компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным контрастированием были найдены ограниченные жидкостные скопления в 67 % случаев, у трех человек наблюдалось неограниченное поражение забрюшинной клетчатки по типу флегмоны. У 13 % были обнаружены очаги некрозов поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки без признаков сформированного жидкостного скопления. Симптом «пузырьков газа» в парапанкреатической клетчатке встречается в 20 % случаев. Данные показатели трактовались как инфицированный панкреонекроз. Среди многочисленных инструментальных методов диагностики панкреонекроза наиболее информативными оказались КТ с болюсным контрастированием, ГДС и лапароскопия, которые могут проводиться в экстренном порядке.

Выводы. Несмотря на тяжесть клинического течения инфицированного панкреонекроза, своевременная диагностика гнойных осложнений с немедленно выполненной операцией, позволяют оптимизировать результаты лечения. Задержка хирургического лечения при появлении деструкции толстой кишки, аррозионном кровотечении, сепсисе значительно ухудшает результаты лечения. Данный подход к диагностики позволил поставить диагноз «инфицированный панкреонекроз» своевременно и применить оперативное лечение, что снизило летальность и количество послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Котовский А.Е., Платонова Л.В., Шоно Н.И., Гальперин Э.И. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. *Анналы хирургической гепатологии* 2009; 14 (4): 54-63.
2. Дюжева Т.Г., Шефер А.В. Внутривнутрибрюшная гипертензия у больных тяжелым острым панкреатитом. *Хирургия* 2014; 1: 21-29.
3. Острый панкреатит: сб. метод. материалов Школы хирургии РОХ. - М., 2015.
4. Ji L., Lv J.C., Song Z.F., Jiang M.T., Li L., Sun B. Risk factors of infected pancreatic necrosis secondary to severe acute pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2021; 15 (4): 428-433.
5. Karpavicius A., Dambraszkas Z., Gradauskas A., Samuilis A., Zvinienė K., Kupcinskas J., Brimas G., Meckovski A., Sileikis A., Strupas K. The clinical value of adipokines in predicting the severity and outcome of acute pancreatitis. *BMCGastroenterol* 2021; 16 (1): 99.

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Ализода С.Г.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

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

Актуальность. Проблема адекватного и полноценного клинического питания больных, находящихся на лечение, остается в центре внимания многих специалистов. Проведение комплекса современного энтерального и парентерального питания позволяет предотвращать возникновение осложнений и побочных реакций у этих пациентов [1,4]. Общее содержание калорий и пропорции между отдельными элементами питания имеют существенное значение для организации нутритивной поддержки и должны соответствовать рекомендациям Европейской и Американской ассоциаций парентерального и энтерального питания (ESPEN, ASPEN) [3]. Организация лечебного питания является важным компонентом терапии острого деструктивного панкреатита. Выраженность нарушений трофологического статуса у данной категории больных варьирует в зависимости от тяжести заболевания и требует дифференцированного подхода к их коррекции [2,5]. Если при легких формах достаточно кратковременного отказа от приема пищи, то при деструктивном панкреатите адекватное белково-энергетическое обеспечение является одним из ключевых моментов интенсивной

терапии, полнота реализации которого влияет на частоту развития осложнений, длительность госпитализации и летальность.

Цель исследования. Изложение современных подходов к проведению нутритивной поддержки у больных острым панкреатитом и изучение некоторых особенностей метаболизма у данной категории больных.

Материалы и методы исследования. В основу клинического раздела работы положен анализ результатов лечения 67 пациентов, оперированных по поводу гнойных осложнений ОДП, находившихся во всех хирургических отделениях Государственное учреждение «Городская центр скорая медицинская помощи» город Душанбе. Оперативное вмешательство заключалось в выполнении широкой срединной лапаротомии, вскрытии сальниковой сумки, некрэквестрэктомии, формировании ретроперитонеостомы и по показаниям выполнялась люмботомия. В зависимости от проводимой нутритивной поддержки больные были разделены на 2 группы. В первую контрольную группу вошли 18 больных, которым в послеоперационном периоде проводили парентеральное питание. Возраст больных от 17 до 62 лет (средний возраст $46 \pm 3,8$ лет). Среди них женщин было 7 (34,1%), мужчин — 11 (65,9%).

Вторую основную группу составили 16 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей для энтерального питания (Нутриен стандарт, Нутриен стандарт с пищевыми волокнами, Нутриен энергии, Нутриен диабет, Нутриен элементар и имунно). Возраст пациентов колебался от 23 до 62 лет (средний возраст $45 \pm 4,2$ лет). Среди них женщин было 6 (33,2%), мужчин — 10 (66,8%). Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, хирургическому диагнозу, анатомической локализации первичного очага инфекции, структуре клинических синдромов, типу оперативного вмешательства, равноценности общего медикаментозного комплекса, характеру детоксикационной терапии, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Учитывая относительную однородность сравниваемых групп, мы сочли возможным разницу в результатах лечения отнести за счет использования раннего энтерального питания в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативное вмешательство по поводу гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита выполнялось в сроки от 10 до 28 дней с момента заболевания. У абсолютного большинства больных нагноение участков панкреонекроза и парапанкреатической клетчатки было диагностировано на третьей неделе заболевания (90% больных). Проанализированы протеинограммы на момент оперативного вмешательства. Изучение основных показателей метаболизма в ближайшем послеоперационном периоде обнаруживало выраженную гиперметаболическую реакцию организма с нарушением водно-электролитного, белкового и углеводного обмена. На катаболическую реакцию организма, снижение белковообразующей функции печени и увеличение потерь белка указывала прогрессирующая гипопроотеинемия. Указанные изменения свидетельствуют о том, что у пациентов, получавших энтеральное питание, к 10 суткам после операции происходит стабилизация белкового обмена, что выражается в статистически значимом увеличении уровня общего белка и альбумина. В группе пациентов, находившихся на парентеральном питании, подобные изменения не наблюдались. Динамика изучаемых показателей в целом отражала картину формирования обменных нарушений и переход от катаболической фазы к анаболической у больных основной группы. Уровень общего белка и альбумина в основной группе был достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе. Это свидетельствует о том, что с помощью включения в программу искусственного питания энтеральной нутритивной поддержки удастся обеспечить резко возросшие энергетические запросы пациента, тем самым скорректировать тяжелые метаболические нарушения. Таким образом, было показано, что в контрольной группе больных возникший на момент операции нутриционный дефицит имеет тенденцию к прогрессивному увеличению, несмотря на проводимое парентеральное питание. В основной группе больных наблюдалась стабилизация изучаемого показателя к 10 суткам после операции и уменьшение его к 20 суткам послеоперационного периода, что свидетельствует об энергетическом соответствии потребностей пациента и действительного расхода энергии. Таким образом, благодаря проведению раннего энтерального питания обеспечивались расчетные среднесуточные потребности больных в белках, жирах и углеводах в соответствии с состоянием питательного статуса. У больных обеих групп помимо динамики общего состояния, показателей иммунного статуса были изучены послеоперационные хирургические осложнения, их характер и частота встречаемости. Наличие тех или иных осложнений во многом определяло тяжесть состояния больных после операций, влияло на длительность послеоперационного периода, исхода заболевания. С этой целью были проанализированы характер и количество послеоперационных осложнений в обеих группах. При анализе осложнений отмечено, что у больных основной группы их количество было меньшим, а некоторые из них не встречались. Летальность в первой группе составила 28,6%. Причинами смерти во всех случаях явились развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Срок госпитализации составил $32 \pm 2,4$ суток. Летальность во второй группе составила 14,3%. В результате при одинаковом прогнозе неблагоприятного исхода фактическая летальность в первой контрольной группе составила 24,3%, а во второй основной — 14,2%. Отличия полученных результатов во второй группе можно объяснить тем, что применение раннего энтерального питания вызывало не только метаболический эффект, но и косвенным образом обеспечивало иммунокоррекцию.

Выводы. Представленные в работе результаты исследований свидетельствуют о том, что включение в программу нутритивной поддержки раннего энтерального питания является мощным лечебным фактором, оказывающим положительное влияние на восстановление основных функций всех органов кончающих желудочно-кишечного тракта. Включение в программу парентерального питания нутриентов, способствует повышению эффективности лечения метаболических нарушений и полноценному обеспечению энергопластических потребностей у наиболее тяжелой категории больных с перитонитом, ОДП и панкреонекрозом, спасая тонкокишечную непроходимость. Комплексное применение фармаконутриентов и раннего энтерального питания оказывает прямое влияние на результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, оперированных по неотложным показаниям.

Список литературы.

1. Зингеренко В.Б. Фармаконутриенты в полном парентеральном питании больных перитонитом // Новости анестезиологии и реаниматологии. — 2017., №3. С. 22–27.
2. McClave S.A., Chang W.K., Dhaliwal R., Heyland D.K. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature // J Parenter Enteral Nutr. — 2019. — Vol.30, №2. — P.143-156.
3. Meier R., Sobotka L. Нутриционная поддержка при остром и хроническом панкреатитах // В кн.: Основы клинического питания. — Петрозаводск, 2013. — С.261-274.
4. Nathens A.B., Curtis J.R., Beale R.J. et al. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis // Crit Care Med. — 2019. — Vol.32, №12. — P.2524-2536.
5. Шотт, А. В. Выбор метода лечения острого панкреатита/ А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Конд-ратенко // Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях» — 2016. — Т. 2. — С. 226–228.

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Асадуллоева Э.И.

МИКРОБНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Наиболее тяжелым контингентом больных с острыми воспалительными заболеваниями поджелудочной железы являются пациенты с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита, летальность при которых не имеет тенденции к снижению и варьирует от 22 до 46% [1,3]. Развитие вторичной инфекции поджелудочной железы и окружающей ее забрюшинной клетчатки является серьезным осложнением острого панкреатита, которое регистрируется в 40-80% случаев [2,5]. За последние годы понятия об этой проблеме сложились в определенную картину, ключевое значение в которой придается микробной транслокации из кишечника [4].

Цель исследования. Изучение микробиологического состава возбудителей и предложение эффективной антибактериальной терапии при инфицированной панкреонекрозе.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 36 из 76 пациентов, находившихся на лечении с диагнозом панкреонекроз во всех хирургических отделениях Государственное учреждение «Городская центр скорая медицинская помощи» город Душанбе с 2014 по ноябрь 2023 г., из которых было 20 мужчин и 16 женщины. Средний возраст пациентов - $42,6 \pm 10,8$ года. Диагноз панкреонекроза и его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включающего клинические и лабораторные методы, ультрасонографию, лапароскопию, компьютерную томографию, бактериологические исследования крови, некротических тканей забрюшинного пространства, перитонеального экссудата. У 12 пациентов выделены микроорганизмы из поджелудочной железы, у 6 (50%) из других сред: отделяемое дренажа, выпот из брюшной полости, кровь, моча. Наиболее часто микроорганизмы выявлялись при бактериологическом исследовании отделяемого дренажа.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе чувствительности микроорганизмов, выделенных из некротического, грамтрицательные микроорганизмы определены в 64% случаев, грамположительные микроорганизмы - в 33% случаев, кандиды - в 3% случаев. Установлено, что наиболее часто встречающимися являются грамтрицательные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae: E. coli (18%), Kl. pneumoniae (12%), Pr. mirabilis (4%), Enterobacter aerogenes (3%), Serratia marcescens (3%). Ps. aeruginosa выделена в 4 (20%) случаях, Acinetobacter baumannii - в 1 (4%). Выявление E. coli и других энтеробактерий может свидетельствовать об инфицировании поджелудочной железы посредством их транслокации из кишечника. Выделение неферментирующих бактерий и грамположительных микроорганизмов обусловлено, видимо, вторичной нозокомиальной инфекцией. Результаты исследования показали, что все выделенные штаммы Enterobacteriaceae оказались чувствительными к меропенему, имипенему/циластину. Высокая чувствительность энтеробактерий к амикацину выявлена в 100% среди штаммов E. coli, в 92% - среди штаммов Kl. pneumoniae, в 48% - среди штаммов Pr. mirabilis. Невысокая активность отмечена у фторхинолонов. Резистентные к ципрофлоксацину, левофлоксацину штаммы среди E. coli и Kl. pneumoniae выявлялись в 46% случаев. Отмечена высокая чувствительность синегнойной палочки к аминогликозидам. Только лишь в 16% случаев выявлена резистентность к амикацину и в 25% случаев - к гентамицину. Высокий уровень резистентности к фторхинолонам выявлен при наличии штаммов синегнойной палочки: так, выделено 70% штаммов, резистентных к ципрофлоксацину, 84% - к левофлоксацину. Грамположительные штаммы золотистого стафилококка, коагулазонегативного стафилококка выделены в 25% случаев, при этом 64% штаммов являлись метициллинрезистентными, что потребовало рекомендовать использование гликопептида ванкомицина.

Выводы. 1. Выявление E. coli и других энтеробактерий свидетельствует об инфицировании поджелудочной железы посредством их транслокации из кишечника. 2. Для стартовой терапии при подтвержденном инфицированном панкреонекрозе предпочтительно использовать карбапенемы, так как исследованиями обоснован высокий уровень чувствительности штаммов семейства Enterobacteriaceae к карбапенемам на фоне снижения чувствительности к цефалоспорином III-IV поколений и нарастание резистентности к фторхинолонам. 3. Полученные данные бактериологического исследования свидетельствуют о возможности использования цефалоспоринов III-IV поколения в комбинации с метронидазолом при подтвержденной чувствительности к выделяемому возбудителю, а также назначение аминогликозидов.

Список литературы.

1. Capurso G, Zerboni G, Signoretti M, Valente R, Stigliano S, Piciocchi M, et al. Role of the gut barrier in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol.* 2019;46:46-51.
2. Grant JP. Nutritional support in acute and chronic pancreatitis. *Surg Clin North Am.* 2021;4:805-20.

3. Kylanpaa ML, Repo H, Puolakkainen PA. Inflammation and immunosuppression in severe acute pancreatitis. *World Journal of Gastroenterology*. 2021;16(23):2867-72.
4. Shyu JY, Sainani NI, Sahni VA, Chick JF, Chauhan NR, Conwell DL, et al. Necrotizing pancreatitis: diagnosis, imaging, and intervention. *RadioGraphics*. 2019;34(5):1218-39.
5. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence- based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatolgy*. 2019;13(4):1-15.

Бабаева Т.С., Каримов М.Б., Кадырова Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТОНОМЕТРИИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Республиканский глаукомный диспансер, Таджикистан

Актуальность. Изменения внутриглазного давления (ВГД) являются одним из основных патогенетическим фактором, влияющим на течение нормальных физиологических и физических процессов в различных тканях глаза [1,2,3]. Существует множество офтальмологических заболеваний (травмы глаза, различные формы глаукомы, послеоперационные состояния), при которых мониторинг давления до и после операций определяет дальнейшую тактику ведения больных [3,5,6]. Повышенное ВГД является наиболее значимым фактором риска развития глаукоматозной оптической нейропатии. Основной задачей в лечении глаукомы является стойкое снижение ВГД до уровня индивидуальной нормы [4].

В нашей стране используются следующие методы определения ВГД: аппланационные методы (тонометрия по Маклакову и Гольдману) и бесконтактные (пневмотонометрия). Еще сравнительно простым и общедоступным методом оценки ВГД у пациентов с патологией роговицы является бимануальная пальпация, которая активно используется более 180 лет.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов тонометрии, полученных при использовании бесконтактной и аппланационной методов тонометрии.

Материал и методы исследования. 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, гониоскопией 4х-зеркальной гониолинзой. При расчете цифр тонометрии по аппланационным методом учитывалась толщина роговицы, которая была определена у всех лиц методом оптикокогерентной томографии.

Нами была определена разница в показателях тонометрии в среднем и отдельно разница в показателях БК и АТ по Маклакову и Гольдмана.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя разница показателей ВГД при измерении различными видами тонометров представлена в таблице 1.

Таблица 1. Показатели тонометрии различными методами

Пациент №	1									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	рзн.	ротк
Тонометрия по Маклакову	6	7	7	8	6	7	6	7	6	7	8	8	9	9	8	8	8	8	9	9	7,53	,1
Тонометрия по Гольдману	6	3	6	8	4	4	1	1	3	0	2	8	6	1	1	7	6	7	6	7	4,75	,6
Пневмотоно метрия	5	5	7	6	7	7	5	4	4	5	4	5	5	3	2	0	0	5	4	4	5,30	,4

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.

Литература.

1. Кальфа С.Ф. К семидесятилетию аппланационной тонометрии по Маклакову / С.Ф. Кальфа, М.Б. Вургафт // Офтальмологический журнал. – 1959. – Т. 14. – № 3. – С. 131-139.
2. Нестеров А.П. Глаукома. М.: Медицина, 1995. – С. 245-255.
3. Рогожина И.В. Экспериментальное и клиническое обоснование транспальпебральной акустической тонометрии / И.В. Рогожина // Дисс... канд. мед.наук. – Москва, 2002. – С. 16.

- Алексеев В.Н. К вопросу о методиках определения давления цели / В.Н. Алексеев, Т.Г. Лобова // Глаукома: проблемы и решения: Всероссийская научно-практическая конференция: Сб. науч. ст. М., 2004. – С. 19-21.
- Вагин Б.И. Тонометрия. Тонография: Экспериментальные и клинические аспекты / Б.И. Вагин // Дисс... докт. мед. наук. – Москва, 1994. 233 с.
- Егоров Е.А. Влияние толщины роговицы на уровень внутриглазного давления среди различных групп пациентов / Е.А. Егоров, М.В. Васина // Клин. офтальмология. – 2006. – №1. – С.16-19.

Байрамкулов М.Д.1, Гайнетдинова И.И.1, Бажина Ю.С.1
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ И ЖИВОТА.

¹ ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Актуальность.

Больные с торакоабдоминальными травмами (ТАТ) относятся к группе наиболее тяжелых и занимает четвертое место среди причин смертности и инвалидизации в следствии этого проблема их лечения сохраняет свою актуальность. Преимущественно это больные трудоспособного возраста, в среднем 28-35 года. Среди пострадавших 63-95 % составляют мужчины. Более 80% случаев ТАТ сочетаются с другими повреждениями, такими как переломы конечностей, ранения шеи и мягких тканей, закрытая и открытая черепно-мозговая травма. Летальность при ТАТ составляет 4-20%. Основными причинами смерти при ТАТ являются шок, перитонит, острая кровопотеря. Одной из важнейших хирургических манипуляций во время оказания помощи данным пациентам в раннем посттравматическом периоде является трансфузия компонентов крови для компенсации острой или обильной кровопотери. Также одним из немаловажных критериев выживаемости пациента является быстрая транспортировка его («золотой час») в профильное учреждение для оказания квалифицированной помощи и снижения риска возникновения осложнений.

Цель исследования.

Целью данной работы является оценка тактики лечения пациента с торакоабдоминальной травмой.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ истории болезни стационарного больного, протоколы операции.

Результаты и их обсуждение.

В качестве клинического примера хотим представить опыт лечения больной с ножевым ранением в живот и грудную клетку в область сердца. Состояние тяжелое. Срочно подготовлена операционная для возможной торакотомии и лапаротомии. При поступлении больная бледная, заторможенная, артериальное давление 80/50 мм рт. ст., пульс частый слабого наполнения и напряжения, из раны грудной клетки подтекает кровь. Живот мягкий, рана в правом подреберье, не кровоточит.

Диагноз: Проникающее ножевое ранение живота. Повреждение межреберной артерии. Геморрагический шок 3 степени.

В связи с подозрением на ранение сердца, больная взята на операцию. Под интубационным наркозом произведена торакотомия в пятом межреберье слева. В плевральной полости до 2 литров крови со сгустками. При ревизии ранение сердца и перикарда не обнаружено, кровотечение из межреберной артерии остановлено. Начата реинфузия аутокрови пациентки (до 900 мл). Операционная рана ушита. Произведена верхнее-срединная лапаротомия, обнаружена рана в правой доле печени, размерами 2×2 см, ушита Z-образным швом. Кровопотеря до одного литра. Произведена реинфузия крови с цитратом натрия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана из больницы через 18 суток.

Диагноз: Проникающее ножевое ранение живота. Повреждение межреберной артерии. Повреждение правой доли печени. Состояние после торакотомии, лапаротомии, ушивания правой доли печени. Геморрагический шок 3 степени.

К данной пациентке применялась новейшая оперативная тактика лечения, которая включала в себя минимальный предоперационный период наблюдения и обследования. Преимуществом данного метода лечения является минимальное вмешательство и трансфузионное руководство на базе донорских компонентов крови: первостепенное введение свежезамороженной плазмы из расчета 10-20 мг\кг и добавление эритроцитарных сред вторым компонентом при необходимости. Был проведен расчет тяжести общей кровопотери в % ОЦК при помощи формулы Моог, данная формула позволяет динамически выявлять тяжесть общей кровопотери при травме живота и груди в относительных единицах (% ОЦК) в течение острого посттравматического периода. Для лечения и профилактики кровотечения применялись препараты транексамовой кислоты 750 мг. В качестве антибактериального лечения были использованы антибиотики широкого спектра действия цефалоспорины 1 и 3 поколения.

Выводы.

Для уменьшения числа осложнений и летальных исходов при открытых или закрытых торакоабдоминальных травмах необходима точная и своевременная диагностика и лечение, соответствующее состоянию пациента. Одним из самых грозных осложнений является геморрагический шок, который очень часто развивается при сочетанных травмах. В остром посттравматическом периоде для скорейшего определения степени тяжести кровопотери и возможности ее дальнейшего развития была применена усовершенствованная формула Моог. Благодаря чему была обосновано применение предупреждающей трансфузии.

Список литературы

- Пелина Н.А., Стяжкина С.Н., Проничев В.В., Неганова О.А. Влияние хирургической тактики и трансфузионной составляющей на течение раннего периода травматической болезни. Вестник современной клинической медицины. 2018. №2. С. 34-37.

2. Пелина Н.А., Стяжкина С.Н., Аникин Н.Н., Трансфузионная тактика и частота развития осложнений позднего периода при травме груди и живота. МвК. 2019. №1. С.23-26.
3. Писаренко Л.В., Гуменюк С.А., Федотов С.А., Потапов В.И. Современные проблемы "золотого часа" в работе служб экстренной и скорой медицинской помощи и вероятный путь их решения. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021. № 4. С. 60-70.
4. Стяжкина С. М., Бобылев М. К., Коршунов Д. В. Политравма в дорожно-транспортных происшествиях. Современные аспекты медицины и биологии: материалы XI межвузов. науч. конф. молодых ученых и студентов, 25-28 апр. 2011 г., г. Ижевск. - Ижевск, 2011. С. 53.
5. Стяжкина С.Н., Пелина Н.А., Шанина И.С., Мерзлякова Д.А. Клинический случай сочетанных травм. Вопросы науки и образования. 2018. №7 (19). С.12-14.

Баротов 3.3.1,2, Файзуллоев Н.А.1, Чалилов С.1, Абдумуминов А.А.1
ХОЛАТИ КЛИНИКӢ БО САРАТОНИ ПАҲНГАШТАИ МЕЪДА. (назорат 2017-2023сс.)

¹Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмии Саратонишиносӣ” ВТХИА ҶТ.

²Кафедраи ҷарроҳии №2, факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон.

Материалҳо ва методҳои таҳқиқот. Бемор Ш. 1948 с.т., дар қайди МД МҶИС аз санаи 16.09.2017с. бо ташхиси Ҷоғари ҳиссаи рости ғадуди сипаршакл II дараҷа, гумонбарӣ ба Саратони ғадуди сипаршакл (Ia гр.кл.) бо шикоятҳо аз мавҷуд будани ташкилаи паҳлуи рости гардан, мушкилии нафаскашӣ шабона.

Натиҷаи таҳқиқот. Бемор аз муоинаи саратонишинос гузаштааст. Худро муддати 2 соли охир бемор мешуморад. Дар назди духтури эндокринолог табобат гирифтааст, аммо бенатиҷа мебошад. Ҳангоми муоина дар паҳлуи рости гардан ташкилаи омосмонанд мушоҳида мешавад, ки андозааш 4,0x3,0 см мебошад, ҳангоми палмосидан саҳт, камҳаракат ва дардманд мебошад. Гирехҳои лимфавии канорӣ калон нестанд.

Ситограмма аз ғадуди сипаршакл №2074 аз 21.09.2017с. Эпителияи фолликулярии пролифератсияшуда бо полиморфизми ҳастай.

ТУС-и узвҳои дохила аз 21.09.2017с.: дар ҳиссаи чапи ҷигар II-юм сегмент ташкилаи андозааш 4.0x4.2см;

ЭГДС аз 26.09.2017с. Реши чуқурчадори 3.0x3.5см дар қисми баромадгоҳи меъда, инкор карда намешавад малигнизатсия; биопсия гирифта шуд. Хулосаи морфологӣ аз 2.10.2017с., №7074 Аденокарсинома.

Консилиуми мутахассисон бо иштироки саратонишиноси торакоабдоминалӣ, химиотерапевт ва ғадудшинос бо ташхиси Саратони баромадгоҳи меъда $T_3N_0M_1$ (hepar), IV марҳила, тавсия шуд: Табобати химиёдармонии паллиативӣ ва табобати консервативии бемории ҳамрав Ҷоғари диффузӣ, II дараҷа.

Бемор аз санаи 04.10.2017с. то 12.11.2017с. II бахши химиёдармонии паллиативиро қабул кардааст бо вайронкунии речаи табобат. Аз 22.02.-21.04.2018с. III бахши химиёдармонии паллиативиро бо нақшаи Этопазид -150 мг в/в дар рузҳои 1,3-юм ва 8 - 450мг, Лейковарин -50мг в/в дар рузҳои 1-3-5-ум 150мг, 5 FU -750мг дар рузҳои 1-3-юм, ва 5-ум -2250мг қабул кард. Пас аз ин бемор речаи табобатро вайрон карда то 01.04.2021с. мурочиат намекунад.

01.04.2021с. бемор такроран мурочиат намуд, шикоятҳо аз дарди мавқеи эпигастрия. Аз 02.04.-02.07.2021с. III бахши химиёдармонӣ бо нақшаи “FLOT” (Таксотер 80мг в/в дар рузи 1-ум, Оксалиплатин - 100 мг в/в дар рузи 1-ум, Лейковарин - 300мг в/в дар рузи 1-ум, 5 FU 2500мг – в/в дар давоми 48 соат) гузаронида шудааст. ТУС-и узвҳои дохила аз 12.10.2021с.: дар ҳиссаи чапи ҷигар II-юм сегмент ташкилаи андозааш 4.6x3.9см; дар ҳиссаи рости ҷигар VIII-ум сегмент ташкилаи андозааш 1.0x1.0см; Пас аз ин ба бемор аз санаи 02.12.-03.12.2021с., ПХТ бо нақшаи “FLOT” гузаронида шудааст. ЭГДС аз 18.04.2022с. Омоси қисми баромадгоҳи меъда гузариш ба пиёзаки рудаи 12-ангушта, такроран биопсия бо мақсади муаян кардани дараҷаи патоморфоз гирифта шуд. Хулосаи морфологӣ аз 18.04.2022с., №4316, Карсиномаи пастгафрикашаванда. Муоинаи саратонишиноси торакоабдоминалӣ ва химиотерапевт: D-s: Саратони баромадгоҳи меъда $T_3N_0M_1$ (hepar), IV марҳила, прогрессияи чараёнӣ. Аз санаи 22.04.-24.04.2022с.; аз санаи 20.05.-23.05.2022сол; аз санаи 23.07.-24.07.2022с. III бахши химиёдармонӣ бо нақшаи “FLOT”: Таксотер 80мг в/в дар рузи 1-ум, Оксалиплатин - 100 мг в/в дар рузи 1-ум, Лейковарин - 300мг в/в дар рузи 1-ум, 5 FU 2500мг – в/в дар давоми 48 соат гузаронида шудааст. Дар умум то ҳозир бемор XII бахши ПХТ бо вайронкунии речаи табобат гирифтааст.

Натиҷаи табобати Ҷоғари диффузии дараҷаи I, ҳолати эутиреоидӣ, самаранок арзёбӣ шуд.

Хулоса. Натиҷаи зиндамонии дарозмуддат дар ҳолати саратони паҳнғаштаи меъда имкон медиҳад, ки химиотерапияи паллиативиро таъинот кунем. Намудҳои пастгафрикашавандаи саратони меъда ҳиссиёти баланд ба ситостатикҳо доранд.

Бездетко Г.И.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «ИГМА Минздрава России». Россия.

Актуальность.

Важнейшим аспектом жизнедеятельности молодого человека является сохранение своего собственного здоровья, так как оно представляется основополагающей ценностью живого организма и естественной его потребностью [1]. С развитием высоких технологий молодые люди, которые находятся в стадии формирования интеллектуальной, физиологической и социальной зрелости, приспосабливаются к многочисленным средовым факторам новой социальной среды [2]. Однако, они подвержены высокому риску дезадаптации, снижению уровня физического и психологического здоровья. Поэтому возникает необходимость со стороны государства и общества в адекватных социальных гарантиях, в виде занятий физической культурой и спортом, обеспечении социально-бытовых условий, в том числе

материальных, а также внедрению комплекса мер по профилактике и раннему выявлению заболеваний, с целью сохранения здоровья молодых людей [3,4].

Цель исследования.

Выявить и оценить здоровьесберегающее поведение у молодого населения.

Материалы и методы исследования.

В Республике Удмуртии проведено исследование по здоровьесберегающему поведению среди молодого населения. Базой исследования взята медицинская организация частной формой собственности, где приняли участие 109 пациентов, большинство из них – девушки (57,6%), юношей – 42,4% в возрасте от 17 до 30 лет. Использован аналитический метод, методы анкетирования и интервьюирования. Пациенты заполняли социально-гигиеническую анкету по здоровьесберегающему поведению, состоящую из 25 вопросов и шести градаций, проводился анализ их здоровья. На втором этапе проводилась санитарно-просветительная работа по профилактике стоматологических заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение.

Здоровьесберегающее поведение имеет важную роль в жизни человека для сохранения стоматологического здоровья и здоровья в целом, особенно у людей молодого возраста. Медицинская активность и правильное питание являются важными социально-значимыми факторами профилактики развития стоматологических заболеваний.

По данным проведенного исследования качественную профилактику стоматологических заболеваний проводили треть обследованных (27,3), 33,3 из 100 опрошенных считали, что смогут сохранить здоровье полости рта, не применяя профилактических мероприятий. Планируют в течение двенадцати месяцев пройти осмотр у врача-стоматолога 39,4 на 100 опрошенных.

В ходе исследования выявлено, что молодые люди будут проводить профессиональную гигиену полости рта для: удаления мягкого и твердого зубного налета – 51,5; отбеливания зубов – 51,5; предотвращения развития кариеса и других заболеваний полости рта – 39,4; свежести дыхания – 21,2; укрепления зубной эмали – 21,2 и дезинфекции зубной полости – 18,2 на 100 опрошенных. Причем ими отмечена по убывающей шкале необходимость прохождения профессиональной гигиены полости рта в случаях: лечения зубов – 57,6; отбеливания зубов – 45,5; дентальной имплантации – 39,4; ортопедического лечения – 33,3; установки брекет-систем – 30,3 и установки виниров на фронтальные зубы – 27,3 на 100 опрошенных.

По данным проведенного исследования определены продукты питания и напитки, которые употребляли молодые люди в своем ежедневном рационе. Так регулярно употребляли (несколько раз в день): свежие фрукты – 9,1; бисквитные печенье и пироги – 9,1; бургеры – 9,1; картофель фри – 3; свежие фрукты – 18,2; бисквитные печенье и пироги – 21,2; бургеры – 3; картофель фри – 6,1; свежие фрукты – 45,4; бисквитные печенье и пироги – 51,5; бургеры – 12,1; картофель фри – 6,1; свежие фрукты – 27,3; бисквитные печенье и пироги – 18,2; бургеры – 75,8; картофель фри – 84,8.

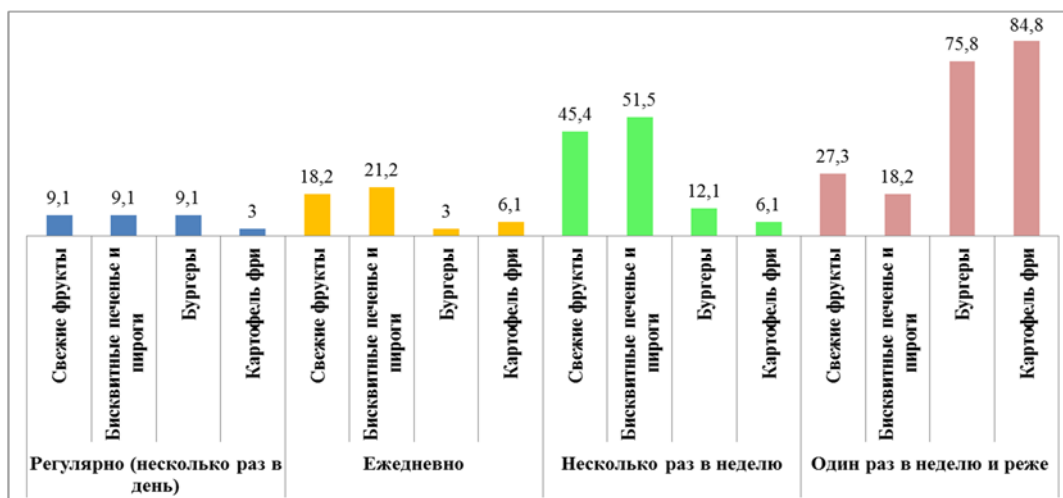


Рисунок 1. Рацион продуктов питания молодых людей, на 100 опрошенных.

Жевательную резинку с сахаром использовали ежедневно – 15,2 опрошенных; несколько раз в неделю – 24,2; один раз в неделю и реже – 6,1 + 18,1 + 36,4 из 100 респондентов. Конфеты и леденцы ели каждый день – 15,1 опрошенных; несколько раз в неделю – 30,3; один раз в неделю и реже – 36,4; некогда – 18,2 на 100 опрошенных. Мороженое употребляли несколько раз в день – 3,0; каждый день – 9,1; несколько раз в неделю – 18,2; один раз в неделю – 21,2; несколько раз в месяц и реже – 48,5 на 100 опрошенных.

В ходе исследования потребления напитков отмечено, что газированные сладкие напитки пили несколько раз в день – 9,1; несколько раз в неделю – 27,3; один раз в неделю и реже – 63,6 на 100 респондентов. Молоко с сахаром, чай с сахаром и кофе с сахаром несколько раз в день употребляли – 3,7 + 54,6 + 36,4 из 100 респондентов (рис. 2).

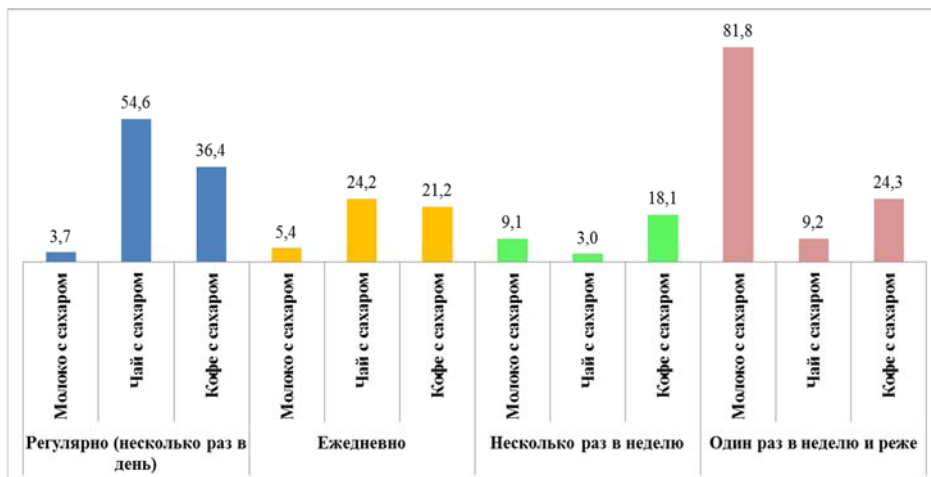


Рисунок 2. Рацион потребляемых напитков молодыми людьми, на 100 опрошенных.

В результате проведенного исследования выявлено, что бездрожжевые продукты несколько раз в день употребляли – 3,0; каждый день и реже – 6,0 и практически не употребляли – 91,0 на 100 опрошенных.

Выводы.

По данным проведенного исследования выявлено, что профессиональную качественную профилактику стоматологических заболеваний проводила четверть опрошенных. Проводить ее будут половина опрошенных для удаления мягкого и твердого зубного налета и отбеливания зубов. Большинство (57,6 на 100 опрошенных) отметили необходимость прохождения профессиональной гигиены полости рта в случае предстоящего лечения зубов полости рта, причем перед установкой виниров на фронтальные зубы ее необходимость отметили только четверть опрошенных. Свежие фрукты в своем ежедневном рационе употребляли четверть опрошенных. Половина респондентов избыточно употребляли кофе и чай с сахаром. Бездрожжевые продукты большинство совсем не употребляли, в связи с их высокой стоимостью. Исследование показало необходимость повышения медицинской активности молодежи вопросам рационального питания для профилактики развития стоматологических заболеваний.

Список литературы.

1. Должикова, Х.В. Здоровьесберегающее поведение молодежи и студентов: сущность понятия и принципы формирования / Х.В. Должикова // Образование и наука без границ: фундаментальные и прикладные исследования. – 2019. – №. 9. – С. 125-128.
2. Косилова, Е.К. К концепции программы здоровьесберегающей модели поведения студентов медицинского университета / Е.К. Косилова; В.В. Кузнецов; Н.И. Ющенко // Охрана здоровья населения дальнего востока: векторы развития. – 2019. – С. 64-69.
3. Чиркова, А.В. Классификационные признаки для дифференциации молодежи по здоровьесберегающему поведению / А.В. Чиркова // Вестник РГТУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. – 2022. – №. 3. – С. 82-92.
4. Ковальчук, О.В. Здоровьесберегающее поведение студенческой молодежи: факторы формирования и условия сохранения / О.В. Ковальчук; Н.В. Лазуренко; В.А. Нифонтова // Nomothetika: Философия. Социология. Право. – 2021. – Т. 46. – № 3. – С. 461-473.

Белявский Н.В., Семенюк А.В., Александрова А.А.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ

Кафедра анестезиологии-реаниматологии Гродненского государственного медицинского университета г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность.

Делирий — это остро развивающийся клинический синдром, встречающийся преимущественно у пожилых пациентов, который проявляется изменением сознания в сочетании со снижением внимания или дезорганизацией мышления. Развитие делирия увеличивает время пребывания пациента в ОАР и приводит к аффективным и когнитивным нарушениям, инвалидизации, снижению качества жизни, повышению риска летального исхода [1]. Существует множество клинических шкал для диагностики делирия и оценки его степени тяжести, однако не существует общепринятого скринингового метода для оценки риска возникновения делирия [2]. Определение степени тяжести старческой астении (СА) позволяет оценить выраженность возрастных изменений в организме пациента и спрогнозировать ряд связанных с этими изменениями рисков – развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, потери автономности и смерти [3]. Данный подход широко применяется в амбулаторной практике, однако не распространен в интенсивной терапии [4]. В связи с этим, нам представляется важным определить влияние степени тяжести СА на риск возникновения делирия у пациентов отделения реанимации и оценить возможность применения шкалы оценки СА (CFS) как скринингового метода для прогнозирования развития делирия.

Цель исследования.

Определить влияние степени тяжести СА на риск возникновения делирия у пациентов отделения реанимации. Оценить возможность применения шкалы оценки СА (CFS) как скринингового метода для прогнозирования развития делирия в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы исследования.

В исследование включено 58 пациентов отделения реанимации с предполагаемым временем нахождения в отделении не менее 24 часов. Количество пациентов молодого (18-44 лет) и среднего (45-59 лет) возрастов составило 23 человека. Количество пациентов старше 60 лет – 35 человек. Исключались пациенты с наличием злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости в анамнезе; перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмой, тяжелыми психическими и неврологическими заболеваниями. Степень тяжести СА определялась по 9-ти балльной шкале CFS, оценка пациентов проводилась анамнестически, на основании функциональных нарушений до проявления основного заболевания. Подтверждение симптомов делирия осуществлялось по шкале МОСС-ОРИТ. Гипотеза исследования подтверждалась, если у пациента, набравшего по шкале CFS 4 и более баллов, развился делирий в течение времени нахождения в ОАР в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из 58 пациентов, включенных в исследование, тяжелая степень СА (CFS>4 баллов) выявлена в 40 случаях, что составляет 68,96%.

В группе пациентов молодого и среднего возрастов тяжелая степень СА (CFS>4 баллов) выявлена в 9 случаях, что составляет 39,13%. Послеоперационный делирий развился у 2 пациентов с синдромом старческой астении, что составляет 22,22%.

В группе, которая включает в себя пациентов старше 60 лет, тяжелая степень СА (CFS>4 баллов) выявлена в 31 случае, что составляет 88,57%. Из них послеоперационный делирий развился у 24 пациентов, что составляет 77,41%. У пациентов с легкой степенью СА (CFS <4 баллов) послеоперационный делирий выявлен лишь в 25% случаев.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что шкала CFS имеет высокую прогностическую ценность для диагностики послеоперационного делирия у пациентов старше 60 лет. При этом данная шкала малоинформативна для пациентов молодого и среднего возраста.

Выводы.

Оценка степени тяжести старческой астении по шкале CFS может быть использована в качестве скринингового метода для своевременного выявления пациентов группы риска развития послеоперационного делирия, что позволит скорректировать проводимую интенсивную терапию и снизить вероятность неблагоприятного исхода.

Список литературы.

1. Emma F. M. van der Heijden Differences in long-term outcomes between ICU patients with persistent delirium, non-persistent delirium and no delirium: A longitudinal cohort study / Emma F. M. van der Heijden [et al.]. // Journal of Critical Care. – 2023. – Vol. 76. – P. 1–7.
2. Киреев, С. С. Делирий в послеоперационном периоде (обзор литературы) / С. С. Киреев, Т. Л. Бадаква, О. А. Чуканова // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – Вып. 13, №2. – С. 44–60.
3. Chip-Jin Ng Integrating the clinical frailty scale with emergency department triage systems for elder patients: A prospective study / Chip-Jin Ng Liang-Tien Chien [et al.]. // The American Journal of Emergency Medicine. – 2023. – Vol. 66. – P. 16–21.
4. Кривошапова, К. В. "Синдром старческой астении. Что нужно знать терапевту и кардиологу?" / К. Е. Кривошапова, Е. А. Вегнер, О. Л. Барбараш // Терапевтический архив. – 2020. – Вып. 92, №1. – С. 62–68.

Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

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

Актуальность. Инсульт остается основной причиной инвалидизации во всем мире. Согласно статистическим данным, в Российской Федерации частота встречаемости инсульта считается одной из самых высоких в мире и составляет 3-3,4 на 1000 человек в год, т.е. более 490 тыс. новых инсультов в год [1]. Основными факторами риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются: артериальная гипертензия (АГ), заболевания клапанов сердца, протезированные клапаны сердца, васкулиты, наследственные заболевания соединительной ткани (синдромы Марфана, Элерса-Данло и др.) [3]. Разные исследователи по результату своих данных выделяют различные этиологические факторы. Так, по мнению S. Treadwell с соавт., ГИ во время гестации примерно с равной частотой обусловлены сосудистыми аномалиями (21%), наличием преэклампсии/эклампсии (14%), сосудистой патологией центральной нервной системы (14%) [5]. По мнению других авторов, преэклампсия/эклампсия является ведущей причиной ГИ в 31% случаев, а наличие сосудистых аномалий – у 7% пациенток. Противоречивы и данные других исследователей. Несмотря на многочисленные исследования, вопросы, касающиеся ведения беременности, методов обследования и родоразрешения, далеки от разрешения. Все вышесказанное и послужило основанием для проведения данной работы [5].

Цель исследования. Выбрать тактику лечения беременных женщин с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования. Мы анализировали течения беременности, родов и перинатальных исходов 41 беременных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Принимая во внимание различных причин развитие инсульта и образований гематом больные были распределены на группы: беременные с разрывом АА - 9 (21,9%) головного мозга, больные с разрывом АВМ - 7 (17,1%), пострадавшие с разрывом КМ - 6 (14,7%) и беременные с ГИ неустановленной этиологии - 19 (46,3%). Всем обследованным выполнялось лабораторное обследование, в большинстве случаев наряду с общеклиническими методами, проводилось исследование системы гемостаза (стандартная коагулограмма). Всем беременным женщинам организована консультация акушер-гинеколога, нейрохирурга, невролога, офтальмолога и анестезиолога. Согласно современным требованиям совместно создавался план лечения и ведения беременности, выбирался метод родоразрешения и анестезии.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе истории болезни оказалось, что все женщины включенные в исследование, находились в возрасте от 20 до 40 лет. Средний возраст составил $28,20 \pm 4,68$ года. Среди обследованных первородящие женщины были 19(46,3%) повторнородящие – 22(53,9%). При проведении ретроспективного анализа выяснилось, что у повторнородящих женщин период предыдущей беременности протекал без осложнений, и роды были срочными и самопроизвольными. Не были зарегистрированы ГИ, несмотря на наличие нескольких факторов риска развития церебральных осложнений: АГ, открытое овальное окно и врожденная тромбофилия, которые были верифицированы только в периоде настоящей беременности.

По поводу внутричерепных кровоизлияний в результате ГИ у данных категорий больных оперативное лечение выполнялось в 21(51,2%) наблюдениях. Объем и вид операции были следующим: Удаление внутримозговой гематомы (ВМГ) путем кранэктомии в 6(28,6%) наблюдениях, костно-пластическая трепанация с удалением ВМГ в 3(14,3%) случаях, трепанация с дренированием подострой и хронической ВМГ у 4(19,1%) обследованных, вентрикулоперитонеостомия по поводу окклюзионной гидроцефалии в результате нарушения ликвороциркуляции как осложнения субарахноидального кровоизлияния в 5(23,7%) наблюдениях у 3(14,3%) остальных клипирование АА/АВМ. В 20(48,8%) наблюдениях проводилось консервативное лечение. У 4(20%) женщин учитывая тяжесть соматического статуса и плохих показателей гемостаза операция не проводилась, в 7(35%) наблюдениях ВМГ локализовалась в подкорковых ядрах головного мозга (Рис.2), а в остальных 9(45%) беременных ВМГ оказались малого объема, поэтому проводилась консервативное лечение с выжидательной тактикой и динамическим наблюдением. Всем беременным женщинам после совместного осмотра проводилось адекватное лечение, направленное на профилактику преэклампсии, продление беременности, улучшение функционирования фетоплацентарного комплекса, профилактика тромботических осложнений, применяли гепарин и низкомолекулярные гепарины. Следует отметить, что в остром периоде ГИ использование антикоагулянтов противопоказано.

Неврологический дефицит в качестве остаточных явлений ГИ зарегистрирован у 22 (53,6%) женщин. Часто проявляли в виде двигательных нарушений: монопарезы – в 8 наблюдениях (36,4%), гемипарезы – в 7 (31,8%), гипестезии у 5(22,7%) и аносмии у 2 (9,1%). Из обследованных у 3 женщин с сосудистыми аномалиями головного мозга верифицирована симптоматическая эпилепсия (7,3%) и применялось противосудорожное лечение с коррекцией дозы препарата с пролонгированием беременности. Согласно осмотру глазного дна у 18(43,9%) беременных выявлена признаки внутричерепной гипертензии. При анализе соматического статуса у беременных женщин обеих групп установлено, что почти все они имели различные экстрагенитальные патологии.

Таким образом, присутствие ГИ в периоде гестации, так же как и в анамнезе, не оказывает негативного влияния на течение и продолжительность родов. При выполнении самопроизвольных родов у 90% беременных женщин использовалась перидуральная анестезия, в остальных – лекарственное обезболивание. 69% новорожденные принимались в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, 1 ребенок родился в состоянии средней тяжести с оценкой 6/8 баллов. Надо подчеркнуть, что 10 детей, которые родились с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, на третьи сутки их ни состояние расценивалось как удовлетворительное.

Выводы. В заключении надо отметить, что улучшение ведения беременных женщин с острым нарушением мозгового кровообращения с адекватным решением при участии группы специалистов позволяет безопасно повысить частоту родов этих пациенток через естественные родовые пути. Суммируя вышеперечисленные, можно отметить, что своевременное выявление, правильное лечение церебральной патологии снизить процент ошибок в лечебной и акушерской тактике, что способствует сохранению беременности и рождению жизнеспособного ребенка.

Список литературы

1. Бакунц Г.О. Эндогенные факторы церебрального инсульта. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 360с.
2. Дашьян В.Г., Ефремова Н.М., Скворцова В.И. Принципы отбора для операции больных с геморрагическим инсультом // IV Съезд нейрохирургов России. – М.: 2018. – С. 258.
3. Ласков В.Б. Факторы риска, механизмы развития и виды инсульта при беременности. Возможности медикаментозной терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018; 3: 71-7.
4. Kuklina E.V., Tong X., Bansil P., George M.G., Callaghan W.M. Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 2004 to 2017: reasons for concern? Stroke. 2019; 42(9): 2564-70.
5. James A.H., Bushnell C.D., Jamison M.G., Myers E.R. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. Obstet. Gynecol. 2018; 106(3): 509-16.

Бобожонов М.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Актуальность. Эхинококкоз (*Echinococcus granulosus*) – одно из тяжелых хронических паразитарных заболеваний человека и животных (зооантропогельминтоз). В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ болезни. Сложившаяся тенденция обусловлена рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличившуюся миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь, в регионах, эндемичных по эхинококкозу, проблемы с диспансеризацией населения, в том числе в группах риска [2,4].

По данным ВОЗ из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Этот класс болезней остается ведущим в структуре причин смерти человечества в 21-м веке. Экономический ущерб от паразитарных болезней во всем мире исчисляется сотнями миллиардов долларов в год [4].

Территория Центральной Азии относится к регионам с повышенной заболеваемостью эхинококкозом. Уровень поражённости при этом составляет в среднем от 6 до 9 человек на 100 тыс. населения и имеет тенденцию к увеличению [2,4].

Ленточный червь—*Echinococcus granulosus* относится к эндопаразитическим глистам. Эхинококк в половозрелой стадии живет в тонкой кишке некоторых плотоядных животных: собака, волк и другие из семейства собачьих (окончательные хозяева). В стадии личинки—в органах и тканях около 70 видов травоядных и всеядных животных: крупный и мелкий рогатый скот, лошади, свиньи, верблюды, яки, козули и т. д. и человек (промежуточные хозяева). Яйца эхинококка имеют липкую поверхность, благодаря чему легко фиксируются к меху животного и другим объектам. Насекомые или птицы также служат механическими переносчиками. В ряде случаев факторами передачи эхинококкоза человеку могут стать молоко и кумыс, так как яйца эхинококка иногда попадают на вымя коров и кобылиц во время лежания их на траве, загрязненной фекалиями плотоядных животных [4].

По данным литературы основной причиной, поддерживающей высокий уровень заболеваемости населения эхинококкозом, являются больные сельскохозяйственные животные и собаки, которые считаются ведущими источниками инвазии населения и поддерживают высокий уровень заболеваемости. Фактором, обеспечивающим поддержание эхинококкоза в эндемических очагах, является наличие большого количества собак, бесконтрольное их приобретение и содержание. Имеется публикация случая заражения эхинококкозом собак, имевших доступ к больничным мусоросборникам, куда выбрасывали удаленные хирургическим путем пораженные кистами органы человека [1,4].

К местам редких локализаций эхинококковой кисты относится и головной мозг, частота поражения которого при эхинококкозе колеблется от 0,3% до 3-9,9%. [3,5].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в реабилитации больных эхинококкозом головного мозга, имеется ряд вопросов, привлекающих внимание исследователей. Прежде всего, это касается эпидемиологические и эпизоотологические исследования, которые позволяют судить об эпидемиологической ситуации и поражённости населения.

Цель исследования. Проанализировать эпидемиологическую и эпизоотологическую особенности эхинококкоза головного мозга в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения 48 больных из них детей - 32 (66,6 %) 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 и их обсуждение. 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%.

Таким образом, 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 с домашними животными. Дети школьного возраста играют с собаками, играя во дворе дома, и часто возятся с землей, предметами быта и т.д. По всей вероятности заражение детей могло произойти через загрязненную онкосферами почву и связано с не соблюдением правил личной гигиены.

В 13 (27,1%) наблюдениях имело место не соблюдение санитарно-гигиенических норм при частном забое домашних животных и подачи пораженных органов при кормлении собак.

В литературе описан случай заражения эхинококкозом собак, имевших доступ к больничным мусоросборникам, куда выбрасывали удаленные хирургическим путем пораженные кистами органы человека [4]. Учитывая это, в медицинских учреждениях младшим медицинским персоналом при сборе послеоперационных материалов (салфетки, шарики, эхинококковая жидкость, макропрепараты и др.) надо строго соблюдать профилактические санитарно-эпидемиологические меры. Необходимо достаточно тщательно обрабатывать эти материалы дезинфицирующими и антипаразитарными растворами, не выбрасывать в мусорные урны, к которым имеют доступ собаки и некоторые животные.

Выводы.

1. Наиболее инвазированны эхинококкозом головного мозга оказались жители Хатлонской области (39,6%) и

Районов республиканского подчинения (37,5%), в Согдийской области - почти 2 раза меньше (20,8%), а в Горно-Бадахшанской Автономной области - 19 раз меньше (2,1%).

2. Эхинококкоз головного мозга преимущественно поражает детей и взрослых в наиболее трудоспособном возрасте, которых следует отнести к группе риска.

3. Заболеванию подвержены лица, имеющие в анамнезе постоянный контакт с сельскохозяйственными животными и собаками.

Список литературы.

1. Аракельян Р.С. Эхинококкоз у детей в Астраханской области / Р.С. Аракельян, Т.Д. Ильюхина, Е.В. Хаймин // Опыт, традиции, инновации. – 2016. – С. 47-50.
2. Джаборов А.И. Распространённость эхинококкоза в Республике Таджикистан // Здоровоохранение Таджикистана. – 2013. №3. – С. 29-33.
3. Трофимова Т.Н. Эхинококкозные поражения головного мозга / Т.Н. Трофимова, Г.Т. Аманбаева // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 2 (7). – С. 37-46.
4. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва, РФ: Издательство «Династия». – 2016. – 288с.
5. Ali Baradan Bagheri. Cystic Echinococcosis A Rare Case of Brain Localization // Iran J Parasitol: Vol. 12. No. 1 Jan- Mar. – 2017. – P. 152-155.

Бокиев Ф.Б, Маликов М.Х, Худойдодов О.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

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

Актуальность. Использование современных диагностических методов исследования в последние годы привело к учащению частоты операций на органах брюшной полости и тем самым привело к росту число пациентов с вентральными грыжами. Наряду с ростом частоты операций на органах брюшной полости рос и число послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений, которые в ряде случаев способствуют развитию вентральных грыж [1,2].

Более сложным является коррекция послеоперационных грыж, развившиеся на фоне открытого ведения лапаротомной раны по поводу тотального перитонита. Длительное заживление раны, развитие мягкотканого дефицита в последующем способствуют появления больших и гигантских по объёму вентральных грыж, которые требуют особого подхода. Подобные грыжи исключительно требуют выполнения ненатяжных способов операции [3,4].

Таким образом, коррекция послеоперационных грыж на фоне дефицита мягких тканей передней брюшной стенки является сложной задачей, требующая применению более сложных способов герниопластики.

Цель исследования. Использование ненатяжных способов герниопластики при гигантских послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы. Размещения синтетических эндопротезов по способу inlay по поводу гигантских вентральных грыж выполнялась 17 пациентам.

Больные находились на лечение за период с 2010 по 2023 годы в отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, эндоскопической хирургии (15) республиканского научного центра сердечнососудистой хирургии и лечебно-диагностическом отделении (2) ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Из анамнеза и данных медицинских документаций было установлено, что у 17 пациентов развитие грыжи в послеоперационном периоде было обусловлено проведением санационной лапаростомией по поводу тотального перитонита и нагноения послеоперационной раны.

Сроки развития грыж после открытого ведения ран не превышали 4 месяцев, тогда как при рецидиве они варьировали от 3 месяцев до 1,2 года.

Предоперационная подготовка заключалась в ношение бандажа, соблюдение диеты, коррекции сопутствующих патологий в сроках от одного до 3 месяцев. Функция внешнего дыхания определяли всем пациентам, использовали рентгенографию брюшной полости, УЗИ и КТ.

Результаты и их обсуждение. Использованием УЗИ определяли размеры грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки вокруг грыжи, содержимое грыжи и наличия сопутствующих патологий органов брюшной полости и малого таза. Среди 17 пациентов двухсторонний гидросальпинкс больших размеров (1), миома матки (1) и хронический калькулёзный холецистит (1) имели место у 3 пациентов, что составило 17,6 %. Использованием КТ (15) определяли степень состоятельности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, определяли размеры грыжевых ворот, их содержимое, а также состояние органов брюшной полости и малого таза.

Средние размеры грыжи составили $15,8 \pm 1,1$ и $16,2 \pm 1,2$ см. При вычислении средних размеров грыжевых ворот в учет брали длину и ширину грыжевого дефекта. Разность внутрибрюшного давления измеряли путем вставления катетера в мочевого пузыря. Плотное сращение стенки желудка к мешку имелось в 2, петли тонкого кишечника – в 11 и толстого кишечника (при локализации грыжи ниже пупка) – в 4 наблюдениях.

Широкое рассечение измененных тканей осуществлялось в пределах здоровых участков по обеим бокам дефекта и тем самым осуществлялась мобилизация ворот и сращенных органов. Симультантные операции (реконструкция маточных труб, надрывагалищная ампутация матки и удаления желчного пузыря) была осуществлена 3 пациентам. Герниопластика в сочетании с реконструкцией маточных труб при гидросальпинксе и надрывагалищной ампутации

матки выполнили методикой абдоминопластики.

Протяженные размеры грыжевых ворот и отсутствия брюшины во всех наблюдениях явились исключительным показанием к выбору ненатяжной герниопластики.

Использовали одинаковые композитные полипропиленовые сетчатые протезы с гелиевым покрытием фирмы ParietexMedtronic(USA) разных размеров соответствующих грыжевым воротам. Размещение сеток осуществлялось по способу inlay.

В ближайший послеоперационный период нагноение раны имело место у одного пациента, что составило 5,8%. Осложнение было выявлено своевременно и активная санация с промыванием дважды в день раствором Вавегана (10%) дала хороший эффект.

У другого пациента на 4 сутки после операции при УЗИ было выявлено скопление жидкости (5,8%) над протезом, однократным пункционным способом была удалена жидкость с удачным исходом.

Динамическому наблюдению подвергались все оперированные пациенты. В сроках 6 и 12 месяцев повторное КТ исследование проводили 13 пациентам. Рецидив грыжи не был отмечен, хронический болевой синдром имел место у двух больных. Смену профессиональной деятельности до проведения операции подвергались 4 пациентов.

Таким образом, размещение сетчатого полимерного протеза по способу inlay при протяженных дефектах грыжевых ворот считается оптимальным вариантом реконструкции. Своевременное распознавание и устранение раневых воспалительных осложнений даёт хороший клинический эффект и тем самым предупреждает развития рецидива патологии в послеоперационном периоде.

Литература

1. Tanaka E.Y, Yoo J.H, Rodrigues A.J, Utiyama E.M, Birolini D, Rasslan S.A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. /Hernia. 2010;14:63-69.
2. Beck C.W, Holzman D, Sharp W.K, Nealon H.W, Dupont D.W, Poulouse K.B. Comparative effectiveness of hernia vs computed tomography in the diagnosis of incisional hernia. /J Am Coll Surg. 2013; 216(3):447-453.
3. Баранов А.И, Лецишин Я.М, Атаманов К.В, Мартынов А.А, Потехин К.В. Лапаростомия: история развития и технические аспекты выполнения. Сибирское медицинское обозрение. 2018;(3):34-42;
4. Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клиничко-анатомические наблюдения)./Сибирский медицинский журнал. 2013;3:113-117.

Бокиев Ф.Б, Маликов М.Х, Худойдодов О.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

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

Актуальность. Использование современных диагностических методов исследования в последние годы привело к учащению частоты операций на органах брюшной полости и тем самым привело к росту число пациентов с вентральными грыжами. Наряду с ростом частоты операций на органах брюшной полости рос и число послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений, которые в ряде случаев способствуют развитию вентральных грыж [1,2].

Более сложным является коррекция послеоперационных грыж, развившиеся на фоне открытого ведения лапаротомной раны по поводу тотального перитонита. Длительное заживление раны, развитие мягкотканого дефицита в последующем способствуют появления больших и гигантских по объёму вентральных грыж, которые требуют особого подхода. Подобные грыжи исключительно требуют выполнения ненатяжных способов операции [3,4].

Таким образом, коррекция послеоперационных грыж на фоне дефицита мягких тканей передней брюшной стенки является сложной задачей, требующая применению более сложных способов герниопластики.

Цель исследования. Использование ненатяжных способов герниопластики при гигантских послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы. Размещения синтетических эндопротезов по способу in lay по поводу гигантских вентральных грыж выполнялась 17 пациентам.

Больные находились на лечение за период с 2010 по 2023 годы в отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, эндоскопической хирургии (15) республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и лечебно-диагностическом отделении (2) ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино”.

Из анамнеза и данных медицинских документаций было установлено, что у 17 пациентов развитие грыжи в послеоперационном периоде было обусловлено проведением санационной лапаростомией по поводу тотального перитонита и нагноения послеоперационной раны.

Сроки развития грыж после открытого ведения ран не превышали 4 месяцев, тогда как при рецидиве они варьировали от 3 месяцев до 1,2 года.

Предоперационная подготовка заключалась в ношение бандажа, соблюдение диеты, коррекции сопутствующих патологий в сроках от одного до 3 месяцев. Функция внешнего дыхания определяли всем пациентам, использовали рентгенографию брюшной полости, УЗИ и КТ.

Результаты и их обсуждение. Использованием УЗИ определяли размеры грыжевых ворот, состояние мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки вокруг грыжи, содержимое грыжи и наличия сопутствующих патологий органов брюшной полости и малого таза. Среди 17 пациентов двухсторонний гидросальпинкс больших размеров (1), миома матки (1) и хронический калькулезный холецистит (1) имели место у 3 пациентов, что составило

17,6%. Использованием КТ (15) определяли степень состоятельности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, определяли размеры грыжевых ворот, их содержимое, а также состояние органов брюшной полости и малого таза.

Средние размеры грыжи составили $15,8 \pm 1,1$ и $16,2 \pm 1,2$ см. При вычислении средних размеров грыжевых ворот в учет брали длину и ширину грыжевого дефекта. Разность внутрибрюшного давления измеряли путем вставления катетера в мочевой пузырь. Плотное сращение стенки желудка к мешку имелось в 2, петли тонкого кишечника – в 11 и толстого кишечника (при локализации грыжи ниже пупка) – в 4 наблюдениях.

Широкое рассечение измененных тканей осуществлялось в пределах здоровых участков по обоим бокам дефекта и тем самым осуществлялась мобилизация ворот и сращенных органов. Симультантные операции (реконструкция маточных труб, надвлагалищная ампутация матки и удаления желчного пузыря) была осуществлена 3 пациентам. Герниопластика в сочетании с реконструкции маточных труб при гидросальпинксе и надвлагалищной ампутации матки выполняли методикой абдоминопластики.

Протяженные размеры грыжевых ворот и отсутствия брюшины во всех наблюдениях явились исключительным показанием к выбору ненатяжной герниопластики.

Использовали одинаковые композитные полипропиленовые сетчатые протезы с гелиевым покрытием фирмы Parietex Medtronic (USA) разных размеров соответствующих грыжевым воротам. Размещение сеток осуществлялось по способу in lay.

В ближайший послеоперационный период нагноение раны имело место у одного пациента, что составило 5,8%. Осложнение было выявлено своевременно и активная санация с промыванием дважды в день раствором Вавегана (10%) дала хороший эффект.

У другого пациента на 4 сутки после операции при УЗИ было выявлено скопление жидкости (5,8%) над протезом, однократным пункционным способом была удалена жидкость с удачным исходом.

Динамическому наблюдению подвергались все оперированные пациенты. В сроках 6 и 12 месяцев повторное КТ исследование проводили 13 пациентам. Рецидив грыжи не был отмечен, хронический болевой синдром имел место у двух больных. Смену профессиональной деятельности до проведения операции подвергались 4 пациентов.

Таким образом, размещение сетчатого полимерного протеза по способу in lay при протяженных дефектах грыжевых ворот считается оптимальным вариантом реконструкции. Своевременное распознавание и устранение раневых воспалительных осложнений даёт хороший клинический эффект и тем самым предупреждает развития рецидива патологии в послеоперационном периоде.

Литература

5. Tanaka E.Y., Yoo J.H., Rodrigues A.J., Utiyama E.M., Birolini D., Rasslan S.A. computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. /Hernia. 2010;14:63-69.
6. Beck C.W., Holzman D., Sharp W.K., Nealon H.W., Dupont D.W., Poulouse K.B. Comparative effectiveness of hernia vs computed tomography in the diagnosis of incisional hernia. /J Am Coll Surg. 2013; 216(3):447-453.
7. Баранов А.И., Лещинин Я.М., Атаманов К.В., Мартынов А.А., Потехин К.В. Лапаростомия: история развития и технические аспекты выполнения. Сибирское медицинское обозрение. 2018;(3):34-42;
8. Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клинко-анатомические наблюдения)./Сибирский медицинский журнал. 2013;3:113-117.

Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.

ИМКОНЯТИ НАВИ ТАБОБАТИ СИНУСҲОИ ОДОНТОГЕНӢ ДАР ЯҚҶОЯӢ БО ГИПЕРТРОФИЯИ САДАҶАҲОИ БИӢИ ОМЕХТА ШУДА

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2. Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон. Тоҷикистон.

Мухимият. Сабабҳои синуситҳои одонтогенӣ чоғи боло (СОЧБ) мувофиқи Whyte A., Boeddinghaus R. (2019) ҳисмҳои бегона дар шакли маводи пломбақунанда, порчаҳои дандонҳо, сурохиҳои поёни ҷавфҳои боло ва аутоинфексия ҳангоми ҷараёни илтиҳобӣ аз ҳолигоҳи даҳон пайдо шуданаш мумкин аст. Барои СОЧБ ҷойгиршавии яктарафаи раванди илтиҳобӣ, ки манбаи одонтогенӣ сироят дорад, ҳос аст. Дар яқҷояӢ, микдори синуситҳои перфоративӣ дар байни ҳама намудҳои СОЧБ 75% -ро ташкил медиҳад [5]. O.A. Ёсин-Қассаб et. el. (2020) қайд кард, ки анаэробҳои омехта *Fusobacterium* spp., *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus anginosus* барои СОЧБ бештар ҳосанд [4].

S. Peñarocha-Oltra ва дигарон (2020) таносуби мусбатро нишон медиҳанд: ҳатари бемории СОЧБ ҳангоми яқҷояӢ бо периодонтит 1,7 маротиба дар муқоиса бо бе ин таъсир ба роҳҳои болои нафаскашӣ афзоиш ёфтааст [3]. Дар вақтҳои охир дар бораи самаранокии муолиҷаи бемории гирифтори бемориҳои роҳҳои болои нафас бо доруҳои бактериофагӣ бештар нашриҳо пайдо шуданд. Маълумоти A. Drilling et.al. (2017) дар бораи таъсири литикии онҳо ба биопленкаҳои штамҳои тобовари *S. aureus* ва *P. Aeruginosa*, ки аз бемории гирифтори риносинусити музмин ҷудо карда шудаанд, оварда шудааст [1]. Дар таҳқиқотҳо маълумот дар бораи изолятҳои *S. aureus* аз бемории гирифтори риносинусити музмин, ки бо фагҳои зидди *S. aureus* табобат карда шудаанд оварда шудааст. Дар натиҷа, коҳиши массаи биопленка аз сабаби лизис қайд карда шуд, ки он инчунин бо афзоиши ададии титрҳои фаг барои ҳама ба ҷуз ин штамми омӯхташуда зоҳир шуд. Пайдоиши муқовимати фагҳо дар бактерияҳо ба қайд гирифта нашудааст. Дар дигар тадқиқотҳо A. Drilling et.al. (2017) як тадқиқоти шабеҳи ex vivo оид ба самаранокии коктейлҳои фагро бар зидди биопленкаҳои аз ҷониби *P. aeruginosa* аз бемории гирифтори риносинусити музмин офаридашуда гузарониданд. Пас аз таъсири коктейли фаг пас аз 24 ва 48 соат, биопленка то 76% массаи худро пас аз 48 соат гум кард. Ҳамчунин, афзоиши ададии титрҳои фаг низ барои ҳама, ба истиснои ин штамми омӯхташуда қайд карда шуд; падидаи

муковимати фагии бактерияҳо пайдо нашуд. Тадқиқотчиён ба ҳулосае омаданд, ки вояи ҳадди акалии фағҳо барои лизиси *in vitro* биопленкаҳои *P. aeruginosa*, ки аз беморони гирифтори риносинусити музмин парвариш карда шудаанд, потенциали баланд дорад [1]. Дар корҳои таҷрибавии минбаъдаи A. Drilling et. al дар соли 2017 самаранокӣ ва беҳатарии маъмурияти эндоанализи фағҳоро ба ҷавфҳои фронталии ғӯсфандон асоснок карданд. Аз ҷониби пардаҳои луобпардаи синусҳо ҳангоми табобати маҳаллии раванди илтиҳобӣ, таъсири бактериофағҳо дар тӯли зиёда аз ду ҳафта ба аксуламали илтиҳобӣ ё осеби бофтаҳои атроф оварда нарасонданд. Дар тадқиқотҳои муаллифон муайян карда шудааст, ки ҳангоми ба таври даҳонӣ қабул кардани доруҳои ҳангоми табобати фағҳо (ТФ), ин бактериофағҳо ба муҳити дохилии бадан дохил мешаванд. Ин далел, пеш аз ҳама, имкони табобати сироятҳои системавиро ба вуҷуд меорад; дуҷум, он дар табобати фағ дар гурӯҳи навзодон ва кӯдакон аз сабаби вуҷуд надоштан ё микдори ками антитело дар фағҳо ҳеле самаранок аст [1].

Дар асоси маълумот дар бораи патогенҳои ҳоси беморӣ, усули табобати СОЧБ терапияи антибиотик мебошад. Бо назардошти он, ки бактерияҳо механизмҳои беназири муковимат ба антибиотикҳоро ба вуҷуд овардаанд, олимони ба манфиатҳои ТФ дар табобати бемориҳои фасодиву илтиҳобӣ аҳамият доданд. Бисёри муаллифон мешуморанд, ки ТФ ҳеле беҳатар аст, афзоиши самаранокии истифодаи антибиотикҳоро дар айни замон таъмин мекунад, доруҳои нави синтезшудаи зиддимикробӣ буда, ҳамчун омилҳои охирини муҳофизат дар ҳолати муковимат ба бисёр маводи муҳаддири патогенро муҳофизат мекунад. SA. Strathdee ва дигарон (2022) таҳияи фағҳои табиӣ, тағироти генетикии онҳо ё фағҳои синтетикӣ тавсия медиҳанд, зеро ин як роҳ барои таҳқиқоти оянда аст. Омӯзиши таъсири зиддиилтиҳобии ТФ *in vitro* ва *in vivo* дар бемориҳои аллергӣ A. Gorski et.al. (2020) муайян кардааст, ки фағҳо метавонанд таъсири зиддиилтиҳобӣ дошта бошанд ва аксуламалҳои иммунии аберрантиро паҳн кунанд. Дар дигар мақолаҳо низ A. Górski ва дигарон (2020) ҳосиятҳои зиддиилтиҳобӣ ва иммуномодулятории фағҳоро қайд мекунанд [2]. Дар асари муаллифон бесамар будани табобати антибиотикро барои беморони риносинусит қайд мекунанд, ки бо ҷилавгирӣ аз равандҳои фагоситоз, зиёд шудани фаъолияти пероксидазаҳои берун аз ҳуҷайра, фаъолшавии ҷузъи нейтрофилии системаи иммунӣ, яъне зухуроти илтиҳобӣ дар луобпардаҳо давом доштанд. Муаллифон филтратҳои омехтаи фаголизатҳои стафилококкҳо, стрептококкҳо, энтерококкҳо, *Proteus*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* ва *Escherichia coli* барои табобати беморони риносинусит истифода бурданд. Таъсири мусбати ТФ бо беҳтар шудани фаъолияти пурраи фагоситоз зоҳир шуд, ки пастшавии шиддати илтиҳоб ва барқароршавии нишондиҳандаҳои системаи иммунии луобпардаи ҷавфҳо ва аломатҳои дахлдори мусбати манзараи клиникаи беморию тавсиф мекунад.

Мақсади омӯзиш. Омӯзиши ҷанбаҳои муосири истифодаи терапияи фағи (ТФ) дар муолиҷаи беморони гирифтори синуситҳои одонтогенӣ ҷоғи боло дар яқҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ.

Усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаҳои гӯш, гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» соли 2022 15 нафар беморони гирифтори СОЧБ бо патологияи садафаҳои бинӣ муоина карда шуданд. Синну соли беморон аз 20 то 50-сола буд. Аз ин шумора 4 нафар мард, 11 нафар зан буданд. Дар ҳамаи беморон амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ терапияи фағи (ТФ) истифода мешуд. Мо доруи пиобактериофағи «Секстофаг»-ро 20 мл × 1 маротиба дар як шабонарӯз барои 10 рӯз истифода бурдем, ки дар *per os* ва ба таври маҳаллӣ бо сӯзандору ба ковокии ҷавфи ҷоғи боло истифода мешуд. Мувофиқи он, табобати зарурии симптоматикӣ низ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона беморон аз душвории нафаскашии бинӣ, дар 10 нафар (66,6%) яктарафа ва дучониба дар 5 нафар (33,4%) шикоят карданд. Ҳама беморон коҳиши интиколи мукосилиарио дида мешуд. Дар 8 (53,3%) дараҷаи I, дар 6 (40%) дараҷаи II ва дар 1 (6,7%) бемор дараҷаи III муайян карда шуд. Дар 11 бемор (73,3%) вайроншавии функсияи бӯйфаҳмӣ дар шакли дараҷаҳои гуногуни гипоосмия ошкор карда шуд. Дар 12 бемор (80,4%) дараҷаи I-II ва дар 3 нафар (19,6%) дараҷаи II-III вайроншавии гузариши роҳҳои бинӣ муайян карда шудааст. Дар рӯзҳои якум ва дуҷуми ТФ беморон каме баланд шудани ҳарорати баданро эҳсос карданд. Мо инро ҳамчун реаксияи ҳоси организм ба маҳсулоти лизиси бактерияҳо дар зерӣ таъсири фағҳо ҳисоб мекардем. Дар рафти мушоҳида дар беморон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ расми эндоскопии пардаҳои луобпарда зуд муътадил гашта, вазифаҳои муҳофизатии ковокии биниро барқарор намуда, муҳлати табобат кӯтоҳ гардид.

Ҳулоса. Ҳамаи гуфтаҳои болоро таҳлил намуда, мо эътироф мекунем, ки яке аз проблемаҳои тезтунди ниғадории тандурустии муосир ин зухуроти муковимати бактерияҳо, ба аксари гурӯҳҳои антибиотикҳо мебошад. Истифодаи доруҳои бактериофағҳои даҳонӣ ва маҳаллӣ ҳангоми табобати синуситҳои одонтогенӣ ҷоғи боло дар яқҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ таъсири зиддиилтиҳобӣ, иммуномодуляторӣ доранд, муковиматро ба микроботи патогенӣ зиёд мекунад, самаранок ва беҳатар.

Адабиёт

1. Drilling AJ, Ooi ML, Miljkovic D, Craig J, Speck P, Vreugde S, Clark J, Wormald P-J. Long-Term Safety of Topical Bacteriophage Application to the Frontal Sinus Region. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2017;24:7-49. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2017.00049>
2. Gorski A, Jończyk-Matysiak E, Łusiak-Szelachowska M, Międzybrodzki R, Weber Dąbrowska B, Borysowski J. Phage therapy in allergic disorders? *Experimental Biology and Medicine*. 2018;243:6:534-537. <https://doi.org/10.1177/1535370218755658>
3. Peñarrocha-Oltra S, Soto-Peñaloza D, Bagán-Debón L, Bagán-Sebastián JV, Peñarrocha Oltra D. Association between maxillary sinus pathology and odontogenic lesions in patients evaluated by cone beam computed tomography. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020 Jan 1;25 (1):e34-48.
4. Yassin-Kassab A, Bhargava P, Tibbetts RJ, Griggs ZH, Peterson EI, Craig JR. Comparison of bacterial maxillary sinus cultures between odontogenic sinusitis and chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11:40-47.
5. Whyte A., Boeddinghaus R. Imaging of odontogenic sinusitis. *J. Clinical Radiology*. 2019 July Review Volume74, Issue 7, P503-516. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2019.02.012>

Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Эшпулатова С.С.
ИМКОНΙΑТИ НАВИ ТАБОБАТИ СИНУСИТҲОИ ОДОНТОГЕНӢ ДАР ЯҚҶОЯГӢ БО ГИПЕРТРОФИЯИ
САДАҶАҲОИ БИӢӢ ОМЕХТА ШУДА

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2. МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Мухимият. Сабабҳои синуситҳои одонтогении ҷоғи боло (СОҶБ) мувофиқи Whyte A., Boeddinghaus R. (2019) ҷисмҳои бегона дар шакли маводи пломбакунанда, порчаҳои дандонҳо, суроҳии поёни ҷавфҳои боло ва аутоинфексия ҳангоми ҷараёни илтиҳобӣ аз ҳолигоҳи даҳон пайдо шуданаш мумкин аст. Барои СОҶБ ҷойгиршавии яктарафаи раванди илтиҳобӣ, ки манбаи одонтогении сироят дорад, ҳос аст. Дар яқҷоягӣ, микдори синуситҳои перфоративӣ дар байни ҳама намудҳои СОҶБ 75% -ро ташкил медиҳад [5]. О.А. Ёсин-Кассаб et. al. (2020) қайд кард, ки анаэробҳои омехта *Fusobacterium* spp., *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus anginosus* барои СОҶБ бештар ҳосанд [4].

S. Peñarocha-Oltra ва дигарон (2020) таносуби мусбатро нишон медиҳанд: ҳатари бемории СОҶБ ҳангоми яқҷоягӣ бо периодонтит 1,7 маротиба дар муқоиса бо бе ин таъсир ба роҳҳои болои нафаскашӣ афзоиш ёфтааст [3]. Дар вақтҳои охир дар бораи самаранокии муолиҷаи беморони гирифтори бемориҳои роҳҳои болои нафас бо доруҳои бактериофагӣ бештар нашриҳо пайдо шуданд. Маълумоти A. Drilling et.al. (2017) дар бораи таъсири литикии онҳо ба биопленкаҳои штамҳои тобовари *S. aureus* ва *P. aeruginosa*, ки аз беморони гирифтори риносинусити музмин ҷудо карда шудаанд, оварда шудааст [1]. Дар таҳқиқотҳо маълумот дар бораи изолятҳои *S. aureus* аз беморони гирифтори риносинусити музмин, ки бо фагҳои зидди *S. aureus* табобат карда шудаанд оварда шудааст. Дар натиҷа, коҳиши массаи биопленка аз сабаби лизис қайд карда шуд, ки он инчунин бо афзоиши ададии титрҳои фаг барои ҳама ба ҷуз ин штамми омӯхташуда зоҳир шуд. Пайдоиши муқовимати фагҳо дар бактерияҳо ба қайд гирифта нашудааст. Дар дигар тадқиқотҳо A. Drilling et.al. (2017) як тадқиқоти шабеҳи ex vivo оид ба самаранокии коктейлҳои фагро бар зидди биопленкаҳои аз ҷониби *P. aeruginosa* аз беморони гирифтори риносинусити музмин офаридашуда гузарониданд. Пас аз таъсири коктейли фаг пас аз 24 ва 48 соат, биопленка то 76% массаи худро пас аз 48 соат гум кард. Ҳамчунин, афзоиши ададии титрҳои фаг низ барои ҳама, ба истиснои ин штамми омӯхташуда қайд карда шуд; падидаи муқовимати фагии бактерияҳо пайдо нашуд. Тадқиқотчиён ба ҳулосае омаданд, ки вояи ҳадди ақали фагҳо барои лизиси in vitro биопленкаҳои *P. aeruginosa*, ки аз беморони гирифтори риносинусити музмин парвариш карда шудаанд, потенциали баланд дорад [1]. Дар қорҳои таҷрибавии минбаъдаи A. Drilling et. al дар соли 2017 самаранокии ва бехатарии маъмурияти эндоназалии фағҳоро ба ҷавфҳои фронталии гӯсфандон асоснок карданд. Аз ҷониби пардаҳои луобпардаи синусҳо ҳангоми табobati маҳаллии раванди илтиҳобӣ, таъсири бактериофагҳо дар тӯли зиёда аз ду ҳафта ба аксуламали илтиҳобӣ ё осеби бофтаҳои атроф оварда нарасонданд. Дар тадқиқотҳои муаллифон муайян карда шудааст, ки ҳангоми ба таври дахонӣ қабул кардани доруҳо ҳангоми табobati фағҳо (ТФ), ин бактериофагҳо ба муҳити дохилии бадан дохил мешаванд. Ин далел, пеш аз ҳама, имкони табobati сироятҳои системавиро ба вучуд меорад; дуюм, он дар табobati фаг дар гурӯҳи навоздон ва кӯдакон аз сабаби вучуд надоштан ё микдори ками антители дар фағҳо хеле самаранок аст [1].

Дар асоси маълумот дар бораи патогенҳои ҳоси беморӣ, усули табobati СОҶБ терапияи антибиотик мебошад. Бо назардошти он, ки бактерияҳо механизмҳои беназири муқовимат ба антибиотикҳоро ба вучуд овардаанд, олимони ба манфиатҳои ТФ дар табobati бемориҳои фасодиву илтиҳобӣ аҳамият доданд. Бисёри муаллифон мешуморанд, ки ТФ хеле бехатар аст, афзоиши самаранокии истифодаи антибиотикҳоро дар айни замон таъмин мекунад, доруҳои нави синтезшудаи зиддимикробӣ буда, ҳамчун омилҳои охирини муҳофизат дар ҳолати муқовимат ба бисёр маводи муҳаддири патогенро муҳофизат мекунад. SA. Strathdee ва дигарон (2022) таҳияи фағҳои табиӣ, тағироти генетикии онҳо ё фағҳои синтетикиро тавсия медиҳанд, зеро ин як роҳ барои таҳқиқоти оянда аст. Омӯзиши таъсири зиддиилтиҳобии ТФ in vitro ва in vivo дар бемориҳои аллергияи A. Gorski et.al. (2020) муайян кардааст, ки фағҳо метавонанд таъсири зиддиилтиҳобӣ дошта бошанд ва аксуламалҳои иммунии аберрантиро паҳн кунанд. Дар дигар мақолаҳо низ A. Gorski ва дигарон (2020) ҳосиятҳои зиддиилтиҳобӣ ва иммуномодулятории фағҳоро қайд мекунанд [2]. Дар асари муаллифон бесамар будани табobati антибиотикро барои беморони риносинусит қайд мекунанд, ки бо ҷилавгирӣ аз равандҳои фагоситоз, зиёд шудани фаъолияти пероксидазаҳои берун аз ҳуҷайра, фаъолшавии ҷузъи нейтрофилии системаи иммунӣ, яъне зухуроти илтиҳобӣ дар луобпардаҳо давом доштанд. Муаллифон филтратҳои омехтаи фаголизатҳои стафилококкҳо, стрептококкҳо, энтерококкҳо, *Proteus*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* ва *Escherichia coli*ро барои табobati беморони риносинусит истифода бурданд. Таъсири мусбати ТФ бо бехтар шудани фаъолияти пурраи фагоцитоз зоҳир шуд, ки пастшавии шиддати илтиҳоб ва барқароршавии нишондиҳандаҳои системаи иммунӣ луобпардаи ҷавфҳо ва аломатҳои дахлдори мусбати манзараи клиникии беморию тавсиф мекунад.

Мақсади омӯзиш. Омӯзиши ҷанбаҳои муосири истифодаи терапияи фағи (ТФ) дар муолиҷаи беморони гирифтори синуситҳои одонтогении ҷоғи боло дар яқҷоягӣ бо гипертрофияи садаҷаҳои бинӣ.

Усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаҳои гӯш, гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» соли 2022 15 нафар беморони гирифтори СОҶБ бо патологияи садаҷаҳои бинӣ муоина карда шуданд. Синну соли беморон аз 20 то 50-сола буд. Аз ин шумора 4 нафар мард, 11 нафар зан буданд. Дар ҳамаи беморон амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ терапияи фағи (ТФ) истифода мешуд. Мо доруи пиобактериофаги «Секстофаг»-ро 20 мл × 1 маротиба дар як шабонарӯз барои 10 рӯз истифода бурдем, ки дар per os ва ба таври маҳаллӣ бо сӯзандору ба ковокии ҷавфӣ ҷоғи боло истифода мешуд. Мувофиқи он, табobati зарурии симптоматикӣ низ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми ворид шудан ба беморхона беморон аз душвории нафаскашӣ бинӣ, дар 10 нафар (66,6%) яктарафа ва дучониба дар 5 нафар (33,4%) шикоят карданд. Ҳама беморон коҳиши интиколи мукосилиарио дида мешуд. Дар 8 (53,3%) дараҷаи I, дар 6 (40%) дараҷаи II ва дар 1 (6,7%) бемор дараҷаи III муайян карда шуд. Дар 11 бемор (73,3%) вайроншавии функсияи бўйфаҳмӣ дар шакли дараҷаҳои гуногуни гипоосмия ошкор карда шуд. Дар 12

бемор (80,4%) дараҷаи I-II ва дар 3 нафар (19,6%) дараҷаи II-III вайроншавии гузариши роҳҳои бинӣ муайян карда шудааст. Дар рӯзҳои якум ва дуими ТФ беморон каме баланд шудани ҳарорати баданро эҳсос карданд. Мо инро ҳамчун реаксияи ҳоси организм ба маҳсулоти лизиси бактерияҳо дар зери таъсири фағҳо ҳисоб мекардем. Дар рафти мушоҳида дар беморон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ расми эндоскопии пардаҳои луобпарда зуд муътадил гашта, вазифаҳои муҳофизатии ковокии биниро барқарор намуда, муҳлати табобат кӯтоҳ гардид.

Хулоса. Ҳамаи гуфтаҳои болоро таҳлил намуда, мо эътироф мекунем, ки яке аз проблемаҳои тезтунди нигоҳдории тандурустии муосир ин зухуроти муковимати бактерияҳо, ба аксари гурӯҳҳои антибиотикҳо мебошад. Истифодаи доруҳои бактериофағҳои даҳонӣ ва маҳаллӣ ҳангоми табобати синуситҳои одонтогении ҷоғи боло дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ таъсири зиддиилтиҳобӣ, иммуномодуляторӣ доранд, муқовиматро ба микробиоти патогенӣ зиёд мекунад, самаранок ва беҳатар.

Адабиёт

6. Drilling AJ, Ooi ML, Miljkovic D, Craig J, Speck P, Vreugde S, Clark J, Wormald P-J. Long-Term Safety of Topical Bacteriophage Application to the Frontal Sinus Region. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2017;24:7-49. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2017.00049>
7. Gorski A, Jończyk-Matysiak E, Łusiak-Szelachowska M, Międzybrodzki R, Weber Dąbrowska B, Borysowski J. Phage therapy in allergic disorders? *Experimental Biology and Medicine*. 2018;243:6:534-537. <https://doi.org/10.1177/1535370218755658>
8. Peñarrocha-Oltra S, Soto-Peñaloza D, Bagán-Debón L, Bagán-Sebastián JV, Peñarrocha-Oltra D. Association between maxillary sinus pathology and odontogenic lesions in patients evaluated by cone beam computed tomography. A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020 Jan 1;25 (1):e34-48.
9. Yassin Kassab A, Bhargava P, Tibbetts RJ, Griggs ZH, Peterson EI, Craig JR. Comparison of bacterial maxillary sinus cultures between odontogenic sinusitis and chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11:40-47.
10. Whyte A., Boeddinghaus R. Imaging of odontogenic sinusitis. *J, Clinical Radiology*. 2019 July Review Volume 74, Issue 7, P503-516. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2019.02.012>

Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.

К ВОПРОСУ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОДОНТОГЕННЫМИ СИНУСИТАМИ, СОЧЕТАННЫМИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».

Таджикистан.

Актуальность. Одонтогенный верхнечелюстной синусит по данным многих исследователей составляет 10-14% всех видов воспалительных заболеваний гайморовой пазухи. Однако в настоящее время появились сообщения о увеличении частоты до 40% [1]. Одним из главных факторов, по- нашему мнению, являются связи между зубочелюстной патологией и широким оказанием различного спектра стоматологических процедур в результате чего отмечаются ятрогенные осложнения. Основной причиной ОВЧС является воспалительные процессы слизистых оболочек верхнечелюстных пазух, одной из которых является нарушение костной мембраны нижней стенки пазухи [1, 4]. При проведении удаления зубов, либо в результате возможного смещения в полость пазухи фрагмента его корня, появлении ороантрального свища и хирургических вмешательствах по его пластике, неэффективной пломбировке корней и эндодонтического лечения, при травмах костей верхней челюсти, операциях по типу синус-лифтинга или установке имплантата, возможно развитие периимплантита. В исследованиях многих авторов ятрогенные причины составляют около 56% развития ОВЧС.

При инфекционных заболеваниях с вовлечением тканей вокруг зуба развивается пародонтит, то есть дисбиотическое воспалительное заболевание приводящее к потере прикрепления и потере костной массы зуба. Возникновение заболевания связано с генетически обусловленными факторами, вторичной предрасположенностью, наличием вредных привычек людей и экологией окружающей среды. Показатели распространённости заболевания пародонта до 50%, среди взрослого населения характерно для лёгкой и среднетяжелой форм. Для тяжёлой формы характерен подъём заболевания в период от 30 до 40 лет, что является основной причиной потери зуба [3,5].

Цель исследования. Выявить связи между зубочелюстной патологией и одонтогенными верхнечелюстными синуситами сочетанными (ОВЧС) с гипертрофией носовых раковин.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделении НМЦ РТ "Шифобахш" с 2018 по 2022 год обследовано 52 больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ОВЧС) сочетанными с гипертрофией носовых раковин, которым была проведена компьютерная томография околоносовых пазух в режиме 3D изображения. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет, средний возраст больных составил (34,16±0,57) лет, из них мужчин – 25 (48,07 %) больных, женщин – 27 (51,92 %) пациентов. Пациенты при поступлении в стационар предъявляли жалобы на общую слабость и повышение температуры тела – 45 (86,53 %) пациентов, лицевая боль – 30 (68,19 %) больных, заложенность носа, выделения из носа – 48 (92,30%) пациентов. Больные поступали на (7,55±0,81) день от начала заболевания. При стоматологическом обследовании было выявлено, как причина ОВЧС: наличие кариеса зубов и явления периодонтита зубов верхней челюсти у 20 (39,4%) пациентов, инородные тела верхнечелюстной пазухи (пломбировочного материала, гематомы при травмах) – у 8 (15,38%) пациентов; одонтогенные кисты – у 2 (3,84%) больных. Другие причины ятрогенного характера, которые диагностировались у 22 (41,38 %) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические проявления риногенного и одонтогенного синусита практически имеют много общего. В связи с этим лучевые методы исследования имеют фундаментальную основу, а компьютерная томография с визуализацией в режиме 3D является «золотым стандартом» для точной диагностики заболевания [4]. По данным С.О. de Lima et. al., (2017) выявлено, что риск развития хронического гайморита тем выше,

чем короче расстояние, отделяющее инфицированные корни зуба к гайморовой пазухе. При увеличении данного расстояния напротив, отмечалось снижение риска в 2,5 раза ($p<0,05$) [2].

Исследователи Sonia Peñarrocha-Oltra et. al., (2020) отметили положительную корреляцию: риск заболевания ОВЧС при сочетании с заболеванием периапикальных поражений (PALs) возрастал в 1,7 раза, в сравнение без данного воздействия на ВЧП. Авторы по данным КЛКТ отметили также взаимосвязи с утолщением мембраны пазухи (ТСМ) и ОВЧС. При воздействии заболевания PALs на ВЧП увеличивается в 2,4 раза проявления ТСМ, соответственно, увеличивает возможность риска развития ТСМ на 24,3%, в отличие от интактных ВЧП от влияния PALs. [3]. М.Н. Rey-Martínez, et.al. (2022) акцентируют важность стоматологического лечения и ятрогенные факторы, как одна из основных причин развития ОВЧС. Отмечают, что преобладающими возможными факторами способствующими развитию ОВЧС были, утолщения мембраны пазухи при пародонтите (47,1%), апикальной патологии (23,5%), эндодонтическом лечении (23,5%), установка имплантатов через дно верхнечелюстной пазухи (9,8%), методы синус-лифтинга (6,2%) и удаление зубов, как причина ороантрального сообщения (5%) случаях.

Выводы. Преобладающими факторами способствующими развитию ОВЧС являются утолщения мембраны пазухи при пародонтите, апикальной патологии, эндодонтическом лечении. Наиболее распространенной ятрогенной причиной одонтогенного верхнечелюстного синусита является удаление зуба и установка имплантатов

Список литературы.

1. Little, R.E. Odontogenic sinusitis: A review of the current literature / R.E Little, C.M. Long, T.A. Loehrl, D.M. Poetker, // Laryngoscope Investig. Otolaryngol. **2018**, 3, 110–114. [CrossRef]
2. de Lima, C.O. Correlation between Endodontic Infection and Periodontal Disease and Their Association with Chronic Sinusitis: A Clinical-tomographic Study. / C.O. de Lima, K.L. Devito, L.R. Baraky Vasconcelos, M.D. Prado, C.N. Campos, // J. Endod. **2017**, 43, 1978–1983. [CrossRef]
3. Peñarrocha-Oltra, S. Association between maxillary sinus pathology and odontogenic lesions in patients evaluated by conebeam computed tomography. A systematic review and meta-analysis. / S. Peñarrocha-Oltra, D. Soto-Peñaloza, L. Bagán-Debón, J.V. Bagan, D. Peñarrocha-Oltra, // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal **2020**, 25, e34–e48. Biology **2022**, 11, 165 13 of 15. [CrossRef] [PubMed]
4. Pokorny, A. Clinical and radiologic findings in a case series of maxillary sinusitis of dental origin./ A. Pokorny, R. Tataryn, // Int. Forum Allergy Rhinol. **2013**, 3, 973–979. [CrossRef]
5. Rey-Martínez, M.H. Analysis of the Radiological Changes of the Sinus Membrane Using Cone Beam Computed Tomography and Its Relationship with Dental Treatments. A Retrospective Study. / M.H. Rey-Martínez, P.L. Ruiz-Sáenz, N. Martínez-Rodríguez, C. Barona-Dorado, C. Meniz-García, J. Cortés-Bretón Brinkmann, J.A. Suárez-Quintanilla, J.M. Martínez-González //Biology **2022**, 11, 165. <https://doi.org/10.3390/biology11020165>

Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.

К ВОПРОСУ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОДОНТОГЕННЫМИ СИНУСИТАМИ СОЧЕТАННЫМИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Актуальность. Одонтогенный верхнечелюстной синусит, по данным многих исследователей, составляет 10–14% всех видов воспалительных заболеваний гайморовой пазухи. Однако в настоящее время появились сообщения о увеличении частоты до 40% [1]. Одним из главных факторов, по- нашему мнению, является связь между зубочелюстной патологией и широким оказанием различного спектра стоматологических процедур, в результате чего отмечаются ятрогенные осложнения. Основной причиной ОВЧС являются воспалительные процессы слизистых оболочек верхнечелюстных пазух, одной из которых является нарушение костной мембраны нижней стенки пазухи [1, 4]. При проведении удаления зубов, либо в результате возможного смещения в полость пазухи фрагмента его корня, появлении ороантрального свища и хирургических вмешательствах по его пластике, неэффективной пломбировке корней и эндодонтического лечения, при травмах костей верхней челюсти, операциях по типу синус-лифтинга или установке имплантата, возможно развитие периимплантита. В исследованиях многих авторов ятрогенные причины составляют около 56% развития ОВЧС.

При инфекционных заболеваниях с вовлечением тканей вокруг зуба развивается пародонтит, то есть дисбиотическое воспалительное заболевание, приводящее к потере прикрепления и потере костной массы зуба. Возникновение заболевания связано с генетически обусловленными факторами, вторичной предрасположенностью, наличием вредных привычек людей и экологией окружающей среды. Показатели распространенности заболевания пародонтом до 50%, среди взрослого населения характерно для легкой и среднетяжелой формах. Для тяжелой формы характерен подъем заболевания в период от 30 до 40 лет, что является основной причиной потери зуба [3,5].

Цель исследования. Выявить связи между зубочелюстной патологией и одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ОВЧС) сочетанными с гипертрофией носовых раковин.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделении НМЦ РТ "Шифобахш" с 2018 по 2022 год обследовано 52 больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ОВЧС), сочетанными с гипертрофией носовых раковин, которым была проведена компьютерная томография околоносовых пазух в режиме 3D изображения. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет, средний возраст больных составил $(34,16 \pm 0,57)$ года, из них мужчин – 25 (48,07 %) больных, женщин – 27 (51,92 %) пациенток. Пациенты при поступлении в стационар предъявляли жалобы на общую слабость и повышение температуры тела – 45 (86,53 %) пациентов, лицевая боль – 30 (68,19 %) больных, заложенность носа,

выделения из носа – 48 (92,30%) пациентов. Больные поступали на (7,55±0,81) день от начала заболевания. При стоматологическом обследовании была выявлена причина ОВЧС: наличие кариеса зубов и явления периодонтита зубов верхней челюсти у 20 (39,4%) пациентов, инородные тела верхнечелюстной пазухи (пломбировочного материала, гематомы при травмах) – у 8 (15,38%) пациентов; одонтогенные кисты – у 2 (3,84%) больных. Другие причины ятрогенного характера, которые диагностировались у 22 (41,38 %) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические проявления риногенного и одонтогенного синусита практически имеют много общего. В связи с этим лучевые методы исследования имеют фундаментальную основу, а компьютерная томография с визуализацией в режиме 3D является «золотым стандартом» для точной диагностики заболевания [4]. По данным С.О. de Lima et. el. (2017), выявлено, что риск развития хронического гайморита тем выше, чем короче расстояние, отделяющее инфицированные корни зуба к гайморовой пазухе. При увеличении данного расстояния, напротив, отмечалось снижение риска в 2,5 раза ($p<0,05$) [2].

Исследователи Sonia Peñarrocha-Oltra et. el. (2020), отметили положительную корреляцию: риск заболевания ОВЧС при сочетании с заболеванием периапикальных поражений (PALs) возрастал в 1,7 раза, по сравнению без данного воздействия на ВЧП. Авторы по данным КЛКТ отметили также взаимосвязь с утолщением мембраны пазухи (TCM) и ОВЧС. При воздействии заболевания PALs на ВЧП увеличивается в 2,4 раза проявление TCM, соответственно увеличивает возможность риска развития TCM на 24,3% в отличие от интактных ВЧП от влияния PALs. [3].

М.Н. Rey-Martínez et.al. (2022), акцентируют важность стоматологического лечения и ятрогенных факторов, как одной из основных причин развития ОВЧС. Авторы отмечают, что преобладающими возможными факторами, способствующими развитию ОВЧС, были утолщение мембраны пазухи при пародонтите (47,1%), апикальной патологии (23,5%), эндодонтическом лечении (23,5%), установке имплантатов через дно верхнечелюстной пазухи (9,8%), методы синус-лифтинга (6,2%) и удаление зубов, как причина ороантрального сообщения в 5% случаев.

Выводы. Преобладающими факторами, способствующими развитию ОВЧС, является утолщения мембраны пазухи при пародонтите, апикальной патологии, эндодонтическом лечении. Наиболее распространенной ятрогенной причиной одонтогенного верхнечелюстного синусита является удаление зуба и установка имплантатов.

Литература

1. Little, R.E. Odontogenic sinusitis: A review of the current literature / R.E Little, C.M. Long, T.A. Loehrl, D.M. Poetker, // Laryngoscope Investig. Otolaryngol. **2018**, 3, 110–114. [CrossRef].
2. de Lima, C.O. Correlation between Endodontic Infection and Periodontal Disease and Their Association with Chronic Sinusitis: A Clinical-tomographic Study. / C.O. de Lima, K.L. Devito, L.R. Baraky Vasconcelos, M.D. Prado, C.N. Campos, // J. Endod. **2017**, 43, 1978–1983. [CrossRef].
3. Peñarrocha-Oltra, S. Association between maxillary sinus pathology and odontogenic lesions in patients evaluated by cone-beam computed tomography. A systematic review and meta-analysis. / S. Peñarrocha-Oltra, D. Soto-Peñaloza, L. Bagán-Debón, J.V. Bagan, D. Peñarrocha-Oltra, // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal **2020**, 25, e34–e48. Biology **2022**, 11, 165 13 of 15. [CrossRef] [PubMed].
4. Pokorny, A. Clinical and radiologic findings in a case series of maxillary sinusitis of dental origin./ A. Pokorny, R. Tataryn, // Int. Forum Allergy Rhinol. **2013**, 3, 973–979. [CrossRef].
5. Rey-Martínez, M.H. Analysis of the Radiological Changes of the Sinus Membrane Using Cone Beam Computed Tomography and Its Relationship with Dental Treatments. A Retrospective Study. / M.H. Rey-Martínez, P.L. Ruiz-Sáenz, N. Martínez-Rodríguez, C. Barona-Dorado, C. Meniz-García, J. Cortés-Bretón Brinkmann, J.A. Suárez-Quintanilla, J.M. Martínez-González //Biology **2022**, 11, 165. <https://doi.org/10.3390/biology11020165>.

Бухер М.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

РЖД Медицина г. Екатеринбург РФ

Актуальность. На сегодняшний день в РФ существуют два документа регламентирующие оказание помощи пациентам с опухолями околоушных слюнных желез (злокачественные опухоли слюнных желез и доброкачественных опухолях вместе с опухолеподобными поражениями слюнной железы).

К сожалению – большинство рекомендаций четко не отвечают на возникающие перед практическими хирургами вопросами:

Какой диагностический поиск будет оптимален/идеален? А нужно ли вообще удалять? В каком объеме объеме «удалять»? Зачастую объем определяется «традициями» отделения. Важно заранее стараться придерживаться существующей в мире терминологии относящейся ко всем аспектам диагностики и лечения. Мы постарались собрать их воедино.

Определение гистологической принадлежности основывается на двух руководствах ВОЗ: WHO Classification of Head and Neck Tumours WHO Classification of Tumours, 4th Edition, Volume 9 Edited by El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ 2017 и Soft Tissue and Bone Tumours WHO Classification of Tumours, 5th Edition, Volume 3 2020. Выделяют около 15 доброкачественных и более 20 злокачественных новообразований.

Но гистологическая принадлежность опухоли выступает на первый план после операции, а отвечать на вышепоставленные вопросы надо после осмотра пациента. Не так давно образованное “Международное общество по изучению слюнных желез” фактически выпустило один формуляр: Classification of parotidectomies: a proposal of the European Salivary Gland Society

Цель исследования. Современные подходы к хирургическому лечению опухолей околоушной слюнной железы.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено проспективно на больных с доброкачественными опухолями околоушных слюнных желез в РЖД «Медицина» г. Екатеринбург РФ с 2020 года по 2023 год. Средний возраст составил 45-60 лет. В данном исследовании приняли участие 22 человека (12-мужчин 54,5%, 10-женщины 45,5%).

Согласно нему, номенклатурно существует два типа вмешательств.

- Экстракапсулярная диссекция (ECD), при которой не проводится диссекция лицевого нерва и/или удалено менее одного уровня
- Паротидэктомия это операция при которой проведена диссекция лицевого нерва и удалено более одного уровня

В целом на протяжении последних двух десятилетий имеется тенденция к «уменьшению объема» вмешательства и проведения экстракапсулярной диссекции.

Диагностика опухолей околоушных слюнных желез:

Неинвазивная диагностика:

Важнейшим инструментом в выборе метода обследования являются рекомендации Американской коллегии радиологов:

American College of Radiology
ACR Appropriateness Criteria®
Neck Mass/Adenopathy 2018

Variant 3: Parotid region mass(es). Initial imaging.		
Procedure	Appropriateness Category	Relative Radiation Level
CT neck with IV contrast	Usually Appropriate	***
MRI neck without and with IV contrast	Usually Appropriate	○
US neck	Usually Appropriate	○
MRI neck with parotid sialography without and with IV contrast	May Be Appropriate	○
MRI neck with parotid sialography without IV contrast	May Be Appropriate	○
MRI neck without IV contrast	May Be Appropriate	○
CT neck without IV contrast	May Be Appropriate	***
Fluoroscopy sialography parotid	May Be Appropriate (Disagreement)	Varies
CT neck with parotid sialography	Usually Not Appropriate	***
CT neck without and with IV contrast	Usually Not Appropriate	***
CTA neck with IV contrast	Usually Not Appropriate	***
FDG-PET/CT skull base to mid-thigh	Usually Not Appropriate	***
FDG-PET/MRI skull base to mid-thigh	Usually Not Appropriate	***
MRA neck without and with IV contrast	Usually Not Appropriate	○
MRA neck without IV contrast	Usually Not Appropriate	○
Arteriography cervicocerebral	Usually Not Appropriate	***

МРТ мягких тканей без контрастирования для первичной диагностики непальсирующих образований околоушно-жевательной области, дает исчерпывающую информацию о локализации опухоли, включая глубокую долю, не неся лучевой нагрузки, позволяя дифференцировать опухолевую ткань от паренхимы железы, лимфоузлов, выводных протоков за счет хорошего контраста мягких тканей.

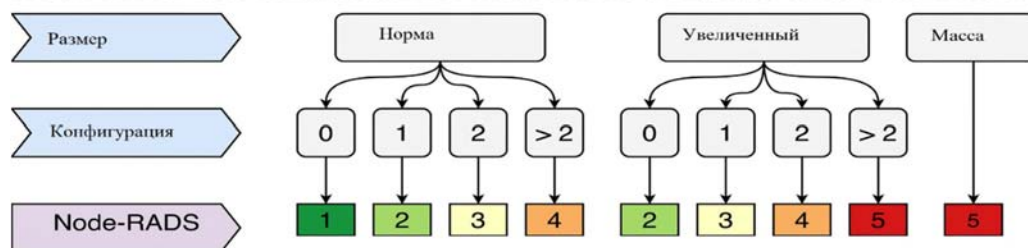
Значительно превосходит другие методы при выявлении патологий не требующие хирургического вмешательства (лимфопролиферативные заболевания, амилоидоз, ВИЧ-ассоциированные болезни слюнных желез).

УЗИ мягких тканей, вопреки общепринятой тактике, в настоящее время рассматривается как инструмент навигации при проведении тонкоигольных/трепанбиопсий. Абсолютным недостатком метода является невоспроизводимость (вне УЗИ кабинета) и оператор-зависимость.

До недавнего времени пациенту проводилось несколько исследований: одно для выявления опухоли слюнной железы, другое для оценки состояния лимфоузлов шеи (чаще УЗИ), при этом нетривиальной задачей становился поиск УЗИ специалиста умеющий «точно сказать», что лимфоузел метастатически изменен.

В 2020 году была представлена система стандартизации оценки лимфоузлов

Node-RADS 1.0: Standardized Assessment of Lymph Nodes in Cancer



Размер. Выбираем только одну категорию		
Норма по короткой оси.	Увеличенный	Масса
Общие: < 10 мм Паховые: < 15 мм Линейные, околоушные, заушные, передние яремные, затылочные, злотовые: < 5 мм Кардио-диафрагмальные, ретрокуральные, заирательные, мезорекральные: < 5 мм	Увеличенный, по не масса ≥ 2 мм в сравнении с предыдущими данными, если возможно	≥ 30 мм

Конфигурация. Выбираем один из признаков в каждой категории и суммируем		
Текстура	Контуры	Край
Гомогенная 0	Гладкие 0	Любая форма с жиром и воротами 0
Гетерогенная 1	Нерегулярные или слабо дифференцируемые 1	Бобовидная форма или овальная без жира в воротами 0
Фокальный некроз 2		Сферическая форма без жира и воротами 1
Грубый некроз 3		
«Специфические» изменения 3		

«Специфические» изменения: кистозная перестройка, кальцификация (тиснодный рак), муцинозная структура (муцинозная аденокарцинома).

Система интерпретации и протоколирования визуализации лимфоузлов 1.0 (Node-RADS) стандартизирует оценку и описание вероятности поражения лимфоузлов. Данная система позволяет выявить распространенность метастазов как в регионарные (N), так и в отдаленные лимфоузлы (M), позволяет различать увеличение лимфоузлов в следствии доброкачественной гиперплазии, подходит как для МРТ без контрастирования, так и для КТ с контрастированием.

Инвазивная диагностика: Основой является цитологическое исследование на основании тонкоигольной аспирационной биопсии (иглами 21G, 23G).

Мы предпочитаем проводить забор материала при помощи FNA gun, что значительно повышает объем и качество получаемого клеточного материала.

Окраска – гематоксилин-эозин. Способ приготовления- традиционный препарат.

В 2015 году была представлена миланская классификация цито патологической отчетности (в 2023 году- второе издание)- MSRSGS.

Ее цель минимизировать расхождение между цитологическим и гистологическим заключением, способствовать унифицированной лечебной тактике, а также получение возможности интерпретировать результат разных лабораторий.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования и данных литературы опухоли слюнных желез составляют 1-2 % новообразований тела человека. По данным А.И. Пачеса наиболее часто опухолевым процессам поражаются околоушные (90%), реже поднижнечелюстные (5%), подъязычные (0,1%) и малые слюнные (4,9%) железы. В ходе исследования наиболее часто встречался полиморфная аденома в 47,3% случаев, монморфная аденома в 6,8% случаев.

Все доброкачественные опухоли околоушной слюнной железы после диагностики удаляли хирургическим методом с капсулой кроме полиморфной аденомы ее удаляли с частичной резекции околоушной слюнной железы. На наш взгляд данная операция может проводиться при образованиях при подвижных, безболезненных образованиях поверхностной доли околоушной слюнной железы, не прилежащих к основному стволу лицевого нерва, MSRSGC 4A, Node-RADS1,2[4]

Выводы: Необходимо помнить о наличии патологий околоушной слюнной железы не требующих хирургического вмешательства:

1. Предпочтительный метод диагностики образований околоушной области- МРТ без контрастирования;
2. Оценка лимфоузлов (уже) не требует дополнительного УЗИ исследования;
3. Необходимый и (в большинстве случаев) достаточный метод верификации тонкоигольная аспирационная биопсия. Заключение гистолога желательно должно быть оформлено в соответствии с MSRSGC;
4. Объем вмешательства не должен основываться исключительно на традициях учреждения;
5. Унификация терминологии оперативных вмешательств позволят в будущем сравнивать результаты.

Литература:

1. Маттео Кьяпаско. Хирургическая стоматология. Клинические протоколы / М. Кьяпаско // М.: Практическая медицина. –2023. – С 43-44.
2. Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина. Оперативная хирургия полости рта и челюстно-лицевой области / Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина // Москва «ГЭОТАР-Медиа». –2022. –С. 675-676.
3. Шакиров М.Н., Олимов А.М. Изучение возможностей применения автономных электростимуляторов желудочно-кишечного тракта при лечении больных с заболеваниями слюнных желез // М.Н. Шакиров, А.М. Олимов // Матер. науч. прак. конф. ГОУ «ИПО в СЗРТ» 2015. Душанбе С.150-151
4. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А. и др. Заболевания и повреждения слюнных желез // Москва «Медицина» 1987, С-138.
5. Thomas B.L., Brown J.E., McGurk M. Salivary gland disease. Front Oral Biol.2010; 14: 129-46.

Вафоева Н.В., Каримова Д.Г.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ В ПЕРВОМ, ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Актуальность. У беременных при острых респираторных инфекциях повышена вероятность тяжелого течения и внезапного развития критического состояния, которая обусловлена особенностями физиологического состояния сердечно-легочной и иммунной системы [1,2].

В среднем у каждой десятой беременной инфекционное заболевание осложняется вирусно-бактериальной пневмонией - 9,4 %, из них в состоянии крайней степени тяжести («near miss» – едва не умершие) окажется 8,89 % пациенток [1,2]. В ситуации с коронавирусной инфекцией, то частота тяжелых форм (вирусных и вирусно-бактериальных пневмоний) диагностируется в 20% случаев и у каждой четвертой (5%) в дальнейшем возникнет критическое состояние, связанное с развитием ОРДС, либо других критических осложнений [3,4]. Процент смертности при осложненных формах от инфекции SARS-CoV-2 среди беременных может достигать 25% [4,5].

Цель исследования. Изучить влияние триместра беременности на вероятность возникновения и форму клинического течения SARS-COV-2-ассоциированных пневмоний

Материал и методы исследования. Было обследовано 70 беременных женщин со среднетяжелым, тяжелым и критическим течением SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний. Объем 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. Из 70 беременных на момент госпитализации в первом триместре

SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии возникли всего у 6 (8,6%) поступивших беременных. Количество беременных, у которых SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии возникли во втором триместре, равнялось 17 (24,3%). Наибольшее количество случаев развития SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных наблюдалось в третьем триместре – 47 (67,1%).

Таким образом, с возрастанием срока беременности увеличивается прямо пропорционально риск развития SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Следующим аспектом исследования стало определение влияния срока гестации на вероятность развития различных клинических форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных. В таблице 2 представлено распределение беременных первого триместра беременности на момент возникновения заболевания с учетом степени тяжести SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний (табл. 2).

Таблица 1. Распределение беременных первого триместра беременности на момент возникновения заболевания с учетом степени тяжести SARS-CoV-2-ассоциированной пневмонии

КОЛИЧЕСТВО БЕРЕМЕННЫХ 1 триместр (до 16 недель)	Степени тяжести пневмонии					
	Пневмония средней степени тяжести	Пневмония тяжелой степени	Осложненная пневмония	p (1-2)	p (1-3)	p (2-3)
Абс – 6	4	1	1			
100,0%	66,6	16,7	16,7	$p_c - p_t > 0,05^*$	$p_c - p_o > 0,05^*$	$p_t - p_o > 0,05^*$

Примечание: p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – статистическая значимость различия показателей между соответствующими группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Как видно из таблицы 1 у беременных первого триместра пневмонии среднетяжелого течения диагностировались у большинства заболевших 4 (66,6%). SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии тяжелого и осложненного течения у беременных первого триместра беременности отмечались в три раза меньше по сравнению с среднетяжелыми формами 1 (16,7%) и 1 (16,7%) соответственно.

Таким образом, ранний срок беременности не является фактором риска развития тяжелых и осложненных форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

При изучении этого вопроса у беременных второго триместра, мы получили несколько иные результаты (табл. 3).

Таблица 2. Распределение беременных второго триместра беременности на момент возникновения заболевания с учетом степени тяжести SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний

КОЛИЧЕСТВО БЕРЕМЕННЫХ 2 триместр (с 16 до 28)	Степени тяжести пневмонии					
	Пневмония средней степени тяжести	Пневмония тяжелой степени	Осложненная пневмония	p (1-2)	p (1-3)	p (2-3)
Абс – 17	7	2	8			
100,0%	41,2	11,8	47,1	$p_c - p_t > 0,05^*$	$p_c - p_o > 0,05$	$p_t - p_o < 0,05^*$

Примечание: p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – статистическая значимость различия показателей между соответствующими группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Из общего количества заболевших беременных второго триместра гестации 17 (100%) SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии среднетяжелого течения отмечались в 7 (41,2%) случаях. Тяжелые формы встречались в 4 раза меньше по сравнению с первой и третьей клинической группой – 2 (11,8%). Наиболее высокий удельный вес составила третья клиническая группа – группа осложненных пневмоний 8 (47,1%). Она превышала данные первой группы, но наибольшая разница определялась между второй и третьей группой (в 4 раза), различие которой в сравнении со второй группой к тому же носила достоверный характер $p_t - p_o < 0,05^*$.

Таким образом, второй триместр беременности является фактором риска развития осложненных форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Аналогичная тенденция отмечалась и в группе пневмоний, которые возникли у беременных в третьем триместре беременности (табл.4).

Таблица 3. Распределение беременных третьего триместра беременности на момент возникновения заболевания с учетом степени тяжести SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний

КОЛИЧЕСТВО БЕРЕМЕННЫХ 3 триместр (с 28 до 40)	Степени тяжести пневмонии					
	Пневмония средней степени тяжести	Пневмония тяжелой степени	Осложненная пневмония	p (1-2)	p (1-3)	p (2-3)
Абс – 47	23	8	16			
100,0%	48,9	17,0	34,0	$p_c - p_t < 0,001$	$p_c - p_o > 0,05$	$p_t - p_o > 0,05$

Примечание: p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} – статистическая значимость различия показателей между соответствующими группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Из общего числа заболевших беременных третьего триместра 47 (100%), SARS-CoV-2-ассоциированные пневмонии среднетяжёлого течения диагностировали у 23 (48,9%). Тяжёлые формы SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний у беременных третьего триместра определялись в 2,5 раза меньше – 8 (17%) и при сравнении данных с первой клинической группой различие носило достоверный характер - $p_{\text{с-р}} < 0,001$. Количество осложненных форм было меньше по сравнению с первой клинической группой 16 (34%), но в сравнении со второй клинической группой превышала её значения в 2 раза.

Выводы. С возрастанием срока беременности увеличиваются прямо пропорционально риски развития SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Ранний срок беременности не является фактором риска развития тяжёлых и осложненных форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Второй и третий триместр беременности увеличивает риски возникновения тяжёлых и осложненных форм SARS-CoV-2-ассоциированных пневмоний.

Список литературы

1. Белокриницкая, Т.Е. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, А.Ю. Трубицына // Врач. – 2013. № 2. – С. 32-36.
2. Тарбаева, Д.А. Модель прогнозирования тяжелых форм гриппа у беременных / Д.А. Тарбаева, Т.Е. Белокриницкая, Д.М. Серкин // Мать и Дитя в Кузбассе. - 2015. - № 3 (62). С. 24-27.
3. Chen N. Epidemiological and clinical characteristics Of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. / N. Chen, M. Zhou, Dong Xl.//Lancet, 2020, No. 395, p. 507
4. Kash J.C., The Role of Viral, Host, and Secondary Bacterial Factors in Influenza Pathogenesis./J.C. Kash, JK.Taubenberger //Am. J. Pathol, 2015, No.185, Vol. 6, pp.1528-1536.
5. Wang D. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, //D. Wang B. Hu, C. Hu.// China. JAMA, 2020, pp. 121-122.

Гаибов А.Д.1,2, Шарипов Ф.К.1, Авгонов У.М.1

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

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

ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино»

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (АБА) зачастую протекает без ярких клинических признаков и только в случаях развития различных осложнений или достижения больших размеров появляются соответствующие симптомы заболевания [1]. Как показывают результаты исследования Global Health Epidemiology Research Group в 2019 году по всему миру АБА страдали 35,12 млн. человек, чаще всего населения стран западной части Тихого океана (1,31% населения) над жителями Африканского региона (0,33% населения) [5], а по отчёту National Center for Injury Prevention and Control, ежегодно в США около 14 тысяч человек умирают от её разрыва [3]. По данным бельгийских специалистов разрыв АБА занимает десятую позицию в структуре причин смерти в Бельгии (0,32% всех смертей в 2014 г.) [4], а в Таджикистане в течение последних пяти лет оперативному вмешательству подверглись 28 больных, хотя это число не отражает реальную её распространенность у населения нашей республики [1, 2].

Несмотря на большие достижения в диагностике и лечении пациентов с АБА, до настоящего времени частота различных осложнений, приводящих к инвалидизации и летальным исходам, остается на высоком уровне и могут развиться у 24,1-98,2% пациентов в течение десятилетнего наблюдения [2-5].

Цель исследования – определить объем и хирургическую тактику при осложненных аневризмах брюшной аорты.

Материал и методы исследования. За двадцатилетний период (2004-2023 годы) нами в условиях специализированного отделения республиканского значения в экстренном порядке оперированы 19 пациентов с осложненными формами аневризм брюшной аорты. Возраст большинства пациентов превышал 60 лет, кроме одной пациентки с синдромом Марфана (37 лет) и двух больных с аорто-артериитом (34 и 41 лет). Большинство пациентов (n=13) явились лицами мужского пола, женщин было – 6.

Этиологией медико-дистрофического процесса в стенке аорты у 16 больных явился атеросклероз, у 2 - аорто-артериит и у 1 – синдром Марфана.

Больные были госпитализированы в экстренном порядке либо с сильными болями в животе и поясничной области (n=16), либо с симптомами острой ишемии конечности (n=3). Разрыв задней или задне-латеральной стенки аневризмы имелся у 4, тромбоз аневризматического мешка – у 3, тромбоэмболия дистального русла – у 5 пациентов. Следует отметить, что возникшие осложнения у 8 пациентов явились первыми признаками аневризмы, о существовании, которой пациенты ранее не знали.

Комплексное обследование пациентов позволило выявить у них несколько сопутствующих патологий, в том числе – ишемическую болезнь сердца у 12 человек, артериальную гипертензию – у 18, респираторную патологию – у 9, сахарного диабета – у 6 и метаболического синдрома – у 3 пациентов. Следует отметить, что только у трети пациентов были выявлены менее трёх патологий, а у остальных отмечался высокий индекс коморбидности, т.е. три и более сопутствующих патологий, требующие параллельного лечения.

Результаты и их обсуждение. На основании клинико-инструментальных методов исследования, включая ангиографию, были установлены следующие осложнения аневризм брюшной аорты: разрыв аневризмы в забрюшинное пространство, прикрытое тромботическими массами у 10 пациентов, надрыв интимы и мышечной стенки с формированием «дочерних» аневризм - у 3 больных, тромбоз аневризматического мешка у – 3, и тромбозомболия периферических артерий у 3 больных. При разрыве АБА кровотечение в момент госпитализации самостоятельно остановилось, а гемодинамика оставалась стабильной у 5 пациентов.

В день госпитализации экстренно были оперированы лишь 4 больные с разрывом аневризмы в связи с сильными болями, не купируемыми наркотическими анальгетиками. Пациенты с тромбозами аневризмы и эмболиями периферических сосудов (n=6) также были оперированы в экстренном порядке.

У остальных пациентов на фоне гипотензивной, седативной и обезболивающей терапии боли стихли или исчезли, а гемодинамика позволяла провести операцию в отсроченном порядке, после соответствующей подготовки. Следует отметить, что пациентка с синдромом Марфана которая ранее были дважды оперирована накануне перед операцией умерла из-за разрыва АБА вследствие массивной кровопотери и геморрагического шока.

Полная срединная лапаротомия явилась основным доступом независимо от характера осложнений. Во всех случаях выполнялась резекция аневризмы с бифуркационным (n=14) или линейным (n=4) протезированием брюшной аорты. При наличии ишемических осложнений ликвидация аневризмы производилась параллельно или после тромбэмболектонии.

У 6 пациентов с высоким риском кардиальных и мозговых осложнений нами успешно использована модифицированная оперативная техника реконструкции аорты, позволяющая значительно сократить время её пережатия [1]. Сущность ее заключается в том, что еще до пережатия аорты формируется один из дистальных анастомозов. При такой методике брюшная аорта пережимается ровно настолько, сколько необходимо для образования проксимального анастомоза. Заранее подготовленный дистальный анастомоз при этом позволяет тут же по завершение проксимального анастомоза снять зажим с аорты и пустить кровоток. Это позволяет уменьшить частоту сердечных, мозговых и почечных осложнений за счет сокращения периода пережатия аорты в течении которого как правило они возникают.

Осложнения после операции отмечались у 11 (57,9%) пациентов в виде выраженного пареза кишечника (n=4), кровотечения (n=4), развития острого аорто-дуоденального свища (n=1), и инфицирование операционной раны (n=2). Повторной операции подвергались 3 пациента, которые в последующем умерли от различных причин. Таким образом, частота дооперационной летальности составила 5,3%, послеоперационной – 16,7%, общей – 21,1%.

Заключение. Диагностика и оперативное лечение аневризм брюшной аорты должно осуществляться до развития осложнений. Разрыв аневризмы и надрывы стенки аорты являются наиболее частыми и угрожающими осложнениями аневризм. Указанные осложнения не всегда являются показанием к немедленной операции в момент госпитализации. Кратковременная подготовка сердечно-сосудистой системы, заготовка крови и необходимых препаратов, а также широкое применение предложенного нами варианта оперативной техники позволяют улучшить исходы хирургического лечения данной категории пациентов.

Литература

1. Нестандартная методика реконструкции брюшной аорты при гигантской аневризме / А.Д. Гаилов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 22, № 2. – С. 175-179.
2. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с инфраренальными аневризмами брюшной аорты в разных странах / Е.Л. Калмыков [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2023. – Т. 18, № 3. – С. 20-24.
3. Early mortality following endovascular versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms / R.B. Chagpar [et al.] // Vascular end Endovascular Surgery. – 2015. – Vol. 44, № 8. – P. 645-649.
4. Screening Program of Abdominal Aortic Aneurysm / M. Sprynger [et al.] // Angiology. – 2019. – Vol. 70, № 5. – P. 407-413.
5. The Global and Regional Prevalence of Abdominal Aortic Aneurysms: A Systematic Review and Modelling Analysis / P. Song [et al.] // Ann Surg. – 2022. – Vol. 277, № 6. – P. 912-919.

Гаилов А.Д., Султанов Д.Д., Ньматзода О.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

МЗ и СНЗ РТ

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

Введение. Несмотря на проведения многолетних повсеместных профилактических мероприятий в настоящее время бремя заболеваемости хронических заболеваний вен не имеет тенденции к снижению и согласно данным сводной статистики более половина взрослого населения различных стран страдают варикозной болезнью. Это явилось основным звеном развития революции в лечении ХЗВ и в последние 20 лет были предложены более десятки методов лечения. К числу новых инновационных методов лечения как ХЗВ относится термальные и нетермальные катетерные методы облитерации варикозно расширенных подкожных вен, пенная склерооблитерация, стентирования посттромботически измененных вен, имплантация естественных клапанов в позиции поврежденных клапанов бедренной или подвздошной вен, экстравазальная коррекция недостаточности глубоких вен с применением новых и миниинвазивных технологий и т.д. Однако, отдаленные результаты этих вмешательств на большой когорте пациентов остается малоизученным и их результаты носят дискуссионный характер. Кроме того, на высоком методологическом уровне требуют дальнейших исследований применения различных стратегий лечения ХЗВ. В связи с этим в рамках настоящей работы нами анализируются результаты внедрения и первый опыт клинического применения новых инновационных методов

при лечении пациентов с ХЗВ.

Цель исследования: обобщение первого опыта применения инновационных методов в лечении пациентов с варикозной и посттромботической болезнями.

Материал и методы исследования. Исследование носило проспективный когортный характер, где были анализированы эффективность применения новых технологий и различных стратегий лечения пациентов с ВБ и ПТБ нижних конечностей. Объектом исследования служили 468 пациентов с ВБ и 36 больных с ПТБ. Большинство пациентов с ВБ явились лицами женского пола – 375 (80,2%) человек, мужчин было 93 (19,9%). В группе больных с ПТБ, наоборот, только треть пациентов (n=12; 33,3%) явились лицами женского пола. Возраст пациентов варьировал от 17 лет до 72 года, составив в среднем $36,7 \pm 4,2$ лет.

Распределение пациентов с ВБ согласно классификацией CEAP приведено на рисунке 1.

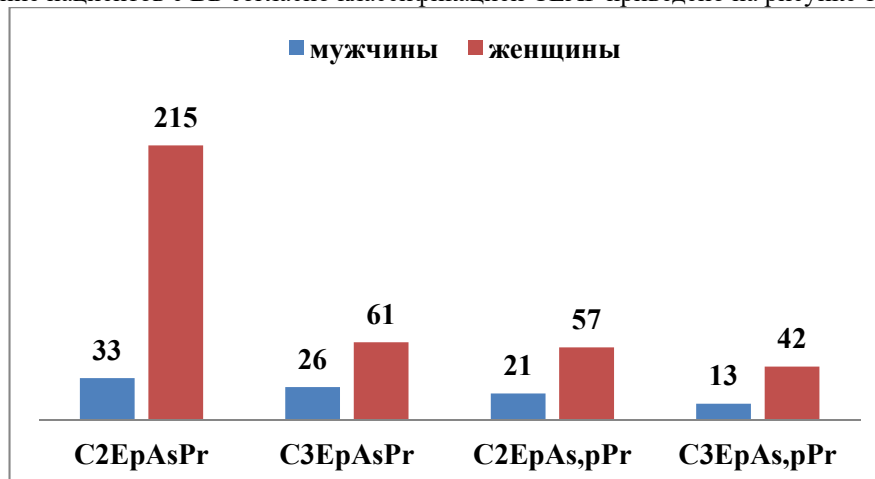


Рисунок 1. Распределение пациентов по классификации CEAP

В первую группу были включены 208 пациентов с ВБ для устранения варикозного синдрома которых была применена эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). Во вторую клиническую группу входили 76 пациенты с ВБ, которым устранение вертикального рефлюкса по большой подкожной вене была устранена с помощью механохимической склерооблитерацией с применением катетера Flebogril®. Третью клиническую группу составили 184 пациенты с ВБ, которым была проведена комбинированная миниинвазивная флебэктомия с применением новых бесшовных технологий оперирования. Во всех случаях после основного этапа операции варикозно расширенные абберантные притоки были удалены по методике Варади без последующего наложения швов на раны.

Четвертую клиническую группу составили 36 пациенты с ПТБ в лечение которых был использован комбинация механо-химической склерооблитерации (МХСО) БПВ и мини-флебэктомия в области голени (n=30), а также технология переключения позиции пораженной вены и создание неоклапана (n=6).

Первичными комбинированными конечными точками исследования явились отсутствие рецидива заболевания, частота ранних послеоперационных специфических осложнений, длительность госпитализации, потребность в послеоперационной анальгезии. К вторичным комбинированным точкам нами были отнесены частота неспецифических послеоперационных осложнений, летальные исходы от любой причины, а также продолжительность значительного ограничения трудоспособности.

Полученные в ходе настоящего исследования цифровые данные были внесены в программу Excel-2010 и подвергнуты статистической обработке с применением пакета программы Statistica 21/0. Данные приведены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Сравнение двух зависимых групп проводили по методике Манна-Уитни, независимые – по Краскелу-Уоллису. Значимым считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Успех процедуры ЭВЛО составил 99,1%, МХСО – 100%. В 2 случаях из-за анатомических особенностей ствола БПВ вначале провели кроссэктомию, затем – непосредственно лазерную коагуляцию. Интраоперационных значимых осложнений не отмечалось, кроме двух случаев поломки лазерного световода и двух случаев ятрогенного ожога паравазальной жировой клетчатки и кожи, которые были зарегистрированы на следующие сутки после вмешательства.

Общая частота осложнений при ЭВЛО составила 10,3%, в том числе интраоперационных – 1,8%, послеоперационных – 8,5%. Тромбоз глубоких вен после ЭВЛО отмечался всего лишь в одном наблюдении и согласно классификации Kambick имел IV тип и развился на вторые сутки после ЭВЛО. Флебит БПВ на уровне бедра развился в 3 (1,35%) наблюдениях – в двух случаях слева, в одном – справа. Все пациенты перенесли ЭВЛО с использованием торцевых световодов. Диаметр тромбированной БПВ в среднем составила $8,2 \pm 0,6$ мм, протяженность тромба в её просвете $17,2 \pm 3,4$ см.

Повреждение или ожог n. Saphenous или его ветвей со снижением чувствительности кожи отмечено в 10 (4,4%) случаях и через 2-6 месяцев у всех пациентов отмечалось полное его исчезновение. Нередким осложнением МХСО и ЭВЛО является гнойно-воспалительные осложнения, которые были отмечены в 3 (1,4%) наблюдениях и во всех случаях потребовали лечения.

Частота неполной окклюзии целевой вены после МХСО составила 94,7%, после ЭВЛО – 98,6%. Неполная облитерация БПВ локализовалась в нижней трети бедра в связи с чем во всех случаях проводилось пенная склеротерапия под ультразвуковой навигацией.

В третьей группе пациентов перенесшие инвагинационный стриппинг БПВ по отдельности на бедре и на голени с минифлебэктомией в 8 (4,4%) случаев была отмечена гипестезия кожи медиальной лодыжки, в 3 (1,6%) случаев – нагноение паховой раны, а также 2 (1,1%) наблюдениях – кровотечение из культи БПВ на бедре.

В группе пациентов с ПТВ перенесшие различные варианты новых мини-инвазивных методов операции лишь в 1 (2,8%) наблюдении отмечался гнойное осложнение послеоперационной раны, которое не оказало существенного влияния на исход лечения.

Потребность в наркотической анальгезии всего один раз после операции имел место у 407 (80,8%) пациентов, два раза – у 205 (40,7%), в три раза – у 17 (3,4%) больных. Во всех случаях пациенты с целью купирования болевого синдрома получали не менее двух инъекций нестероидных противовоспалительных препаратов.

Длительность госпитализации варьировала от проведенного метода лечения и составила в среднем $3,2 \pm 0,4$ суток, в том числе после ЭВЛО – $2,5 \pm 0,5$ суток, МХСО – $3,5 \pm 0,5$ суток, комбинированной минифлебэктомии – $3,3 \pm 0,2$ суток, у лиц с ПТВ $4,5 \pm 0,3$ суток.

В раннем послеоперационном периоде в течение тридцатидневного наблюдения частота эффективности операции во всех четырех группах составила 100%, т.е., во всех случаях был отмечен редукция кровотока и хороший эффект от проведенных вмешательств.

Из числа вторичных комбинированных конечных точек летальный исход ни в одном наблюдении не был отмечен, частота неспецифических послеоперационных осложнений составила -1,4%, а продолжительность значительного ограничения трудоспособности у всей когорты составила $11,2 \pm 1,4$ суток.

Заключение. Эндовенозная лазерная коагуляция, механо-химическая склерооблитерация, минифлебэктомия, создание неоклапанов и переключающие вмешательства являются высокоэффективными способами лечения хронических заболеваний вен и позволяют добиться не только хороших результатов лечения, но и существенно сократить продолжительность госпитализации и временной трудоспособности пациентов.

Литература

1. Гавриленко А.В. Эндовазальные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей // А.В. Гавриленко, П.Е. Вахратьян, А.Г. Аракелян // Лазерная медицина. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 31-36.
2. Значение малоинвазивных методов лечения в одномоментном устранении варикозной болезни в бассейне большой и малой подкожных вен нижних конечностей / О.А. Алуханян [и др.] // Амбулаторная хирургия. – 2022. – Т. 19, № 2. – С. 152-158.
3. Амбулаторные технологии в лечении варикозной болезни нижних конечностей / В.Я. Хрыщанович [и др.] // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2022. – Т. 6, № 2. – С. 1730-1736.
4. Суннатов Р.Д. Современный взгляд на лечение пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / Р.Д. Суннатов, А.А. Ирназаров, С.З. Тажиев // Новый день в медицине. – 2022. – № 1 (39). – С. 144-152.
5. Эпидемиология хронических заболеваний вен среди сельских жителей Таджикистана / Д.Д. Султанов [и др.] // Флебология. - 2019. - Т. 13, № 4. - С. 307-313.

1Гонбова З.В., 1Нарзуллаева А.Р., 2Шоев Ф.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ α 1-АДРЕНОБЛОКАДЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТЕХОЛАМИН СЕКРЕТИРУЮЩИМИ ОПУХОЛЯМИ

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

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. В настоящее время выбор объема гипотензивной терапии при катехоламин-секретирующих опухолях остаётся нерешенным [1, 2]. В частности, применение разных вариантов патогенетически необоснованной гипотензивной терапии способствует ухудшению течения артериальной гипертензии, а частое развитие катехоламинового криза в трети случаев заканчивается угрожающими жизни состояниями, также у каждого десятого пациента отмечается танатогенез [2, 4]. В связи с этим оптимизация консервативной терапии этой категории пациентов с применением новых селективных α ₁-адреноблокаторов не только с целью достижения целевого уровня артериального давления (АД), но и с целью профилактики синдрома «неуправляемой гемодинамики» является актуальным и позволяет существенно улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи этой категории пациентов [1-4].

Цель исследования. Оптимизация гипотензивной терапии пациентов с катехоламин-секретирующими опухолями путем внедрения и оценки эффективности селективных конкурентных блокаторов постсинаптических α ₁-адренорецепторов.

Материал и методы. Анализированы результаты двух методик гипотензивной терапии 53 пациентов с катехоламин-секретирующими опухолями (феохромоцитома/параганглиома) получившие консервативную и предоперационную подготовку в условиях клинической базы кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ и перенесшие операции в ГУ РНЦССХ в период 2009-2023 годы. Возраст пациентов колебался от 15 до 63 лет, составив в среднем $32,7 \pm 5,6$ года. Основную долю пациентов составили лица женского пола – 41 (77,4%) человек, тогда как мужчин было 12 (22,6%). Длительность анамнеза артериальной гипертензии колебалась от 5 до 53 месяцев, составляя в среднем $37,2 \pm 2,5$ месяцев.

Все пациенты были разделены на 2 группы – основную и сравнительную в зависимости от объема полученной ими гипотензивной терапии. Группа сравнения (25 пациентов), которая получала терапию до выполнения настоящего исследования принимала различные классы гипотензивной терапии (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов в режиме моно- или комбинированной терапии). Основную группу составили 28 пациентов,

которым с целью стабилизации АД и достижения целевого уровня АД была назначена монотерапия доксазозином – селективным блокатором постсинаптических α_1 -адренорецепторов. Дозировку и длительность применения лекарств определяли индивидуально.

Обе группы пациентов не имели значимого различия между собой по полу, среднему возрасту, индексу массы тела, длительности анамнеза гипертензии, размерам опухолей, секретирующих катехоламины, начального уровня систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, а также уровню катехоламинов в сыворотке венозной крови.

Длительность гипотензивной терапии у пациентов основной группы составила от 7 до 16 дней составив в среднем $9,2 \pm 0,7$ суток, у группы сравнения от 9 до 25 дней, в среднем - $13,4 \pm 0,7$ суток, что имела значимое различие, так как пациенты этой группы в среднем на 4 суток больше получили терапию, чем больные основной группы.

Нами проводился анализ динамики изменения АД от момента осмотра и назначения соответствующей терапии до проведения удаления катехоламин-секретирующих новообразований, в том числе с инвазивным интраоперационным её мониторингом. Следует отметить, что до проведения оперативного лечения контроль уровня АД и ЧСС проводился ежечасно, а вовремя вмешательства, после удаления образований до первых суток – непрерывно. Также были анализированы все осложнения, связанные с развитием артериальной гипертензией или гипотензией.

Полученные в ходе исследования цифровые значения были внесены в программу Excel и в дальнейшем подвергнуты статистической обработке при помощи программы Statistica 18,0. Количественные показатели описывались в виде среднего значения и стандартной их ошибки. Для качественных величин высчитывались доли (%). При парном сравнении количественных независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Частоту осложнений и летальных исходов определили по методике Каплан-Пейера с построением диаграммы кумулятивной выживаемости. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В момент осмотра и назначения гипотензивной терапии у пациентов обеих групп имелись приблизительно одинаковые показатели уровня АД без достоверного их различия (табл.).

Таблица

Показатели артериального давления у пациентов обеих групп в разные периоды лечения

Средние показатели АД (мм рт. ст.)	Группа сравнения	Основная группа	p
В момент госпитализации и начала терапии	$220,5 \pm 9,5 / 125,5 \pm 8,5$	$225,5 \pm 9,5 / 120,5 \pm 5,5$	$>0,001$
Перед оперативными вмешательствами	$167,7 \pm 3,7 / 111,4 \pm 7,0$	$110,8 \pm 3,4 / 73,9 \pm 2,4$	$<0,001$
Интраоперационно	$235,7 \pm 7,2 / 127,1 \pm 6,8$	$160,3 \pm 4,7 / 100,3 \pm 3,9$	$<0,001$
Первые 3 часа после вмешательства	$75,7 \pm 3,7 / 41,4 \pm 7,0$	$100,8 \pm 3,4 / 60,9 \pm 2,4$	$<0,001$
4-12 часы после операции	$90,2 \pm 4,3 / 53,6 \pm 5,2$	$110,5 \pm 6,7 / 67,2 \pm 6,3$	$<0,001$
К концу первых суток после вмешательства	$110,6 \pm 8,2 / 67,3 \pm 8,2$	$112,4 \pm 7,1 / 69,4 \pm 7,1$	$>0,001$

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между основной группой и группой сравнения (по U-критерию Манна-Уитни)

На фоне проведения консервативной терапии у пациентов группы сравнения все-таки не удалось достичь целевого уровня АД и разница показателе й АД у этой группы по сравнению с пациентами основной группы составила в среднем $56,9 \pm 0,3 / 37,5 \pm 4,6$ мм рт. ст. Значимое снижение уровня АД до целевого уровня у пациентов основной группы была обусловлена селективной блокадой α_1 -адренорецепторов из-за приема доксазозина, который вызывал расширение периферических сосудов с уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.

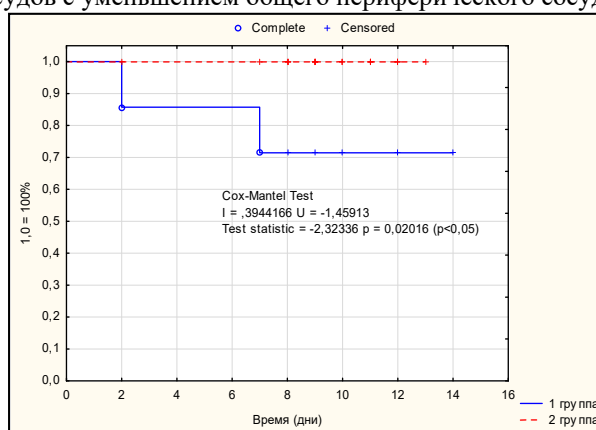


Рис. Кумулятивная выживаемость пациентов обеих групп

Следует отметить, что интраоперационно из-за проведенного вмешательства и механического воздействия на опухоли произошло избыточное поступление катехоламинов в системный кровоток, что в свою очередь приводило к повышению как систолического, так и диастолического АД. Однако, такое изменение в основной группе носил более легкий характер, и разница средних показателей АД по сравнению с пациентами группы сравнения составила в среднем 47,2%. Кроме того, из-за того, что основная группа получила патогенетически обоснованную терапию, после адреналэктомии критического снижения АД у них не отмечалось, так как в период консервативного лечения недостаточность объема циркулирующей жидкости была ликвидирована. Из-за того, что пациенты группы сравнения получали разные классы гипотензивных препаратов, не оказавших существенного влияния на явное проявления имеющего дефицита объема циркулирующей крови, после отключения из системного кровотока катехоламин-секретирующей

опухоли развивалась резкая их недостаточность с выраженной гиповолемией и гипотонией. В этой связи этим пациентам были проведена усиленная интенсивная терапия по их устранению, которая через 3 часа позволила добиться нормализации уровня АД. Как видно, к концу первых стуки после вмешательства не отмечалось значимых различий показателей АД у пациентов обеих групп. Однако, из-за развития синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанной с ней острой сердечной недостаточности в группе сравнения отмечалось статистически значимые фатальные последствия (рис.).

Летальные исходы у них на наш взгляд были следствием тактических ошибок при проведении гипотензивной терапии, так как они не имели патогенетически обоснованного воздействия на механизм развития гипертензионного синдрома.

Заключение. С целью профилактики развития синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанных с ним жизнеугрожающих состояний, а также достижения целевого уровня артериального давления пациентам с катехоламин-секретирующими опухолями необходимо проводить патогенетически обоснованную гипотензивную терапию с применением селективных α_1 -адреноблокаторов.

Литература

1. Клинический случай: феохромоцитома в клинической практике врача-кардиолога / Ю.Ю. Вертьянова [и др.] // Тенденции развития науки и образования. – 2023. – № 93-7. – С. 27-29.
2. Мохорт, Т.В. Феохромоцитома: современные подходы к диагностике и лечению / Т.В. Мохорт, Е.И. Велесевич, Е.Г. Мохорт // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2016. – № 1 (19). – С. 4-23.
3. Хирургические заболевания надпочечников: феохромоцитома, кортикостерома. диагностика и лечение / А.И. Киселев [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. – 2022. – № 82-2. – С. 22-24.
4. Хусейн, С.Х. Гормонально-активная нейроэндокринная экстраадренальная феохромоцитома (параганглиома): случай из практики и обзор литературы / С.Х. Хусейн, Л.Б. Пархоменко, К.Г. Рукша // Евразийский онкологический журнал. – 2023. – Т. 11, № 2. – С. 151-161.

Ганиев А.Э., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ И БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

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

Актуальность. Диагностика и лечение послеоперационных ventральных и боковых грыж (ПОРВГ и БГ) остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии. Послеоперационная ventральная грыжа являются наиболее частым осложнением после лапаротомии и составляет 2-25% [1]. Рецидивы грыж после различных пластических методов операции составляет 15-20, а при больших гигантских послеоперационных грыжах нередко достигает 30-45 % [2]. Основными этиологическими факторами развития грыжи являются дистрофические нарушения тканей передней брюшной стенки, происходящие в основном, в результате повышения внутрибрюшного давления [3].

Несмотря на достигнутые значительные успехи в области герниологии, в том числе и в лечении больных с послеоперационными ventральными грыжами до сих пор нет более конкретных рекомендаций по выбору того или иного метода операции, что делает данную проблему своевременной и требует проведения дальнейшего исследования.

Революция в лечении больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами произошел после 1990 года, когда впервые Ramirez O.M. (1990) показал возможность разделения мышечно-фасциальных компонентов с частичным рассечением мышечно-апоневротических каркасов для увеличения объема брюшной полости. Данный метод позволил провести ушивание даже больших грыжевых ворот брюшной стенки без натяжения.

Выполнение протяженных травматических, ventральных и боковых доступов с поперечным пересечением мышц, сосудов и нервных стволов, а также, инфицирование послеоперационных ран в последующем становятся причиной образования ПОРВГ и БГ [1,3,4].

Хирургическое лечение ПОРВГ и БГ представляют значительные трудности, что обусловлено большим числом рецидивов заболевания до 20-30%. Несмотря на наличие большого количества способов хирургического лечения ПОРВГ и БГ, проблема хирургического лечения остается неразработанной, что требует дальнейшего исследования. Требуется необходимости и целесообразности и разработка комплексных методов профилактики риска развития ПОРВГ и БГ [5,6,7,8].

Цель исследования. Профилактика возникновения и улучшение результатов хирургического лечения послеоперационных рецидивных ventральных и боковых грыж.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино за последнее 5 лет оперированы 72 пациента с ventральными (n=48) и боковыми (n=24) грыжами живота. Мужчин было - 30, женщин - 42. Возраст больных составил от 20 до 76 лет. ПОРВГ и БГ развились после различных по характеру и объёму оперативных вмешательств с использованием лапаротомических и боковых доступов (таблица 1).

Таблица 1

Характер оперативных доступов при первичных заболеваниях (n=72)

Характер доступов	Количество	%
Лапаротомический доступ	48	60,7
Боковой доступ	24	29,3
Всего	72	100

В зависимости от ширины грыжевых ворот, объёма грыжевого содержимого и количество рецидивов, больные с ПОРВГ и БГ разделены следующим образом (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных ПОРВГ и БГ по ширине грыжевых ворот, объёма грыжевого содержимого и количеству рецидивов

Характер грыжи	W-ширина грыжевых ворот, см				V- объём грыжевого содержимого см				R- рецидивы		
	W ₁	W ₂	W ₃	W ₄	V ₁	V ₂	V ₃	V ₄	R ₀	R ₁	R ₂
Вентральные грыжи (n=48)	7	10	29	12	9	10	24	16	42	10	6
Боковые грыжи (n=24)	5	9	6	4	5	6	7	6	12	7	5
Всего	12	19	35	16	14	16	31	22	54	17	11

Для диагностики ПОРВГ и БГ наряду с объективными данными эффективно использовали УЗИ и КТ. Учитывая тот факт, что одним из предрасполагающих факторов риска развития ПОРВГ и БГ, является анатомо-функциональная недостаточность переднебоковой стенки живота, были изучены эти показатели у 24 больных с заболеваниями почек.

Результаты и обсуждения. Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода хирургического лечения ПОРВГ и БГ больным выполняли различные по объёму и характеру оперативные вмешательства (таблица 3).

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств при ПОРВГ и БГ (n=72)

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Натяжные способы	10	13,9
Не натяжные способы	45	62,5
Комбинированные способы	25	34,7
Всего	72	100

В 10 наблюдениях (13,9%) выполнялись традиционные натяжные методики, в 45(62,5%) «ненатяжные» и в 25(34,7%) комбинированные методики герниопластики.

В раннем послеоперационном периоде наблюдали 10 раневых осложнений в виде серомы (n=4), нагноение (n=2), гематомы (n=2) и инфильтратов (n=2). В 4 случаях осложнения были связаны с выполнением натяжных (n=2) и комбинированных (n=1) герниопластик, а в остальных случаях (n=3), указанные осложнения развивались после традиционных натяжных методик.

Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода герниопластики основывались на разработанных в клинике критериях (таблица 4).

Таблица 4

Критерии выбора способа герниопластики при ПОРВГ и БГ грыжах

Критерии	Традиционная герниопластика	Не натяжная герниопластика	Комбинированная герниопластика
Возраст: до 39 лет старше 39 лет	+	+	+
Пол: мужчина женщина	+	+	+
Ожирение: I-степени II-III степени	+	+	+
Хронические обструктивные заболевания легких, сахарный диабет: нет есть	+	-	-
Размеры грыжевых ворот W1-W2 W3-W4	+	+	+
Объём грыжевого выпячивания V0-V1 V2-V4	+	+	+
Количество рецидивов R0-R1 R2-R3		+ +	+ +
Анатомо-функциональная недостаточность переднебоковой стенки живота I-степени II-степени III-степени		+ + +	+ + +
Заболевания мочевыделительной системы			

гиперплазия предстательной железы I-степени		+	
гиперплазия предстательной железы II-степени		+	+
Показатели ВБД: ВБГ норма	+		
ВБГ I степени	+	+	
ВБГ II-III степени		+	+

Как уже отмечали среди предрасполагающих факторов риска развития ПОРВГ и БГ грыж анатомо-функциональное состояние переднебоковой стенки живота имеет существенное значение. При изучении функционального состояния переднебоковой стенки живота у 24 урологических больных в 16 случаях диагностировали различные анатомо-функциональные нарушения (таблица 5).

Таблица 5

Клиническая характеристика анатомо-функционального состояния урологических больных (n=24)

Виды нарушений	Состояние брюшной стенки					
	Нормальное (n=7)		Недостаточность I-степени(n=8)		Недостаточность II-степени (n=9)	
	Количество	%	Количество	%	Количество	%
Боковая складка талия			6	25,0	9	37,5
Дряблость			3	12,5	9	37,5
Птоз			2	8,3	7	29,1
Куполообразный живот			1	4,2	2	8,3

У больных с недостаточностью брюшной стенки I степени (n=8), деформацией живота было у 6 больных. Наиболее часто выявлена деформация в виде складки подкожно-жировой клетчатки боковой поверхности живота. На втором месте у женщин находили дряблость (n=3) и птоз (n=7) живота, а у мужчин – куполообразный живот (2). В группе больных с анатомо-функциональной недостаточностью II степени отмечали значительные нарушения. Так, деформация живота наблюдалась у всех 9 пациентов, и носили множественный характер, боковая складка талии и дряблость с птозом и куполообразным животом были у 69% больных.

Более интересные данные были получены при проведении УЗИ для выявления анатомо-функциональной недостаточности переднебоковой стенки живота. Для пациентов с нормальным состоянием переднебоковой стенки живота, была характерна умеренно-выраженная подкожно-жировая клетчатка с редкими соединительнотканными прослойками. Спигелевая линия не расширена, истончения мышечного слоя нет. Максимально выражена степень утолщения широких мышц живота при напряжении. У пациентов с I и II степенью анатомо-функциональной недостаточности были выявлены изменения во всех слоях брюшной стенки. При этом подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, присутствуют соединительнотканые прослойки, структура дольчатая. Мышечно-апоневротический слой истончен, структура его неоднородна. Ширина спигелевой линии живота увеличивалась на 1,7 раза при I степени и в 2,2 раза при II степени анатомо-функциональной недостаточности. Истончение мышечного слоя боковой стенки происходило в 1,2 раза при I степени и в 1,5 раза при II степени с уменьшенной степени сокращения мышц соответственно в 1,5 и 2,8 раза. На основании полученных данных, считали целесообразным при выполнении хирургических вмешательств у хирургических и урологических пациентов, у которых имело место анатомо-функциональная недостаточность 1 и 2 степени (n=17) и предполагалось лапаротомический или боковой доступ на завершающем этапе операции с целью профилактики риска развития ПОРВГ и БГ (Патент) производили превентивное эндопротезирование передней и боковой стенки живота.

Эндопротез обычно помещали ретромускулярно между внутренней косой и поперечной мышцами при выполнении боковых доступов и, а при выполнении лапаротомии, эндопротез без натяжения фиксировали за прямой мышцы живота, объединенное сухожильное влагалище прямой мышцы живота, апоневротические структуры в области гребня подвздошной кости и ткани в области края реберной дуги, в результате достигалась перекрытия эндопротезом слабого места брюшной стенки-спигелевой линии и рассеченной внутренней косой мышцы, которая наиболее подвержена атрофическому перерождению вследствие поперечного пересечения ее волокон.

Проведенные через 1-1,5 года после выполнения превентивной эндопротезированию УЗИ боковой стенки живота показало, что ширина спигелевой линии уменьшилась на 32,4%, а толщина мышечно-апоневротического слоя увеличилась в 2,2 раза. Последнее было связано с образованием прочной соединительнотканной капсулы, образовавшийся вокруг эндопротеза. Сократимость мышц боковой стенки живота осталась на прежнем уровне. Прогрессирование анатомо-функциональной недостаточности передней и боковой стенки живота и наличие послеоперационных грыж не наблюдалось ни в одном случае.

Таким образом, атравматическое и асептическое выполнение отдельных этапов операции с применением первичным эндопротезированием у хирургических и урологических больных позволяют снизить частоту послеоперационных ПОРВГ и БГ

Выводы.

1. Предложенные критерии выбора способа герниопластики при **ПОРВГ и БГ**, позволяют индивидуализировать тактику за счет патогенетически обоснованного метода лечения.
2. Применение превентивного эндопротезирования при анатомо-функциональной недостаточности передней и боковой стенки живота I-II степени позволяют предупредить, риск развития послеоперационных грыж после лапаротомических и боковых доступов.

Литература

1. Абдуллаев Дж.А. новые подходы в диагностике и лечении осложнений грыж живота / Дж.А.Абдуллаев, К.М.Курбоннов // Герниология. -2004.-№3.-С-4.
2. Белоконов, В.И. Биомеханическая концепция патологических изменений в мышцах как общебиологическое явление / В.И. Белоконов, С.Ю. Пушкин // Двенадцатые научные чтения памяти акад. Н.Н. Бурденко. Пенза, 2000. - С. 66.
3. Incisional hernia after laparotomy: prospective randomized comparison between early-absorbable and late-absorbable suture materials / W.C. Hsiao, K.C. Young, S.T. Wang, P.W. Lin // World J. Surg. 2000. -Vol.24, №6. - P. 747-808.
4. Дерюгина, М.С. Современные проблемы герниопластики сложных срединно-боковых послеоперационных вентральных грыж / М.С. Дерюгина // Альманах ин-та хирургии им. А.В.Вишневого. -2008. Т.3, №2(1). - С. 105.
5. Особенности диагностики и хирургической коррекции послеоперационных миофасциальных дефектов боковой стенки живота и пояснично-боковой области / Е.И. Брехов, А.В. Юрасов, Ю.П. Трибунов и др. // Хирургия. 2009. - № 10. - С. 10-14.
6. Тарасова Н.К. Анализ причин рецидива послеоперационных вентральных грыж /Н.К.Тарасова // Журнал им Н.И.Пирогова.-2019.-№10.-С.36-42.
7. Власов В.В. Анализ неспецифической дисплазии соединительной ткани у больных с паховой грыжей /В.В.Власов, И.В.Бабий // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – Москва.-2013. –С.37-38.
8. Кулиев С.А. Факторы риска влияющие на развитие осложнений у пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами /С.А.Кулиев, А.В.Протасов, М.А.Косович // Журнал имени академика Б.В.Петровского.-2020.-Том 8.- №1. - С.7-11.

Гаффаров У. Б., Исмаев Н.С., Тошботирова М.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан.

Введение. В последние десятилетия сорбционные методы стали неотъемлемой частью комплексного лечения многих хирургических заболеваний. В последнее время в мировой хирургической практике для местного лечения ран широко используются различные медицинские сорбенты. Основным преимуществом таких методов является комплексное всестороннее направленное воздействие на процесс очищения раны: создание микроклимата для регенеративных процессов, простота и доступность в проведении, отсутствие аллергических и местных раздражающих эффектов. При этом применяются материалы на основе природных и синтетических полимеров, органических и неорганических соединений, которые существенно различаются по своей структуре и свойствам (Федоров В.Д., Чиж И.М. 2000; Адамян А.А. и др., 2004; Абаев Ю.К., 2005).

Обращение пациентов в челюстно – лицевой хирургической стационар с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями (ООВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО), несмотря на разработку и применение новых способов и средств лечения гнойных ран, за последнее время не только не уменьшилось, а, по данным ряда авторов, даже увеличилось (Ксембаев С.С., Ямашев И.Г., 2006; Шихов М.Ю., 2013; Богатов, В.В., 2015). Ни один из существующих методов лечения ран на сегодняшний день не удовлетворяет специалистов этой области полностью. Поэтому вопросы их лечения остаются в центре внимания, а актуальность исследований, направленных на разработку новых методов лечения и их социально-экономическая значимость очевидны.

По этому внедрить в практику челюстно – лицевой хирургии (ЧЛХ) сорбента использоваться в фазе воспаления, и в фазах регенерации и эпителизации, кроме того обладают бактериостатическими или бактерицидными свойствами считается актуальным.

Особенности строения ЧЛО (большой объем клетчатки, хорошо развитое кровоснабжение) определяют общие характеристики воспалительных процессов, которые сопровождаются обширными и быстро нарастающими коллатеральными отеками, инфильтрацией тканей. Учитывая это, наряду с выполнением необходимого хирургического вмешательства, в целях профилактики и лечения осложнений проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия. Однако постоянно увеличивающийся арсенал медикаментозных средств и методов физиотерапии, используемых для лечения последствий воспалительного процесса, не всегда приводит к желаемому результату. Поиск новых эффективных способов лечения, предупреждающих развитие осложнений, является одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии.

В связи с этим встает острая необходимость поиска и разработки доступных и, в то же время, эффективных лекарственных средств и подходов к лечению раневой инфекции, отвечающих современным требованиям.

Цель: Повышение эффективности комплексного лечения и реабилитации пациентов с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области посредством использования сорбционно-аппликационной терапии.

Материалы и методы исследования: Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. Проведено комплексное обследование больных воспалительными заболеваниями ЧЛО в динамике лечения с применением препарата, разрешенного к использованию в практике здравоохранения – сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных ООВЗ нами были выбраны больные одонтогенными флегмонами (ОФ) как одна из наиболее тяжелых и показательных групп. «Целоформ» — ранозаживляющий порошок, изготовленный из натурального растительного сырья хлопковый, целлюлозный, порошкообразный, отсутствуют противопоказания и побочные действия. Целоформ ускоряет заживление ран, так как работает на всех стадиях регенерации и создает благоприятные условия для проницаемости

сосудов. В состав порошка входит только хлопок, что делает его абсолютно безвредным и экологически чистым.

Исходя из этого у обследованных 41 больных с ОФ одной области или пространства (поднижнечелюстные, подбородочные, поджевательные, крыловидно-нижнечелюстные) в возрасте 21-51 лет (мужчин - 24, женщин - 17) использовали порошок целоформ после операции вскрытия флегмоны.

Больные были разделены на две группы: основную (ОГ) - 23 человек и группу сравнения (ГС) - 18.

Больным ОГ, в отличие от больных ГС, при перевязках в рану равномерно засыпали порошок «Целоформ».

Кроме того обеим группам больным назначено активное полоскание ротовой полости антисептическими растворами ежедневно до 10 раз в сутки. Микробиологические обследования проводилось после операции вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое обследование), а также консультация специалистов.

Для диагностики и прогнозирования лечения раневого процесса определяли количественные содержания микробных тел в ране.

Статистическая обработка цифрового материала проводилась на персональном компьютере методом вариационной статистики. Достоверность значений определяли с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты: Установлено, что наибольшее количество больных острым одонтогенным гнойно-воспалительным заболеванием (ООГВЗ) (68%) достоверно приходилось на возрастную группу 21–51 лет. При этом структура больных ООГВЗ распределялась следующим образом: острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной – 44,3%, острый одонтогенный периостит – 21,7%, прочие (перикоронарит, лимфаденит, гайморит) – 2,0%. При этом определены факторы, снижающие эффективность лечения больных одонтогенными флегмонами: нерациональное дренирование и практическое отсутствие в арсенале врача хирурга-стоматолога медицинских сорбентов средств сорбционно-аппликационной терапии.

Проведенные микробиологические исследования показали, что обсемененность ран аэробными и факультативно-анаэробными бактериями у больных с одонтогенными флегмонами в день обращения составила в среднем $1283,2 \pm 324,7$ КОЕ /мл.

Бактериологический контроль гнойных ран выявил высокую антибактериальную активность предложенного к исследованию сорбента «Целоформ» в отношении патогенных бактерий в монокультуре в ассоциациях. В ОГ уровень бактериальной обсемененности ран снижался в 3,6 раза быстрее, чем в ГС, в течение всего периода исследования.

Такое воздействие сорбента на микрофлору, по-видимому, объясняется установленной нами ранее особенностью состава «Целоформа», заключающейся в наличии в нем большого количества свободных радикалов. В ходе проведенного лечения проведено сравнительная оценка динамики клинических показателей больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, таких как купирование болевого синдрома, прекращение гноетечения, наложение вторичных швов, сроки лечения.

Заключение: По всем приведенным клиническим параметрам определялось статистически значимое превалирование клинических показателей больных ОГ над показателями пациентов ГС. Отмечено снижение продолжительности стационарного лечения на $2,6 \pm 0,4$ койко-дня.

На основании данных показателей можно заключить, что динамика выраженности общих и местных признаков воспалительного процесса у больных ОФ подтверждала динамику клинических показателей.

Результаты использования сорбента «Целоформ» в комплексном лечении больных ОФ свидетельствуют также об улучшении цитологических показателей. В фазу воспаления сорбент ускоряет очищение гнойной раны, а в фазы гранулирования и эпителизации действует как протектор репаративных процессов.

Таким образом, сорбент «Целоформ» является патогенетически обоснованным средством местного лечения больных одонтогенными флегмонами во всех фазах раневого процесса.

Список литературы:

1. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.
2. ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучков. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.
3. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучков Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.
4. Туйчиева М.А. Кучков Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.

Гаффоров У. Б., Ибрагимов Д. Д., Баратов М.Ш.
ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан

Введение. Удаление зубов является самой распространённой операцией, выполняемой в амбулаторных условиях после которой часто возникают качественные и количественные изменения в зубочелюстной системе, затрудняющие зубное протезирование возникших дефектов у пациентов (Трезубов В.Н. с соавт., 2001; Садыков М.И., 2002). Данные исследований подтверждают, что потеря костной ткани в большей степени определяется травматичностью операции удаления зуба (Бондаренко О.В. 2010). Поэтому важным направлением в системе мероприятий по профилактике осложнений является усовершенствование методики ее проведения [1,2,3].

В ряде исследований были испытаны различные способы сохранения костной ткани челюсти при одномоментной дентальной имплантации (Oikarinen K.S., 2003; Жук А.О., 2007).

В настоящее время применяется в практике хирургической стоматологии инъекционный метод с применением тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП), т.е. крови полученной от самого пациента, который является высоко активным биологическим стимулятором процессов регенерации за счет содержащихся в α -гранулах тромбоцитов различных факторов роста (ФР), которые оказывают свое влияние на все структурные единицы окружающих тканей и стимулирующих процессы регенерации. Использование тромбоцитарной аутоплазмы сегодня представляет одну из немногих возможностей запускать и ускорять естественные механизмы регенерации за счет содержащихся в тромбоцитах ФР. Кроме того, она не токсична и не иммунореактивна. Аутоплазматерапия при переломах нижней челюсти помогает купировать боль, восстановить целостность костей, повысить местный иммунитет. Сыворотка, обогащенная тромбоцитами и факторами роста, получается из собственной крови человека, поэтому методика аутоплазматерапия абсолютно безопасна и не вызывает аллергических реакций. [2,4,5].

Терапия богатой тромбоцитами плазмой прекрасно сочетается с традиционными методиками лечения.

Цель: Профилактика деформации альвеолярного отростка нижней челюсти после операции удаления зуба с применением препарата коллапан-Л с обогащенной тромбоцитарной аутоплазмой.

Материал и методы исследования: К обследованию привлекли 19 пациента с операцией удаление зуба нижней челюсти в возрасте от 18 до 43 лет. Из них 10 (52%) мужчин, 9 (48%) женщин.

По методу проводимого лечения больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 9 пациентов которым были проведены операции по удалению зубов на нижней челюсти, было назначено традиционное методика лечения. То есть после удаления зуба всем больным этой группы было назначено антибактериальные и болеутоляющий препараты по выбору, при болях и местное полоскание ротовой полости антисептическими растворами в течении 5 дней.

Вторую группу составили 10 пациентов. До начала операции удаление зуба, у больных было взято кровь, с помощью центрифугирования получили обогащенную тромбоцитарную аутоплазму. После удаления зубов выковрена слизистонадкостничным лоскутом на уровне удаляемого зуба нижней челюсти, в стерильном лотке были смешаны Коллапан-Л и обогащенная тромбоцитарная аутоплазма. Полученная смесь произведена "консервация" лунки удаленного зуба на нижней челюсти. Дополнительно больным обеих групп проводили клиническое, рентгенологическое, мультиспирально компьютерно томографическое (МСКТ) и иммунологические обследования. Для профилактики воспалительных осложнений больным обеих групп использовали физические методы, с целью снижения бактериальной контаминации ротовой жидкости.

Результаты: В первой группе пациентам после удаления зубов нижней челюсти из 9 пациентов у 2-х наблюдалось осложнение по типу альвеолита и у одного пациента развивался острый периостит нижней челюсти серозного характера. Больным было назначено соответствующее лечебная процедура. Заживление лунки удаляемых зубов наблюдали на рентгеновском снимке через месяц после удаления.

Мы полагаем, что данная методика должна иметь широкое применение в практике хирурга стоматолога и практике челюстно-лицевой хирургии.

В второй группе, в отличии от первой группы больных осложнения по типу альвеолита и периостита не наблюдалось за счет использование препарата Коллапан-Л в сочетании с обогащенной тромбоцитами аутоплазмой для предотвращения и уменьшение объема костной ткани челюсти и разрушение вышележащих мягких тканей. Аналогично в этой группе больных заживления наблюдали на рентгеновском через месяц после удаления. У всех больных с использованием Коллапан-Л и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой заживление лунки произошло первичным натяжением. Деформации лунки удаляемых зубов не наблюдалось.

Таким образом, аутогенная стружка добывалась с косой линии нижней челюсти при помощи костного скребка и ею заполнялась лунка удаленного зуба. Кроме того использовались коллагеновые мембраны для презервации материала в лунке удаленного зуба.

Заключение. По данным изучения результатов больных первой группы с дополнительными методами исследования были определены ранние и поздние осложнения после операции удалении зубов у которых не было использовано препарата Коллапан-Л и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой. Наблюдаемые нами недостатки затрудняет возможность дальнейшего протезирования. Крайне важным является восстановление целостности альвеолярной кости после операции удалении зубов в нижней челюсти. Уменьшение объема костной ткани усложняет дальнейшее протезирование пациентов съёмными и несъёмными конструкциями. Недостаток костной ткани может привести к невозможности или несостоятельности костной ткани. Операция костной пластики с использование препарата Коллапан-Л и обогащенной тромбоцитами аутоплазмой. является эффективной для профилактики развития деформации нижней челюсти после операции удаление зубов.

Список литературы.

5. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.
6. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.
7. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. 2021/11.
8. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.
9. DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, NM Akramov. The case of hemifacial microsomia in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.
10. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.
11. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.
12. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузibaев, Н.Ш. Худойбердиев. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА И СПРЕЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ. Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки. 2023/6/16. Стр. 30-35.
13. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.
14. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. IMPROVING THE EFFECTIVENESS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PERIOSTITIS OF THE JAWS WITH THE USE OF DRUGS DECASAN AND STOMORAD. INTERDISCIPLINARY RESEARCH, EDUCATION AND INNOVATION. International scientific conferences ConferencII. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.
15. ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучкоров. ЖАҒ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ТРОМБОЦИТЛАР БИЛАН ТЎЙИНГАН ФИБРИННИНГ ҚЎЛЛАШ АВЗАЛЛИГИ. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.
16. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучкоров Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаления зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.

Голосова А.К., Иванова А.Д., Аванесян Х.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОДНОГО ИЗ КРУПНЫХ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра судебной медицины ГОУ "ПМГМУ им. И. М. Сеченова". Россия.

Актуальность.

Синдром внезапной смерти детей (СВСД) представляет собой неожиданную ненасильственную смерть ребенка в возрасте до года при отсутствии объективных признаков объяснения ее причин. Термин «неожиданная» (внезапная) предполагает, что смерть ребенка наступает в условиях неочевидности. Такая смерть всегда подозрительна на насильственную. Как следствие, изучение СВСД – это актуальная проблема судебно-медицинской экспертизы. СВСД продолжает привлекать ученых всего мира, что формирует одну из самых трагичных и до настоящего времени не в полной мере выясненных проблем в судебно-медицинской практике. Современные представления о причине СВСД во многом противоречивы [1, 2, 3]. Точный механизм внезапной неожиданной смерти детей до года на сегодняшний день не установлен.

Цель исследования.

Во многом разрешить данную проблему возможно, зная эпидемиологию данной патологии. Поэтому цель настоящей работы – изучить эпидемиологию внезапной смерти детей в возрасте до года по данным архивного материала одного из крупных Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы исследования.

По архивным данным одного из крупных Бюро судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации изучены судебно-медицинские документы (заключения эксперта и акты судебно-медицинского исследования трупа) случаев смерти детей в возрасте до года.

Проведены и проанализированы судебно-медицинские исследования 117 случаев смерти детей: I группа – 28 случаев (9 девочек, 19 мальчиков), умерших внезапно на фоне полного здоровья, средний возраст которых $5,56 \pm 0,31$ месяца. II группа сравнения – 44 случая (17 девочек, 27 мальчиков), средний возраст – $6,69 \pm 0,72$ месяцев, причина смерти – острые респираторные вирусные инфекции. III группу составили 45 детей (21 девочка, 24 мальчика), средний возраст – $9,7 \pm 1,83$ месяцев, смерть которых наступила вследствие внешних причин: падения с высоты – в 26 (57,8%)

случаях и в результате травмы внутри салона автомобиля – в 19 (42,2%) случаях (насильственная категория смерти).

Первоначально были произведены подсчет и сравнение по годам таких показателей, как общая младенческая смертность, перинатальные состояния, врожденные аномалии развития, смерть от болезни органов дыхания и инфекционных заболеваний, внезапная смерть и смерть от механической травмы и отравлений. За анализируемый временной промежуток показатели общей детской смертности колебались от 8,2 до 8,6 на 1000 родившихся детей. Врожденные аномалии развития фиксировались с частотой от 1,37 до 1,76 на 1000 родившихся детей. Максимальное значение этого показателя было зафиксировано в 2017 году. Смертность от заболеваний органов дыхания колебалась от 0,63 до 0,74, от инфекционных заболеваний – от 0,24 до 0,34 на 1000 родившихся детей. Показатель внезапной смерти соответствовал значениям от 0,24 до 0,53 на 1000 родившихся детей.

Средний возраст умерших в отдельно отобранных исследованиях составил $5,56 \pm 0,31$ месяца.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенный анализ смертей позволил установить, что смертельный исход детей чаще наблюдался в первые 8 месяцев. Таких случаев было 62. В оставшихся 10 наблюдениях смерть детей наступала по пришествии восьмимесячного возраста. Установлено, что наибольшее количество смертельных исходов было зафиксировано в возрастном диапазоне от 2 до 6 месяцев, т.е. в возрасте, характеризующемся активными процессами формирования органов и систем и, как следствие, нестабильностью гомеостаза. Анализ количества случаев умерших по половому (гендерному) признаку позволил установить, что в случаях смерти с диагнозом СВСД преобладали мальчики – 63,64% (соответственно случаев умерших девочек – 33,36%).

Исследования эпидемиологических особенностей летальных исходов позволили выявить признаки сезонной закономерности, причиной которых стал СВСД. Найдена относительная равномерность распределения летальных исходов без каких-либо резких колебаний в течение всех сезонных периодов года. Конкретизируя по месяцам, можно отметить, что наибольшее количество летальных исходов на дому было зафиксировано в июне и декабре – по 4 случая. Данный факт может быть объяснен тем, что дети по своим физиологическим ресурсам неадекватно адаптируются к значимым температурным перепадам, которые присутствуют в данные месяцы. В исследовании было уделено внимание хронобиологическим составляющим летальных исходов детей. Результаты позволили установить, что чаще всего дети умирали в ранние утренние часы, в основном во временном интервале от 03:00 до 10:00 часов, а максимальное пиковое время зафиксированных летальных исходов выпадало на двухчасовой период времени – с 05:00 до 07:00 часов утра. Среднее значение временного интервала составило $6,9 \pm 3,1$ часа.

Были проанализированы сведения о вскармливании (новорожденных и грудных детей) и его характере в случаях летальных исходов на дому. Результаты исследования указывают, что в подавляющем числе случаев (83,9%) на момент жизненного цикла дети получали естественное грудное вскармливание.

Другим фактором риска явился показатель порядкового счета родов. Дети с летальным исходом на дому были рождены в доминирующем числе случаев при повторных родах. Вероятно, при повторных родах у родителей снимается сверхответственность за состояние ребенка в отличие от тех, у кого родился первенец.

Выводы.

Таким образом, преобладание количества случаев умерших мальчиков позволяет говорить о некоторой гендерной составляющей для детей, умерших в возрасте до года.

В ходе проведения исследования отмечена и некоторая сезонная закономерность наступления смерти при СВСД в летние и зимние периоды, что может быть объяснено, по крайней мере, для исследуемого региона резким перепадом температуры, когда организм ребенка, механизмы его терморегуляции еще несовершенны.

Список литературы.

1. Берлай, М. В. Патоморфологические изменения головного мозга при внезапной смерти детей первого года жизни / М. В. Берлай, А. В. Копылов, С. М. Карпов // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – Т. 26. – №1. – С. 72-76.
2. Кельмансон, И. А. Факторы риска и особенности поведения детей, угрожаемых по развитию синдрома внезапной смерти младенцев / И. А. Кельмансон // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 4. – С. 60-64.
3. SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment / R. Y. Moon, R. A. Darnall, M. H. Goodstein [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 128. – № 5. – P. 1341-1367.

Гулзода М.К.1, Иброхимов Ю.Х.1, 2, Кахорова Р.А.2.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

¹Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

²ГУ Хозрасчетный центр колопроктологии, г. Душанбе

Актуальность. По сей день лечение пациенток с ректовагинальными свищами остается сложной и не конца решенной проблемой в проктологии, а также и в гинекологии. Ректовагинальные свищи являются тяжелым заболеванием, которое отличается трудностью хирургического лечения и приводит к возникновению расстройств, связанных с недержанием газов и кала, а также обрекают женщин на общественную и стойкую социальную изоляцию [1,3,4].

Во время родов или оперативных вмешательств вследствие травмы ректовагинальной перегородки образуются травматические свищи. Также причиной образования ректовагинальных свищей может быть разрыв промежности III степени, технические ошибки при выполнении эпизиотомии, плодоразрешающие операции, использование акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода [2,5]. После острого парапроктита ректовагинальные свищи встречаются у 34–35% больных [4], с болезнью Крона у 5–10% больных [6].

Наиболее частой причиной анальной недостаточности у женщин является роды, которые встречаются в 3,5-8% случаев [3,4]. У около 25% пациенток ректовагинальные свищи сочетается с различными степенями анальной инконтиненции [1-3,6]. Несмотря на то, что предложено более 30 методов и модификаций хирургического лечения ректовагинальных свищей [2,5,6], рецидивы заболевания при сложных формах встречаются у 20-70% больных, а послеоперационные осложнения – у 35-65% пациентов [1-3,5].

Актуальной проблемой на сегодняшний день остается поиск путей улучшения результатов хирургической коррекции, уменьшения частота рецидивов и анальной инконтиненции у пациентов с ректовагинальными свищами.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения сложных форм ректовагинальных свищей, осложненных анальной недостаточностью.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 32 пациенток с ректовагинальными свищами, осложненными анальной инконтиненцией, которые проходили стационарное лечение в ГУ Хозрасчетный центр колопроктологии г. Душанбе в период с 2018 по 2022 гг. Сроки послеоперационного наблюдения составляли 6 и более месяцев. Возраст больных составил от 17 до 48 лет. Средний возраст – $27,6 \pm 2,8$ лет. У 20 больных причиной возникновения свища были послеродовые разрывы, у 7 явились следствием острого парапроктита, у 4 - свищ образовался после операций на промежности и органах малого таза и у 1 - после бытовой травмы промежности. Сроки заболевания от 6 месяцев до 12 лет. 9 пациенток ранее перенесли от 1 до 5 операций. Всем пациенткам, кроме общепринятых методов, применялись следующие методы исследования: сфинктерометрия, аноректальная манометрия, эндоректальное и вагинальное УЗИ, изучение ПОЛ и микробиологические. Предоперационная подготовка была проведена по разработанной нами методике (рац. удост. № 3287/R503, от 04.05.2012, выд. ТГМУ им. Абуали ибни Сино). У 3 (9,4%) пациенток свищ был интрасфинктерным, у 25 (78,1%) – трансфинктерным и у 4 (12,5%) – экстрасфинктерным. Анальная инконтиненция I степени выявлена у 4 (12,5%), II степени – у 22 (68,8%), III степени – у 6 (18,7%) больных. В зависимости от отношения свищевого хода к анальному жому и степени его инконтиненции все пациентки были разделены на 3 группы: к I группе отнесены больные с интрасфинктерными свищами, недостаточностью сфинктера I степени ($n=3$; 9,4%). Вторую группу составляли 22 (68,8%) пациента с трансфинктерными свищами, у которых недостаточность анального сфинктера соответствовала II-III степени. В третью группу включили 6 (18,8%) больных с экстрасфинктерными свищами, у которых было полное анальное недержание.

Результаты и их обсуждение. С целью проведения комплексной предоперационной подготовки и послеоперационного введения больных в комплекс лечения включен препарат ремаксол. Результаты исследования показали, что при назначении ремаксола мощность энергообразования значительно возрастает, в значительной степени улучшается утилизация кислорода тканями, о чем свидетельствует снижение уровня МДА с $4,9 \pm 0,06$ мкмол/л до $2,8 \pm 0,02$ мкмоль/л и повышение СОД с $6,2 \pm 0,2$ усл.ед. до $16,1 \pm 0,01$ усл.ед. и аскорбиновой кислоты с $0,52 \pm 0,21$ мг% до $1,29 \pm 0,04$ мг%. Эти же показатели у пациентов контрольной группы были значительно хуже. Всем больным было проведено хирургическое вмешательство под спинальной анестезией или общим внутривенным наркозом. Больным I группы ($n=3$; 9,4%) была выполнена операция Габриэля и иссечение свища с ушиванием сфинктера. Пациенткам II группы ($n=19$; 59,4%) произведено расщепление ректовагинальной перегородки, иссечение свища с ушиванием внутреннего отверстия и сфинктеропластика. В случае низкого расположения свищевого отверстия была выполнена операция низведения слизисто-мышечного лоскута в сочетании с сфинктеропластикой ($n=3$; 9,4%). Больным III группы ($n=6$; 18,8%) применен модифицированный нами хирургический способ лечения ректовагинальных свищей (рац. удост. № 3629/R680, от 22.01.2019, выд. ТГМУ им. Абуали ибни Сино), который заключается в иссечении свища с ушиванием свищевого отверстия в виде киссета с последующим введением над областью кисета двухкомпонентного фибринового клея Тиссукол Кит, и сфинктеропластикой.

В послеоперационном периоде влагалищная рана ежедневно 2 раза санировалась растворами - антисептиками. В кишечник наряду с газоотводной трубкой ежедневно вставлялись мази, содержащие аппликатор (проктоседил, проктозан, проктофаст, проктогливеноль).

Анализ результатов хирургического лечения больных ректовагинальными свищами показывает, что сроки заживления раны составляли 10-14 дней. Частичное или полное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 3 (9,4%) больных второй группы. Рецидив свища встречался у 2 (6,3%) больных I и II группы в срок до 2 месяцев после перенесенной хирургической операции. Анальная инконтиненция I-II степени встречалась в 2 (6,3%) случаях. Причины рецидива свища и инконтиненции связаны с нагноением послеоперационной раны, неправильным выполнением клизмы и преждевременной активизацией пациентки в послеоперационном периоде, и с ретракцией швов.

У больных III группы, которым выполнен модифицированный нами способ операции, сроки заживления раны составили до 10-12 дней. Рецидив свища признали анальной инконтиненции не отмечались ни в одном случае. У одной пациентки отмечалось прорезывание швов в пределах двух швов, вследствие ранней активизации. В сроки до 12 месяцев больным III группы, которые были оперированы модифицированным нами способом, провели эндоректальное УЗИ и оценку функции запирающего аппарата по Векснеру. Результаты сфинктерометрии показали нормальные величины, также выявлены признаки анальной недостаточности.

Выводы. Выбор метода операции должен определяться отношением свищевого хода к волокнам анального сфинктера и степенью инконтиненции. При отсутствии выраженных гнойно-воспалительных процессов рекомендуется применение одномоментного хирургического вмешательства. Наиболее эффективным является применение модифицированной нами методики, позволяющей уменьшить количество послеоперационных осложнений, анальной недостаточности и рецидива свища.

Литература

1. Агаев Б.А. Хирургическое лечение средних и нижних ректовагинальных свищей методом инвертации /Б.А. Агаев и др.// Хирургия, 2010. -№2. -С.44-46.

2. Грошин В.С. Значение индивидуального подхода в выборе тактики лечения ректовагинальных свищей /В.С. Грошин, и др.//Медицинский вестник юга России. -2016. -№2. – С. 47-50.
3. Дульцев, Ю.В. Анальное недержание / Ю.В. Дульцев, К.Н. Саламов // М.Медицина. -1993. –с. 208.
4. Шелыгин, Ю.А. Сфинктерометрическая граадация недостаточности анального сфинктера / Ю.А. Шелыгин, А.Ю. Титов, О.Ю. Фоменко и соавт. // Колопроктология. -2016. -№4 (58). –С. 54-59.
5. Gottgens, K. The disappointing quality of published studies on operative techniques for rectovaginal fistulas: a blueprint for a prospective multi-institutional study/ K. Gottgens, R. Smeets, L. Stassen et al.// Dis Colon Rectum. -2014/-Jul. - №57 (7). – p. 888-898.
6. Milito, G. Surgical Treatment of Rectovaginal Fistula in Crohn's Disease: A Tertiary Center Experience/ G. Milito ,G. Lizi, D. Venditi et al. // Surg. Technol. Int. –2017. – Jul. – 25;30. –p.113-116.

Гулзода М.К.¹, Иброхимов Ю.Х.^{1,2}, Хакимов М.Х.²

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ СПОСОБОМ

¹Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

²ГУ Хозрасчётный центр колопроктологии, г. Душанбе

Актуальность. Анальная инконтиненция– это полное или частичное нарушение функции держания, которое является одной из сложных проблем в колопроктологии. При этом у пациентов в значительной степени снижается качество жизни, которое приводит к социально-финансовым проблемам. По данным [2,3,5], распространенность анальной недостаточности встречается в 1,5-40 % случаев. По сей день по проблемам диагностики, профилактики и лечения анальной недостаточности опубликованы незначительные исследования. В историческом плане для коррекции данной патологии было принято немало методов лечения. С этой целью были применены простые анальные обтураторы и созданы искусственные нейропротезные сфинктеры [3-6]. В свое время Фаерман И.А. (1926), Плоткин Ф.М., Рихтер Г.А. (1934) использовали нежную мышцу бедра. К сожалению, через несколько лет этот метод потерял популярность из-за якобы слабости нежной мышцы. Но в последние годы вновь стали чаще применять методику грацилосфинктеропластики в разных модификациях [1,3,4,6]. Роды являются наиболее частой причиной анальной недостаточности у женщин, которая встречается в 3,5-8% случаев [3]. Иссечение прямокишечных свищей является причиной возникновения анальной инконтиненции в 34% случаев [3], что обусловлено повреждением сфинктерного аппарата или является следствием гнойных осложнений. Послеоперационная инконтиненция возникает также после операции по поводу анальной трещины с сфинктеротомией и геморроидэктомией. Среди всех травматических видов анальной недостаточности, возникающих после различных бытовых травм, травмы дистальной части прямой кишки и промежности составляют 10-25% [1-3,5]. Неудовлетворительные результаты лечения достигают 30-40% [2,3,5]. Грацилосфинктеропластика - это методика операции, при котором формируют сфинктер заднего прохода нежной мышцей бедра. При применении данного метода удовлетворительные результаты отмечены лишь у 50% пациентов. Однако, по некоторым данным, эффективность данной методики не превышает 76,5% [2-5].

Несмотря на то, что существует немало способов коррекции анальной инконтиненцией, поиск путей улучшения результатов данной патологии по сей день остаётся актуальной проблемой.

Цель. Оценить результаты применения методики грацилопластики у больных с анальной инконтиненцией.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургической коррекции 28 пациентов с анальной инконтиненцией III степени, в возрасте от 19 до 66 лет, которые были прооперированы в ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе за период с 2012 по 2022 гг. Мужчин было 19 (67,9%), женщин 9 (32,1%), в соотношении 2:1. Средний возраст пациентов составил 39,1± 3,3 лет. Основной причиной анальной инконтиненции у 21(75%) больного явились операции на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности. У 4 (14,3%) пациентов недостаточность развилась после травматического повреждения прямой кишки и промежности. В 3 (10,7%) случаях инконтиненция была обусловлена врожденным отсутствием сфинктера. Всем пациентам, кроме общепринятых методов, применялись следующие методы исследований: пальцевое исследование, ректороманоскопия, сфинктерометрия, колоноскопия и УЗИ. У 5 (17,9%) пациентов до операции была наложена двустольная колостома. Во всех случаях создание неосфинктера из m. gracilis было произведено с одной стороны, справа – у 23(82,1%) пациентов, а слева у 5(17,9%) больных. У 4(14,3%) пациентов при выраженной рубцовой деформации промежности грацилосфинктеропластика сочеталась с кожной пластикой промежности.

Грацилосфинктеропластика была произведена модифицированным нами способом, сущность которого заключается в следующем: после обнажения и пересечения конвергентного прикрепления мобилизуем нежную мышцу бедра. Это позволяет смещать ее вдоль любой заранее установленной оси. С использованием прецизионной техники препарирования мобилизуем сосудисто-нервную ножку единым блоком от «ворот мышцы» до места отхождения ее от магистрального сосудисто-нервного пучка. В последующем мышцу начиная с ее середины трети до дистальной части, под микрохирургической лупой, расщепляем на 2 части. При такой методике удастся сохранить основные сосуды и нервы, мышцы на местах их ответвления. В последующем создается подкожный тоннель вокруг ануса с учетом фациальных узлов. Восстанавливается фациальный футляр, расщепленный лоскут вокруг ануса перекрещивается и фиксируется к надкостнице копчика и седалищного бугра с противоположной стороны. Важный момент при этом избежать избыточного стеноза анального канала. С целью профилактики развития трофических нарушений нежной мышцы бедра, а также для адаптации ее к функции наружного анального сфинктера, нами применена электростимуляция этой мышцы, начиная со второй недели после операции, в течение 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. У 22 пациентов оперативное вмешательство было проведено под спинномозговой анестезией (растворами бупивакаина, лонгокаина или маркаина), а у 6 больных под внутривенным наркозом. Во

всех случаях больным до начала операции проводилась профилактика антибиотиком однократным внутривенным введением цефтриаксона (1,0 гр.). В раннем послеоперационном периоде осложнения воспалительного характера развились у 4 (14,3%) пациентов. В одном случае (3,6%) развился частичный некроз нежной мышцы бедра, у 1 (3,6%) больного отмечено нагноение раны промежности, гематома раны бедра у одного пациента (3,6%). Отдаленные результаты лечения прослежены у 23 (82,1%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 10 лет.

Для оценки отдаленных результатов лечения нами были использованы следующие критерии:

1. Хорошие - восстановление функции держания кишечного содержимого и полную функциональную сохранность перемещенной мышцы;
2. Удовлетворительные - уменьшение степени недостаточности, анатомическая и функциональная сохранность перемещенной мышцы;
3. Неудовлетворительные - отсутствие эффекта от перенесенной операции.

Хорошие результаты отмечены у 22 (78,6%) пациентов. При клиническом исследовании больные с хорошими функциональными результатами удерживали все компоненты кишечного содержимого. При осмотре у данной группы больных отсутствовало зияние ануса. При пальцевом исследовании определялось несколько сниженное тоническое усилие и удовлетворительное волевое сокращение сфинктера. При функциональных исследованиях перемещенная мышца была жизнеспособна и функционально активна. У 4 (14,3%) больных результаты оценены как удовлетворительные. Клинико-функциональное состояние созданного сфинктера у 3 из этих пациентов соответствовало I степени недостаточности анального сфинктера, у одного отмечено недержание жидкого стула (II степени). Эффекта от проводимого лечения не отмечено у 2 (7,1%) больных.

Выводы. При применении нежной мышцы бедра с целью коррекции анальной недостаточности модифицированным нами способом хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 92,9% случаев, а неудовлетворительные в 7,1% случаев соответственно. После проведения курса электромиостимуляции в момент произвольного сокращения грацилосфинктеропластика обеспечивает герметизацию дистального отдела толстой кишки.

Литература

1. Алиев Э.А. Причины и профилактика недостаточности сфинктера заднего прохода/Э.А. Алиев//Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, 2011. –т. 6. -№1. –С. 48-53.
2. Фролов С.А. Хирургическое лечение больных недержанием кишечного содержимого/С.А. Фролов и др.//Хирургия, 2014. -№4. -С. 27-33.
3. Шелигын Ю.А. Результаты грацилопластики при полной недостаточности анального сфинктера /Ю.А. Шелигын и др.// Хирургия. – 2007. - №7. – с. 45-50.
4. Alavi, K. Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis, and Management/ K. Alavi et al// J Gastrointest Surg. – 2015. -№19. – P.1910-1921.
5. Gohil, A.J. Graciloplasty for anal incontinence – Is Electrical Stimulation Necessary? /A.J. Gohil et al// Ann Plast Surg/ - 2019. -№82 (6). –P.671-678.
6. Wexner, S.D. Etiology and management of fecal incontinence/S.D. Wexner, J.M. Jorge//Dis.Colon Rectum. – 1993. -№36 (1). –P. 77-97.

Гулшанова С.Ф., Исмоилов С.С.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Актуальность. Трансплантология прочно заняла место среди других направлений современной медицины. Количество пересадок органов и тканей, ежегодно проводимых в мире, достигло 40 тыс., и, согласно прогнозам, в ближайшие десятилетия доля операций по трансплантации донорских органов в общем числе всех операций будет увеличиваться [1]. Ежегодно в мире проводится более 100 000 операций по пересадке почек, тогда как число пациентов, ежегодно проходящих диализ, составляет более 5 миллионов [2,3]. Общемировые масштабы распространенности хронической болезни почек составляет 9,1%, ежегодно становится причиной смерти 1,2 миллиона человек [4]. "Трансплантация органов и тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и осуществляется на основе соблюдения Законов РТ и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, для которых интересы человека превалируют над интересами общества и науки". Трансплантация органов – это одно из самых уникальных достижений медицины современности. При формировании правовой базы трансплантологии в большинстве стран мира, в том числе и в Республике Таджикистан, на основе гуманистических принципов, провозглашенных мировым сообществом, приняты соответствующие законы о трансплантации тканей и органов. В этих законодательных актах прописаны права доноров и реципиентов, противопоказания при трансплантации органов и ответственность медицинского персонала и учреждений здравоохранения. В Таджикистане закон "О трансплантации органов и тканей человека" Таджикистан, впервые был принят 6 июня 2007 года. На основании решения Правительства Республики Таджикистан от 1-го июля 2010-го года за № 344, о создании Государственного учреждения «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» Министерством здравоохранения был организован центр трансплантации органов [5]. С 2017 года основой правового и нормативного аспекта регулирующего деятельность трансплантологии в Республики Таджикистан, является Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан. Глава 20-ая данного кодекса, со статьи 135 до статьи 144, посвящена «Трансплантация органов и (или) тканей человека». Основываясь на данном кодексе и других действующих правовых актов в этой сфере, с целью регулировать трансплантацию органов и тканей человека от живого донора, была создана «Этическая Комиссия по трансплантации органов и (или) тканей человека» при Министерстве здравоохранения и со-

циальной защиты населения Республики Таджикистан. В результате центр трансплантации сформировался как Научный национальный центр трансплантации органов и тканей человека, с отделениями трансплантации почки и поджелудочной железы, печени, костного мозга, реанимации и лабораторией иммуногенетических исследований.

Существующий уровень трансплантологии в Республике Таджикистан и в мире, а также перспективы дальнейшего развития обосновывают необходимость преподавания дисциплины «Трансплантология и искусственные органы» в медицинском ВУЗе в рамках основного курса высшего профессионального образования, организации соответствующих кафедр. В 2016 году по инициативе ректора ТГМУ имени Абуали ибни Сино, профессора Гулзода М.К. была создана кафедра инновационной хирургии и трансплантологии с клинической базой Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека, и начато преподавание по основам трансплантологии студентам 6 курса, врачам интернам и клиническим ординаторам.

Терапия больных в терминальной стадии жизненно важных органов остается до настоящего времени одной из самых актуальных и сложных проблем клинической медицины, и, только благодаря использованию трансплантации донорских органов, таким пациентам может быть продлена жизнь и достигнута социальная реабилитация.

Цель исследования — обеспечить анализ ситуации и способствовать перспективному обсуждению реализации программы трансплантации в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. В основе работы изложены результаты лечения пациентов с терминальными заболеваниями почек и печени, проведенных трансплантаций от живых доноров в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Результаты исследования. Характеристика этиологических факторов, приводящих к развитию хронической болезни почек в Республике Таджикистан, приведена на рисунке 1.

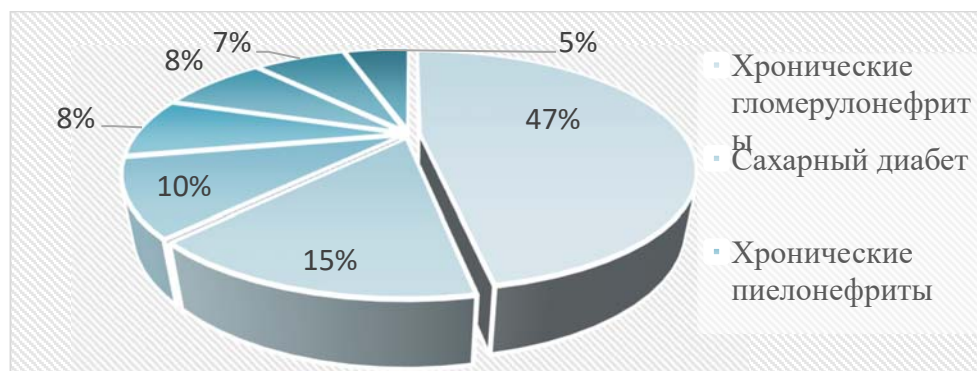


Рисунок 1. - Этиология хронической болезни почек

Трансплантация почки является намного более благоприятным методом лечения по сравнению с диализом в контексте выживаемости, качества жизни и экономической эффективности. Больным с 2009 года проводились трансплантации почки, от живых родственных доноров, и они находятся под диспансерным наблюдением нефролога центра.

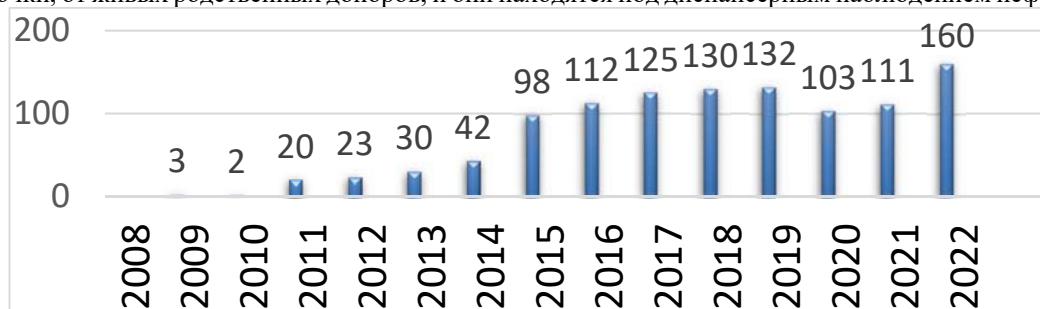


Рисунок 2. - Родственные трансплантации почки в Республике Таджикистан

Трансплантация почки также проводится детскому населению страны. Данные по времени и количеству проведения приведены на рисунке 4.

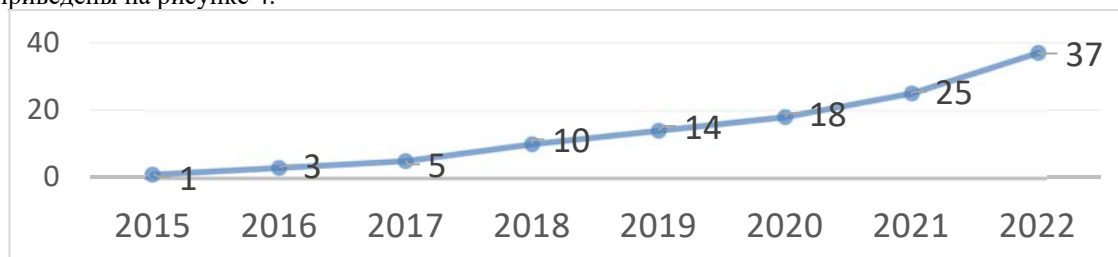


Рисунок 4. - Трансплантация почек педиатрическим пациентам

В Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека операции по трансплантации органов также проводятся и иностранным гражданам (рисунок 5).

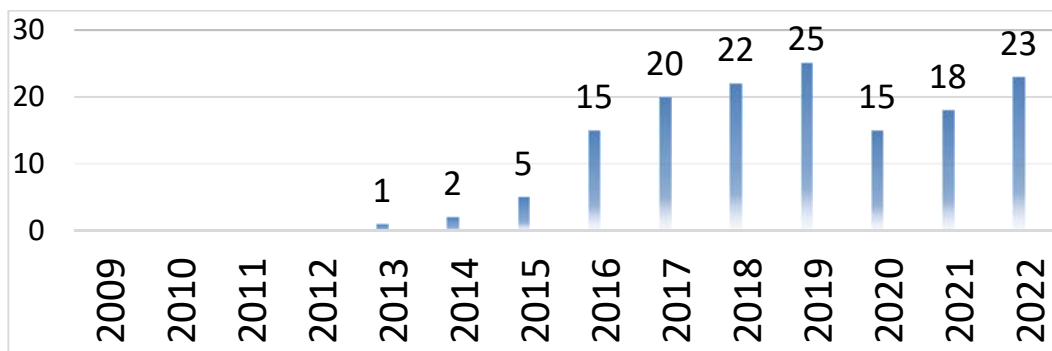


Рисунок 5. - Родственные трансплантации почек иностранным гражданам

Годовая выживаемость реципиентов и почечных трансплантатов после проведения трансплантации почки от живых родственных доноров составляет 98,4%, пятилетняя выживаемость достигает 96,1%. Годовая выживаемость почечных трансплантатов составляет 96,5%, а пятилетняя – 93,5%.

В настоящее время, в связи со значительной смертностью от заболеваний печени, в мире активно исследуются этиологические и эпидемиологические аспекты гастроэнтерологической патологии.

В Республике Таджикистан цирроз печени входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35-60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100.000 населения (рисунок 6).

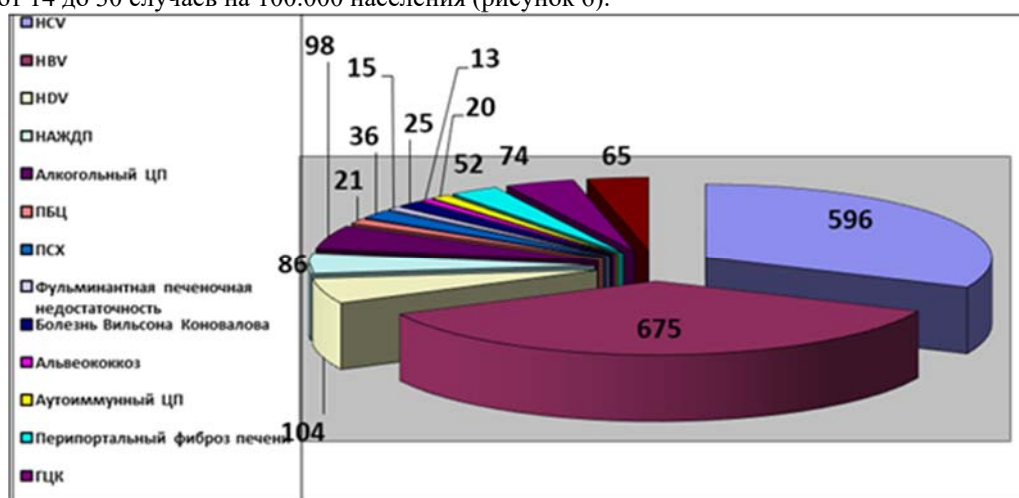


Рисунок 6. - Этиология цирроза печени в Республике Таджикистан

В Республике Таджикистан в современных условиях экономического и социального развития одной из актуальных целей здравоохранения является повышение качества медицинской помощи пациентам с необратимыми заболеваниями печени. Первая родственная трансплантация печени была произведена в 2012 году. Первая педиатрическая родственная трансплантация печени была произведена в 2014 году.

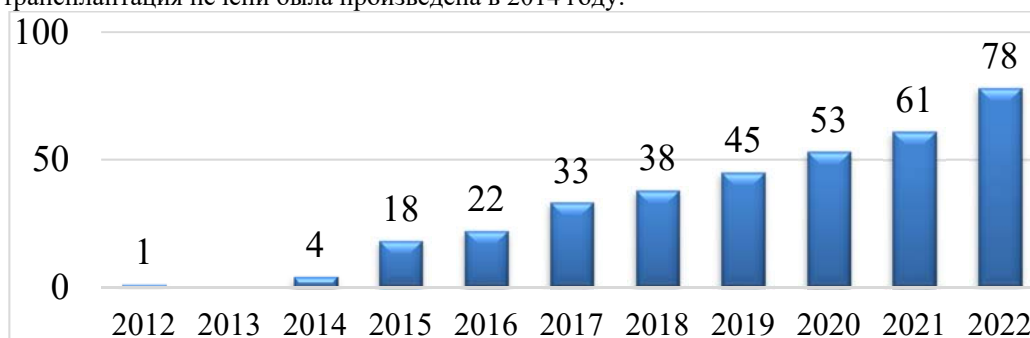


Рисунок 7. - Родственные трансплантации печени в Республике Таджикистан

Количество операций по трансплантации печени от живых родственных доноров взрослому и детскому населению республики неуклонно растет. Выживаемость реципиентов после трансплантации от живого донора составляет: годовая - 98,9%, трехлетняя - 93,2%, и пятилетняя выживаемость - 87,5%.

Выводы. Несмотря на широкий спектр мероприятий, разработанных национальным центром трансплантации органов и тканей человека МЗ и СЗН РТ за 16-летний период после принятия закона РТ о трансплантации органов, в сфере трансплантологии на общемировом уровне по-прежнему наблюдаются явно недостаточные показатели роста и асимметричность развития. Хотя возможности и приоритеты системы здравоохранения неодинаковы, сохраняются общие национальные и религиозные, медицинские, и социальные барьеры, в основе которых стоит отсутствие развития трансплантации от посмертных доноров в стране.

Список литературы

1. Готье С.В. Инновации в трансплантологии: развитие программы трансплантации сердца в Российской Федерации. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2017;21(3S):61-68. <http://dx.doi.org/10.21688/1681-3472-2017-3S-61-68>

2. International report on organ donation and transplantation activities. Global Observatory on Donation and Transplantation; 2021 (http://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2021/06/GODT2019-data_web_updated-June-2021.pdf, по состоянию на 8 марта 2022 г.).
3. Executive summary of 2019 activity data. Global Observatory on Donation and Transplantation; 2021 (<http://www.transplant-observatory.org/reports/>, по состоянию на 8 марта 2022 г.).
4. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2020; 395(10225):709–33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
5. Исмоилов С.С. Применение комплекса реабилитационных и организационных мероприятий для повышения результативности трансплантации почки в Республике Таджикистан: Дисс. ...док. мед. наук: 14.01.24/ С.С. Исмоилов. –Д. – 2017, – 238 с.

Давлатзода Б.Х., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Респираторная поддержка является важным элементом лечения больных с черепно-мозговой травмой, которые часто страдают острой дыхательной недостаточностью. Продолжительность респираторной поддержки свыше 24 часов у больных с черепно-мозговой травмой и острой дыхательной недостаточностью связана с улучшением прогноза заболевания и снижением вероятности развития пневмонии и других осложнений [1,2,3,5,8].

Поддержание адекватной оксигенации тканей мозга имеет важное значение для достижения благоприятного исхода. Показано, что при черепно-мозговой травме, осложненной экстрацеребральными нарушениями, в частности острым респираторным дистресс-синдромом легких, создаются чрезвычайно сложные условия для проведения респираторной поддержки и управления механической вентиляцией. Патология легких может быть частью начального процесса травмы или результатом последствий ЧМТ [2,3,5,7, 8].

Методы выбора искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и контроль за ее проведением у пациентов с тяжелым повреждением мозга – одна из сложных задач интенсивной терапии. При черепно-мозговой травме (ЧМТ) инициируется воспалительный каскад, который может привести к вторичным повреждениям мозга и экстракраниальной органной дисфункции [1,2,4,6,8].

При ЧМТ следует четко понимать патофизиологические взаимодействия между мозгом и легкими, поэтому при проведении ИВЛ следует избегать вентилятор-ассоциированных повреждений, а также предупредить возникновение вторичного гипоксически-ишемического повреждения мозга [2,4,5,7,9].

Цели исследования. Изучить эффективность респираторной поддержки у больных черепно-мозговой травмой с преобладанием дыхательной недостаточности.

Материал и методы исследования. Нами в исследование были включены 38 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, которые получали интенсивную терапию, кроме того респираторную поддержку в течение 24 часов или более в отделении анестезиологии и реанимации ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» РТ за период 2022-2023 гг.

В соответствии с поставленными задачами все больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 20 (53,0%) пострадавших с изолированными черепно-мозговыми травмами, 18 (47,0%) больных с сочетанными черепно-мозговыми травмами. Возраст пациентов колебался от 16 до 60 лет.

При поступлении все больным проводили исследования минутного объема дыхания (МОД), частоты дыхания (ЧД), дыхательного объема (ДО), жизненной емкости легких (ЖЕЛ), газовый состав крови (PCO_2 – PO_2). По общепринятым формулам рассчитывали коэффициент использования O_2 (KIO_2), потребления O_2 ($ПО_2$), минутную альвеолярную вентиляцию (МАНВ), альвеолоартериальную разность по PO_2 ($AaPO_2$), а также клиничко-лабораторное анализ крови. Кроме того, проводили компьютерную томографию и рентгенографию грудного отдела у 30 (79,0%) больных, а 8 (21,0%) больных из-за тяжести состояния в первые часы поступления были переведены на ИВЛ, и им не проведена КТ головного мозга.

Результаты исследования. Показатели функции внешнего дыхания при поступлении пострадавших в отделение реанимации свидетельствовали о том, что для повреждения головного мозга характерно, прежде всего, снижение ДО и ЖЕЛ, что обусловлено выраженным болевым фактором, приводящим к ограничению дыхательной экскурсии грудной клетки.

Различия определялись тяжестью артериальной гипоксемии, которая зависела от наличия внутрилёгочных изменений. У больных 1-й группы была нетяжелая гипоксемия со снижением PO_2 до $80,0 \pm 6,0$ мм. рт. ст., $МОД-9,1 \pm 2,1$ л/мин., $ЧД-26,0 \pm 3,0$ мин⁻¹, $ДО- 350,0 \pm 70,0$ мл., $ЖЕЛ- 1300,0 \pm 200,0$ мл., $KIO_2- 38,0 \pm 4,0$ мл/л., $ПО_2- 310,0 \pm 60,0$ мл/мин., $МАНВ- 5600,0 \pm 480,0$ мл/мин., $PO_2- 74,0 \pm 6,0$ мм.рт.ст., $PCO_2- 38,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст., $AaPO_2- 250,0 \pm 60,0$ мм.рт.ст., $ВШ- 12,0 \pm 1,0\%$.

Во 2-й группе с момента поступления наблюдалось увеличение $МОД- 12,0 \pm 3,0$ л/м., $ЧД- 32,0 \pm 2,0$ мин⁻¹, уменьшение $ДО- 300,0 \pm 25,0$ мл., $ЖЕЛ- 1050,0 \pm 150,0$ мл., $KIO_2- 30,0 \pm 4,0$ мл/л., $ПО_2- 285,0 \pm 15,0$ мл/мин., увеличение $МАНВ- 5790,0 \pm 140,0$ мл/мин., $PO_2- 74,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст., $PCO_2- 34,0 \pm 2,0$ мм.рт.ст., $AaPO_2- 295,0 \pm 40,0$ мм.рт.ст., $ВШ- 18,5 \pm 2,5\%$.

Установлено, что респираторная поддержка улучшает кислородное насыщение крови и снижает частоту осложнений, связанных с дыханием, у больных с черепно-мозговой травмой и острой дыхательной недостаточностью.

Выводы. Респираторная поддержка является эффективным методом лечения острой дыхательной недостаточности у больных с черепно-мозговой травмой, что снижает риск осложнений и улучшает прогноз заболевания. Кроме того, респираторная поддержка позволяет уменьшить нагрузку на сердечно-сосудистую систему и улучшить функцию легких.

Таким образом, респираторная поддержка является важным элементом лечения больных с черепно-мозговой травмой и острой дыхательной недостаточностью, который может существенно повлиять на прогноз заболевания и качество жизни пациентов.

Литература.

1. В.В. Крылов, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов. Нейрореаниматология. Практическое руководство. ГЭОТАР - Медиа, 2021г.
2. А. Левщанков. Респираторная поддержка при анестезии, реанимации и интенсивной терапии. Санкт-Петербург. 2016 -390 С.
3. Крылов В.В. Нейрореаниматология. Практическое руководство / В.В. Крылов, С.С. Петриков, Г.Р. Рамазанов, А.А. Солодов // Библиотека врача – специалиста. 2-е изд. Перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 171с.
4. Могила В.В., Мельниченко П.В. Интенсивная терапия легочных осложнений у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Вест. морского врача. – Севастополь, 2015. – С. 107 – 108.
5. Джузумалиева К.С. Совершенствование методов диагностики и лечения больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. // Диссертация. Бишкек – 2015г
6. Клинические рекомендации лечения пострадавших детей с черепно-мозговой травмой. Ассоциация нейрохирургов России г. Казань, 02.06.2015 г
7. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР – Медиа 2011. 1744с.
8. Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Хапий Х.Х. Механическая вентиляция легких. МЕД пресс-информ. 2009. – 608 С.
9. Набиев З.Н., Хамидов Ч.Б., Рахимов Х.Б. Синдром острого легочного повреждения у детей при критических состояниях, Душанбе – 2008. 187С.

А.Дж., Давлатов Дж.Дж, Мухаббатов Дж.К.

ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА

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

Актуальность: Геморрой является заболеванием, наиболее часто встречающимся в практике колопроктологов. По данным литературы его распространенность составляет приблизительно 130-145 случаев на 1000 взрослого населения [5].

Сахарный диабет, как известно, медико-социальная проблема во всем мире и по прогнозам специалистов, к 2030 г. каждый 15-20-й житель планеты будет иметь эту болезнь [2]. В Республике Таджикистан в 2014 году количество зарегистрированных больных было 29 тыс. человек [4], а в 2019 – достигло 46258 человек [*«Российская диабетическая ассоциация»*, <http://www.diabetes-ru.org/fr/component/content/article/trip/otkrytie-diabeticheskogo-tsentra-v-tadzhikistane>].

У 25 % хирургических больных выявляется сахарный диабет, который способен осложнять течение заболевания. Склонность к инфекционно-воспалительным процессам при сахарном диабете связана с поражением микроциркуляторного русла, нервов, снижением местного и общего иммунитета. Частота возникновения хирургических осложнений у больных сахарным диабетом 2-типа может достигать до 25% [2,3]. Среди проктологических заболеваний по литературным данным геморрой в сочетании с сахарным диабетом встречается от 4,3 до 6,6% [5].

Наличие недостаточности анального сфинктера диагностируется на основании жалоб пациента, продолжительности заболевания, полученных при данных сфинктерометрии и монометрии и т.д. [3-4]. Следует отметить, что недостаточность анального сфинктера может быть и без наличия СПК, а у больных, страдающих сахарным диабетом, НАС может быть и без анатомических изменений АС прямой кишки [2,3].

Проблема клинических проявлений и функциональных изменений мышц анального сфинктера больных хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом остаётся на сегодняшний день одной из актуальных задач колопроктологии.

Цель исследования. Изучить характер функциональных изменений анального сфинктера (АС) у больных с хроническим геморроем на фоне сахарного диабета (СД) II-типа.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе данных 978 больных в возрасте от 18 до 82 лет, за период с 2018 по 2022 г, госпитализированных в колопроктологическом отделении ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе, с диагнозом хронический геморрой II и III стадии. Поступившие больные в колопроктологическое отделение с диагнозом хронический геморрой II и III стадии составили 23,2% от общего количества больных. Основную часть пациентов составили лица трудоспособного возраста от 21 до 63 лет, что составляет 92,4%. Среди них было мужчин 431(59,1%) и женщин 298(40,8%). Из общего числа больных среди них пациенты с хроническим геморроем в сочетании с СД II-типа выявлено у 71 (7,3%) случаев. Диагноз ставился на основании клинических (анкетировании больных), лабораторных, наружный осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, функциональные методы исследования (сфинктерометрия) и инструментальных методов исследования. Также ИМТ считали по формуле Брока.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты, поступившие в клинику, жаловались на периодическое или постоянное выпадение геморроидальных узлов, кровотечение, боль или жжение и перианальный зуд, также

жаловались на наличие недержание газов и жидкого стула. В связи с этим в ходе изучения истории болезней и результатов анкетированных больных нами было изучено функциональный характер анального сфинктера. Одним из основных методов сбора информации в научном исследовании является анкетирование больных. Определяющую роль в динамике заболевания именно жалобы пациента, которые отмечаются в анкете. Разработанная нами анкета включала паспортную часть, срок давности заболевания, наличие в анамнезе оперативных вмешательств, сопутствующей патологии. Кроме того, в опросном листе представлена шкала оценки тяжести недостаточности анального сфинктера по шкале Wexner.

В результате изучения истории болезней и результаты анкетирования больных с хроническим геморроем II-III степени в сочетании с СД жалобы на недержание газов (НАС-I степени), предъявляли 14 пациентов, 8 пациентов из которых страдали недержанием жидкого кала и газов (НАС-II степени). У 2 пациентов имелись жалобы на недержание газов, жидкого кала а также недержание твёрдого кала (НАС- III), так как у одного пациента было недостаточность анального сфинктера органического характера, которому раньше проводилось операции по поводу сложных параректальных свищей.

Таким образом, пациенты с хроническим геморроем II-III степени в сочетании с СД по характеру функциональной НАС в зависимости от клинических проявлений недержания представлены в таблице (табл.1).

Таблица 1. - Распределение больных с функциональной НАС в зависимости от клинических проявлений (n-71)

Характер жалоб	Число больных	В %
Отсутствие жалоб	47	66,2
Недержание газов	14	19,7
Недержание жидкого кала и газа	8	11,3
Полное недержание кишечного содержимого	2	2,8
Всего	71	100

Местный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки – один из самых основных и в то же время информативных исследований больных с хроническим геморроем в сочетании с СД. Наружный осмотр и пальцевое исследование позволили нам оценить состояние кожных покровов промежности и состояние запирающего аппарата прямой кишки. Во время наружного осмотра у 7,1% пациентов отмечено неполное смыкание или зияние ануса. А при пальцевом исследовании у 24 (33,8%) больных установлено снижение тонуса анального сфинктера во время удержания.

Для оценки суммарной сократительной способности мышц анального сфинктера всем больным проводилось сфинктерометрия. Это исследование определяет в покое показатель тонического напряжения мышц анального сфинктера, которое отражает суммарную величину сокращения наружного и внутреннего сфинктера. Показатель максимального сжатия жома заднего прохода характеризует максимальное усилие мышц анального сфинктера, причем в большей степени состояние наружного сфинктера. Разницей между максимальным усилием и тоническим напряжением является определение показателей волевого сокращения мышц анального сфинктера, который характерен для поперечно-полосатых мышц наружного сфинктера. При сфинктерометрии во фронтальной плоскости максимальное удлинение было снижено за счёт снижения волевого сокращения на 81,4%. В сагиттальной плоскости также отмечалось снижение максимального усиления за счёт снижения волевого сокращения на 93,5%.

В результате изучены часто встречаемые хронические геморрои в зависимости от степени ожирения. Среди пациентов с хроническим геморроем в сочетании с СД у 20 (28,2%) пациентов выявлено ожирение, и наиболее часто было установлено ожирение I степени, которое составило в 15,49% случаях. Ожирения II степени 9,2% и ожирения III степени 4,1%. Из 20 больных с ожирениями у 14 случаев было выявлено НАС функционального характера.

А также всем больным с хроническим геморроем в сочетании с СД в зависимости от наличия лабораторных данных и клинических проявлений нами изучены степени компенсации СД. У 46 (64,8%) пациентов выявлено СД в стадии компенсации, в стадии субкомпенсации обнаружено у 25 (35,2%) больных. Декомпенсированная форма СД в исследуемых больных не было. В зависимости от стадий СД в большинство случаев превалирует признаки НАС в стадии субкомпенсации СД.

Выводы. Функциональные изменения АС у больных с хроническим геморроем на фоне СД II-типа зависит не только от стадии хронического геморроя, но и от степени компенсации СД II-типа. У больных с длительным анамнезом и стадий субкомпенсации СД II-типа отмечается симптомы недостаточного анального сфинктера.

Список литературы:

1. Дедова И.И., Шестаковой М.В. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения. – М. 2011. – 460с.
2. Мадаминов А. М. Результаты лечения больных с острым парапроктитом, отягощённым сахарным диабетом / А.М. Мадаминов, А.Б. Мансурова // Вестник КРСУ. -2015. –Том 15. -№4. - С. 59-60.
3. Ремизов С. В. Хирургическое лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом: Дис. канд. мед. наук. – М., 2004. – 75 с.
4. Хамроев Б.М. Хирургическое лечение свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом: Дис. канд. мед. наук. – М., 2022. – 142с.
5. Холов А.Д. Сравнительная оценка результатов различных методов геморроидэктомии при хроническом геморрое: Дис. канд. мед. наук. – М., 2022. – 117с.

Джамшедов Дж.Ш. Юлдошев Р.З. Азатуллоев Е.И.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ «ТРАДИЦИОННЫХ» И МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОЦЕНКА ОПЫТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЦЕНТРА.

ГУ «Республиканский Онкологический Научный Центр» МЗ ЗСН РТ (Таджикистан, г. Душанбе)
Кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Ключевые слова: тимомы, торакоскопия, мини-инвазивные операции, стернотомия.

Актуальность темы исследования

В структуре онкологических новообразований, опухоли вилочковой железы встречаются крайне редко, в среднем заболеваемость в мире составляет от 2,2 до 3,2 на миллион населения в год. У взрослых, эпителиальные опухоли вилочковой железы составляют 47% всех новообразований переднего средостения. Преобладающей морфологической формой опухоли вилочковой железы являются тимомы - группа злокачественных органоспецифичных опухолей, которые по гистологическому типу подразделяются на типы А, АВ, В1, В2, В3 и рак тимуса. Рак вилочковой железы характеризуется более агрессивным ростом, с тенденцией прорастанием в близлежащие органы средостения, ранним появлением имплантационных, лимфогенных и гематогенных метастазов. Хирургический метод является основным в лечении опухолей вилочковой железы. В последние десятилетия все чаще отмечается внедрение мини-инвазивных технологий в лечении опухолей средостения.

Вектор данного исследования направлено на изучение результатов хирургического лечения опухолей вилочковой железы с использованием мини-инвазивных технологий и изучить вероятные преимущества последнего в сравнении с открытыми хирургическими вмешательствами.

Цель: изучить непосредственные и ближайшие результаты применения мини-инвазивных технологий в хирургическом лечении опухолей вилочковой железы.

Материалы и методы:

На базе ГУ РОНЦ Республики Таджикистана, на основании анализа как ретроспективного, так и проспективного клинического материала впервые в Республике Таджикистан проанализированы результаты хирургического лечения 43 больных с опухолями вилочковой железы. У 18 (33,9%) пациентов вмешательства выполнены с использованием мини-инвазивных технологий, у 25 (58%) — применялся открытый доступ. Пациенты сопоставимы по возрасту, половому признаку и морфологической структуре опухоли. Проведено сравнение ближайших и непосредственных

Результаты и обсуждения: Ближайшие и непосредственные результаты были достоверно лучше после мини-инвазивных операции как до применения метода псевдорандомизации, так и после выравнивания групп. Продолжительность операции, объем кровопотери оказались достоверно меньше при видеоторакоскопической операции ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Ранний послеоперационный период минимально инвазивных вмешательств характеризовался меньшей частотой осложнений ($p < 0,05$), продолжительностью дренирования плевральных полостей ($p < 0,01$), более короткими сроками пребывания пациентов в стационаре ($p < 0,05$).

Выводы: эндовидеохирургическая тимэктомия обладает рядом преимуществ перед традиционным доступом.

Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНО РИНОХЕЙЛО ПЛАСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕ-
ЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
ЦЕНТРЕ «ШИФОБАХШ»

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Расщелина губы и нёба — один из самых распространенных и сложных пороков развития челюстно-лицевой области. Сегодня наиболее обоснованной считается теория, согласно которой причина заключается в сочетании наследственных факторов и неблагоприятного воздействия окружающей среды. [1]. Постоянное совершенствование оперативных и ортодонтических методов лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, комплексная реабилитация у этих детей продолжается оставаться одной из сложнейших задач современной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста [3,2].

При первичной хейлоринопластике, должны предусматривать восстановление правильной анатомической формы губы, реконструкцию круговой мышцы рта и филтрума, коррекцию деформации носа. Тяжесть анатомических и функциональных нарушений напрямую связана с видом расщелины верхней губы. Оптимальный возраст для проведения операции по коррекции расщелины губы и устранения деформации носа, если нет грубой патологии среди других систем 4-6 месяцев. Более ранние пластические операции не дают возможности получить наилучший эстетический результат [4,5].

Цель исследования. Является совершенствование методов лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба на основе отдаленных результатов лечения.

Материал и методы исследования. Для определения эффективности первичной ринохейлопластики и коррекции деформации носа оценку результатов проводили после операции через 9-10 дней, в возрасте у девочек 18 лет, у мальчиков - 16 лет после ортодонтического лечения и восстановления прикуса. Результаты мы оценивали при визуальном осмотре и по результатам фотометрии и антропометрии. Мы определяли симметричность кончика носа, оснований крыльев носа и формы ноздрей. А форму восстановленной верхней губы, оценивали, смотря на симметрию линии Купидона, филтрума и красной каймы губ, высота верхней губы и подвижности, а также глубину восстановленного вестибулярного пространства верхней губы.

Эффективность хирургического лечения определяли единой оценкой, которая включает характеристику формы и

функции восстановленной губы и носа, носовое дыхание, свободное движение верхней губы, и на наличие не заметного рубца.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения у 95 больных, оперированных в клинике детской челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков. Проведение ринопейлопластики в отличие от хейлопластики в целом отмечается улучшение послеоперационного результата, минимальное восстановление кончика и крыло носа, высота верхней губы, входа ноздрей, дуги Купидона и красной каймы губ. Анализ показывает, что часть результатов довольно устойчивы, но, однако в целом отмечается тенденция ухудшения результатов с ростом организма ребенка.

Числа хороших результатов с 35 (35,8%) до 29 (27%), число хорошие и удовлетворительное 32 (33,6%). Неудовлетворительные 15 (14%). Основную массу обследованных больных составили больные с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба с тяжёлыми видами патологии. Форма верхней губы оставалась приемлемой у 90% больных, но увеличивалось количество деформаций носа.

У 35,8% больных неотмечалась выраженная асимметрия носа, уплощения кончика и крыльев носа у больных с двухсторонней расщелиной верхней губы. У 9,8% больных отмечалась верхняя микрогнатия, которые устранялись после ортодонтического лечения.

Выводы. Таким образом, полученные результаты способствуют хорошему анатомическому и функциональному результату лечения при расщелинах верхней губы, правильному развитию средней зоны лица, может уменьшать психологическую травму ребенка. Мы знаем, что когда психика ребенка неустойчива, она очень ранима. С ростом лица, деформации носа и верхней челюсти усиливаются, поэтому, корригирующая ринопейлопластика может быть выполнена в дошкольном возрасте или предпубертатном периоде. Дети с врожденными расщелинами губы и нёба до окончания формирования челюстно-лицевой области до 14-16 лет, как правило, находятся под постоянным вниманием хирурга, ортодонта, педиатра, невропатолога, логопеда. А окончательную ринопейлопластику проводят после 16 лет, когда можно объединить все методики по челюстно-лицевой хирургии, эстетической хирургии и оториноларингологии. Ежегодно врачи выполняют до 18 операций коррекции данных врожденных пороков.

Список литературы

1. Алимурзоев Ф.А. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба // Успехи современной науки.-2017.-Т.2.-№ 5.- С. 92-94.
2. Андреева О.В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и нёба // Вестник Чувашского университета.-2012.-№3.-С.269
3. Васильев Ю.А.,Редько А.Н.,Гуленко О.В.,Удина И.Г. Выявление врожденных расщелин губы и нёба в ходе перинатального УЗИ исследования в Краснодарском крае // Российский стоматологический журнал.-2017.-Т.21.-№4.-С.190.
4. Марданов А.Э., Смирнов И.Е., Мамедов А.А. Врожденная расщелина верхней губы и нёба у детей: патогенетическое значение матриксных металлопротеиназ // Российский педиатрический журнал.-2016.-Т.19.-№2.-С.106-113.
5. Степанова Ю.В., Цыпакова М.С. Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и нёба //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста.-2013-Т.1.-№1.-С.36-43

Джораяева Ф.Х., Ахророва З.А., Махамадиев А.А.

ЛЕЧЕНИЕ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ФОРМЫ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии признана тугоухость. В связи с тем, что слух является одной из важных функций организма, улучшающее качество жизни человека, то на сегодняшний день развитие тугоухости и глухота являются предметом рассмотрения не только клинической, но и социальной медицины [1,2].

Анализируя причины снижения слуха у детей, выявлено, что наиболее частой из них признается острый и хронический гнойный средний отит (48,3%)[1,2,3].

Острый средний отит (ОСО) квалифицируется как острыйгнойный воспалительный процесс в слизистой оболочке полостей среднего уха, причиной чего является дисфункция слуховой трубы, патологии носоглоточного миндалины, острый ринит[3].

Основные теории патогенеза острых средних отитов объясняется развитием дисфункцией слуховой трубы. Нарушение проходимости слуховой трубы может быть связано с ее механической обструкцией либо неэффективностью механизма ее активного открытия. Механическая обструкция слуховой трубы чаще всего обусловлена гипертрофией лимфоидной ткани глоточной или тубарных миндалин, что имеет первоочередное значение в развитии острых отитов детского возраста. Развитию быстрого сужения просвета слуховой трубы может способствовать отек слизистой оболочки носоглотки при острых респираторно-вирусных заболеваниях[1,3].

Цель работы. Изучить эффективность шунтирования барабанной перепонки при остром вялотекущем среднем отите у детей.

Материалы и методы исследования. На базе детского ЛОР - отделения НМЦ РТ в период 2022 по 2023гг было госпитализировано и обследовано 18 детей с острым средним отитом. Возраст пациентов колебался от 6 до 12 лет. Все больные были разделены на 2 группы: основная и сравнительная группа по 9 человек соответственно. Всем больным проводили эндоскопию полости носа и носоглотки, отомикроскопию, импедансометрию, тонально-пороговую аудиометрию и лабораторные исследования. Все больные обращались по поводу своей патологии повторно после безрезультатного консервативного лечения по месту жительства.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении, больные предъявляли жалобы на снижение слуха, шум в ухе, чувство переливания жидкости в ушах в некоторых случаях нарушения носового дыхания, выделения из носа, ночной храп. При отомикроскопии определяли тусклый цвет барабанной перепонки, втянутость, местами образование ретракционных карманов в расслабленной и натянутой частях барабанной перепонки, отсутствие светового конуса, в некоторых случаях утолщение барабанной перепонки, а также определялось наличие жидкости в барабанной полости. При эндоскопии полости носа наблюдалось кровенаполнение слизистой оболочки полости носа и гипертрофия носовых раковин – у 6 детей. Результаты эндоскопии носоглотки отображали картину степени увеличения аденоидов II степени у 5 (27,8%) детей и III степени у 6 (33,3%) детей, которым было проведено аденоотомия.

При тонально-пороговой аудиометрии выявили снижение слуха по кондуктивному типу: I – степени у 12 (66,7%) ребенка, II – у 6 (33,3%) детей. Данные импедансометрии показывали наличие жидкости в барабанной полости у всех больных.

После завершения обследования пациентам первой группы произвели шунтирование барабанной перепонки. Пациентам второй группы производили парацентез.

Всем пациентам проводили частые анемизации носовых ходов с сосудосуживающим препаратом. Кроме этого, все больные получили соответствующую патогенетическую терапию. На 5-е сутки лечения у больных основной группы симптомы острого среднего отита полностью отсутствовали у 8 (88,9%) пациентов, а у 1 (11,1%) пациента всё ещё сохранялось умеренное выделение из уха. В группе сравнения отсутствие вышеуказанных симптомов наблюдали у 3 (33,3%) больных, а у 6 (66,7%) пациентов отмечались симптомы вялотекущего острого среднего отита.

Выводы. Выполнение шунтирование барабанной перепонки, является целесообразным и повышает эффективность лечения при вялотекущим острым среднем отите у детей.

Литература.

1. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология: учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 656 с.
2. Богомилский М.Р. Практическое руководство по диагностике, лечению и профилактике болезней уха, горла и носа у новорожденных, детей грудного и раннего возраста. М.: Издательство РГСУ. - 2014. – 168 с.
3. Власова Г.В., Павлов П.В. . Острый средний отит. – Л.: Медицина, Санкт - Петербургский государственный педиатрический университет 2021.–82 с.
4. Amonoo-Kuofi K., Tostevin P., Knight J.R. Aspergillus Mastoiditis in a Patient with Systemic Lupus Erythematosus: A Case Report. Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY. 2019; 15(2): 109-112.

Довнар А.И., Жук И.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМИ ИМПЛАНТАМИ ИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии УО «ГрГМУ». Республика Беларусь

Актуальность.

Хирургическое лечение послеоперационных дефектов костей черепа является одним из актуальных вопросов медицины. В большинстве случаев формирование дефектов черепа связано с перенесенной у пациента тяжелой черепно-мозговой травмой. Как известно доказана эффективность оперативного лечения тяжелой ЧМТ путем формирования больших трепанационных дефектов, обеспечивающих необходимую декомпрессию для головного мозга. Около 40% пациентов с инвалидностью после тяжелой черепно-мозговой травмы имеют трепанационные дефекты [1].

В дальнейшем у таких пациентов часто возникают «синдром трепанированных». Они испытывают головокружение, утомляемость, ухудшения концентрации внимания, головную боль, чувство страха и незащищенности, местную болезненность или дискомфорт в области операции, пульсирующее ощущение в головном мозге, а также выпячивание внутримозгового содержимого в дефект при кашле, чихании, наклоне головы и выраженном физическом напряжении. При этом данные жалобы являются метеозависимыми, так как проявляются либо усиливаются при изменении атмосферного давления окружающей среды. Кроме этого, пациенты могут испытывать серьезные косметические проблемы, особенно при локализации костных дефектов в местах, не прикрытых волосами. При этом посттравматическое депрессивное состояние встречается до 77% случаев у пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму [2].

В клиниках нашей страны в качестве эксплантата применяются перфорированные титановые пластины. Однако несмотря на множество положительных качеств титана, данный краниопластический материал является неидеальным и имеет определенные недостатки. Поэтому возникает необходимость в поиске нового краниопластического материала.

Цель исследования.

Оценить возможности создания и применения персонализированных черепных имплантов из композиционного материала «Суперфлувис» для закрытия дефектов черепа.

Материал и методы исследования.

В качестве материала для изготовления импланта мы использовали композиционный материал «Суперфлувис» (ТУ BY 400084698.178-2006). Основу данного композита составляет фторопласт-4 (83% удельного веса) и наполнитель – углеродный материал «Белум» (ТУ 4000846698.178-2006) с фторполимерным покрытием (17% удельного веса). Выбор данного материала обусловлен подобными прочностными характеристиками исследуемого материала и кости свода черепа, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Деформационно-прочностные характеристики костной ткани свода черепа и материала «Суперфлувис»

Наименование показателя	Кость черепа	Суперфлувис
Плотность, кг/м ³	1700-1900	1940-2000
Прочность при сжатии, МПа	39,5-111,6	120-125
Модуль упругости при сжатии, МПа	402,5-2817,3	750-1000
Прочность при растяжении, МПа	25,4-63,6	28-33
Твердость по Бринеллю, МПа	44-60	65

Создание персонализированного черепного импланта требует выполнение дооперационного рентгеновского компьютерно-томографического исследование головы пациента. Для этого нами выполнялось предоперационные исследование головы **на 64 срезовом компьютерном томографе Siemens SOMATOM go.Up**. Толщина среза составляла 1 мм.

Результаты исследования и их обсуждение.

Полученные файлы компьютерного томографического исследования формата DICOM мы конвертировали в STL формат, с целью возможности дальнейшей их обработки. Для этого применяли прикладное программное приложение 3D Slicer v. 5.2.2, которое является бесплатной платформой для анализа медицинских изображений с возможностью их редактирования. Инструменты редактирования данной прикладной программы позволяют не только удалять окружающие инородные тела (например подголовник аппарата КТ), а также задавать области черепа для реконструкции. При помощи определения порога числовых значений шкалы Хаунсфилда (от 400 до 3566) производится удаление мягких тканей и биологических жидкостей. Это позволяет производить дальнейшую работу и компьютерную обработку только с моделью черепа.

В дальнейшем для работы с созданной STL моделью черепа мы использовали программу Autodesk Meshmixer V. 3.5.474. Данное приложение является бесплатным и имеет широкий перечень инструментов для редактирования объемных объектов. Нами было установлено, что из нескольких методов созания недостающей части черепа метод «зеркальная симметрия» является наиболее оптимальным. При этом выделяя края области дефекта черепа на его симметричной части происходит вырисовывание области, соответствующей дефекту (рисунок 1). После чего требуется только минимальное редактирование из-за возможных костных разрастаний (остеофиты) в краях костного дефекта.

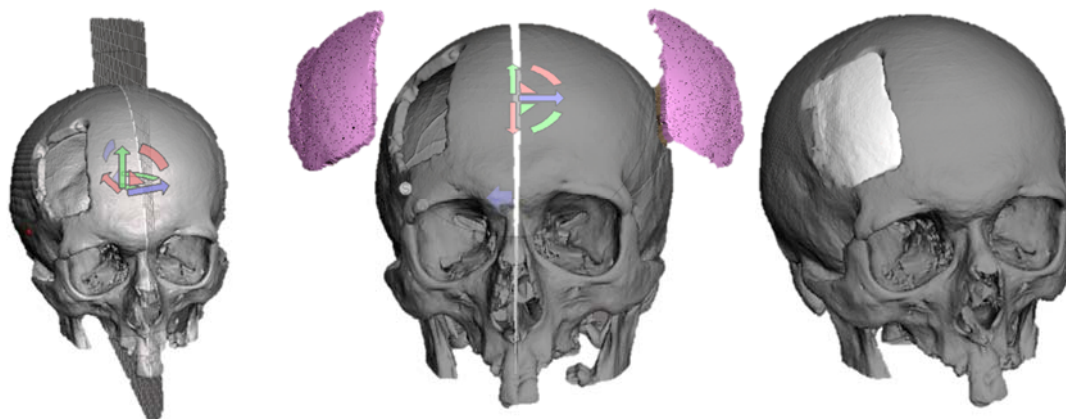


Рисунок 1 – Этапы построения 3D модели импланта в Autodesk Meshmixer методом «зеркальная симметрия»

Изготовление импланта производилось на четырех осевом фрезерном обрабатывающем центре Weida VMC-855 (Китай). Процесс изготовления включал расположение и фиксации дисковой заготовки из материала «Суперфлувис», установку необходимого фрезерного инструмента и загрузку ранее полученного STL файла модели импланта в программное обеспечение фрезерного центра.

Процесс обработки заготовки занимал около 20 минут, после чего нами был получен индивидуальный черепной имплант. Размеры и форма созданного импланта полностью соответствовали его модели прототипа (рисунок 2).



Рисунок 2 – Индивидуальный имплант из материала «Суперфлувис»

Выводы.

Композиционный материал «Суперфлувис» возможно применять для создания персонализированных черепных имплантов, используя прикладные программы, находящиеся в открытом доступе. При этом созданный имплант полностью восстанавливает правильную форму и конфигурацию черепа.

Список литературы.

1. Этиология и эпидемиология приобретенных дефектов костей черепа, полученных при различной патологии центральной нервной системы, и число больных, нуждающихся в их закрытии, на примере крупного промышленного города / Н.А. Копорущко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 2. – С. 120.

2. Семин, Д. А. Качество жизни и психическое здоровье пациентов после черепно-мозговой травмы / Д.А. Семин, В.М. Орлова, Т.Г. Снегирева // Head and Neck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2022. – Т. 10, № S2S2. – С. 120-122.

Додхоева М.Ф., Сайдалиева Д.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ У РОДИЛЬНИЦ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Актуальность. Ежегодно во всём мире послеродовые гнойно-воспалительные заболевания становятся причиной смерти примерно 35000 матерей [4]. Среди гнойно-воспалительных заболеваний наиболее часто встречается послеродовой эндометрит, который осложняет 1-3% естественных родов и 27% кесарева сечения [5]. При развитии дополнительных осложнений в родах эндометрит в послеродовом периоде наблюдается в 18-20% случаев, а при абдоминальном родоразрешении частота развития этого осложнения составляет 25-34%, причём после проведения кесарева сечения в плановом порядке этот показатель составляет 5-6%, тогда как после экстренных случаев возрастает до 25-85% [2].

В настоящее время мир вступил в постантибиотиковую эру. Наряду с разработкой новых антибактериальных средств отмечалось и формирование бактериорезистентности к ним, в результате чего сформировались антибиотикорезистентные супербактерии, плохо поддающиеся лечению [3].

Более предпочтительной является направленная антибактериальная терапия с учётом чувствительности микроорганизмов. Такой вариант терапии обычно сопровождается меньшим числом нежелательных эффектов, имеет наибольшую фармакоэкономическую эффективность, и, как правило, не вызывает антибиотикорезистентности у микроорганизмов, а в случае их возникновения, формируется более длительно [1].

Цель исследования. Изучение структуры условно-патогенных микроорганизмов полости матки у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями послеродового периода и оценка их чувствительности к антибиотикам.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии №1, находящейся в городском родильном доме №1. В исследование включены 36 родильниц, поступивших в родильный дом в период 2022-2023 годы, послеродовый период у которых осложнился гнойно-воспалительными заболеваниями. Материал для бактериального исследования взят из полости матки. При оценке результатов определения чувствительности бактерий использовали следующие критерии: чувствительные (S), умеренно резистентные или штаммы с промежуточной чувствительностью (I), резистентные (R). Исследования проводились в бактериологическом отделе Национальной референс-лаборатории.

Результаты исследования. Возраст исследованных родильниц колебался в пределах 19 – 35 лет, преимущественно активного репродуктивного возраста - 83,3%. Первородящих было 23 женщины (63,9%), повторнородящих - 11 (30,6%) и многорожавших - 2 (5,5%). После самостоятельных родов были 16 женщин (44,4 %), родоразрешённых абдоминальным путём - 20 (55,6%). Среди последних 85% оперированы по экстренным показаниям, 15% - в плановом порядке. Структура гнойно-воспалительных заболеваний представлена в табл. 1.

Таблица 1. Послеродовые осложнения

№	Структура	Число	%
1.	Острый послеродовой метроэндометрит	17	47,2
2.	Метроэндометрит после кесарева сечения	11	30,5
3.	Хориоамнионит	15	41,7
4.	Гематометра	12	33,3
5.	Инфильтрация швов на матке	5	13,9
6.	Перикультит	2	5,6
7.	Перитонит	1	2,8
8.	Сепсис	1	2,8
9.	Инфильтрация и нагноение подапоневротической гематомы	1	2,8
10.	Надапоневротическая инфильтрация	3	8,3

Посев для бактериологического исследования был взят из полости матки после постановки диагноза в послеродовом периоде. Анализ проводился культуральным диском - диффузионным методом в течение 5 дней с определением микроорганизмов и чувствительности их к антибиотикам. Полученные результаты исследований приведены в табл. 2.

Таблица 2. Результаты бактериологического исследования

№	Возбудители	число	частота
1.	<i>Esherichiacoli</i>	8	26,7
2.	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	4	13,3
3.	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	2	6,7
4.	<i>Candida albicans</i>	6	20
5.	<i>Staphylococcus aureus</i>	3	10
6.	<i>Enterococcus</i> spp.	3	10
7.	<i>Staphylococcus hominis</i>	4	13,3
8.	<i>Proteus mirabilis</i>	1	3,3
9.	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	3,3
10.	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	3,3

Анализ полученных результатов исследований показал, что в 6 сл. (16,7%) роста микрофлоры не было выявлено. Антибактериальная терапия в таких случаях была назначена при появлении клинических симптомов. В 6 сл. (16,7%) была обнаружена контаминация микроорганизмов. Самая часто встречаемая флора была *Esherichiacoli*- у каждой 4-й пациентки. *Candida albicans* сочеталась с другой флорой в 20 % случаев. Из патогенной флоры следует отметить наличие *Staphylococcus aureus* (10%) и *Proteus mirabilis* (3,3%), остальные возбудители оказались условно-патогенными.

Результаты определения чувствительности выделенных возбудителей у родильниц показали, что обнаруженная *Esherichiacoli* была чувствительна к антибиотикам из группы карбопенемов - Меропенем, Имепенем, Цефтазидим, Цефтриаксон, Гентамицин, Амикацин и устойчивой к группе пенициллинов - Ампициллин, Амоксициллин, Ципрофлоксацин, Полимексин-колестин, Хлорамфеникол и Левофлоксацин; *Staphylococcus aureus* была чувствительна к Амикацин, Меропенем, Ципрофлоксацин, Полимексин-колестин, Линезолид, Моксифлоксацин, устойчива к Левофлоксацин, Ципрофлоксацин.

Одним из факторов, снижающих иммунологический статус родильниц и повышающий риск развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде является анемия, как исходная, так и постгеморрагическая, которая способствует ухудшению состояния больной. Результат исследования крови у исследуемых пациенток показал высокую ее частоту у больных родильниц с гнойно-воспалительными заболеваниями – 61,1%. Уровень гемоглобина у них колебался в пределах от 63 г/л до 109 г/л., который влиял на исход и продолжительность лечения указанных больных.

Выводы.

1. Возбудителями послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний в большинстве случаев оказалась эндогенная флора, особенно грамположительная, такие как *Esherichiacoli* (26,7%), *St. hemolyticus*, (13,3%), *Enterococcus* spp. (10%), *St. epidermidis* (6,7%), чувствительные к антибиотикам из группы карбопенемов и устойчивые к пеницилинам и цефалоспорином I поколения.
2. Благоприятным фоном для развития гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц и удлиняющий процесс их лечения является часто встречающееся анемия, развившаяся особенно после акушерских кровотечений.

Список литературы:

1. Орозалиева Б.К., Сыдыгалиев К.С., Акматов Т.А. «Результаты исследования бактериологического посева из полости матки у женщин с послеродовыми гнойно-септическими осложнениями». Журнал: Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана, №7, 2020.
2. Савельева Г.М. Акушерство: Национальное руководство /под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е. – 2-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. – С. 1080.
3. Boushra M, Rahman O. Postpartum Infection. 2022 Jul 12. In: StatPearls [Internet]. *Treasure Island (FL): Остров сокровищ (Флорида): StatPearls Publishing; 2022 Jan–*. PMID: 32809639. Bookshelf ID: NBK560804 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/report=classic>
4. McKinley LP, Wen T, Gyamfi-Bannerman C, Wright JD, Goffman D, Sheen JJ, D'Alton ME, Friedman AM. Hospital Safety-Net Burden and Risk for Readmissions and Severe Maternal Morbidity. *Am J Perinatol*. 2021; 38(S 01):e359-e366. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710544>
5. Rouse C. E. Eckert L.O., Muñoz F.M., Stringer J.S., Kochhar S. A., Bartlett L. et al. Postpartum endometritis and infection following incomplete or complete abortion: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data //Vaccine. – 2019. – Vol. 37, – №. 52. – P. 7585-7595. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.101>

Зокиров Р.А. Пахлавонев М., Холов Д.Д.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ

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

Актуальность. В настоящее время в развитых странах частота ожогов составляет 1 случай на 1000 человек в год, а смертность при ожогах варьирует от 1,5 до 5,9% [1]. В большинстве случаев причиной смерти является инфекция, которая составляет 76,3% всех смертей от ожогов [2].

Кроме непосредственной опасности для жизни пациента, длительное наличие инфекции замедляет заживление ожоговых ран и способствует избыточному рубцеванию, вызванному хронической стимуляцией воспалительных клеток [3].

Инфекция также затрудняет своевременное закрытие ожоговых ран аутодермопластикой, а также является проблемой при проведении ранней эксцизии ожоговой раны. Использование современных методов закрытия ожоговых поверхностей, таких как трансплантация кератоцитов и культуры аллофибробластов, также сталкивается с трудностями из-за инфекции.

Некротические ткани, образующиеся после ожога, предоставляют благоприятную среду для размножения и распространения микроорганизмов. Таким образом, любое ожоговое поражение, даже легкой степени, создает условия для развития инфекции. При обширных и глубоких ожогах происходят патологические процессы, которые проявляются клиническими симптомами ожоговой болезни и создают дополнительные условия для развития инфекции [4].

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с гнойными ожоговыми ранами.

Материал и методы исследования. Лечение ожоговых ран проводилось с использованием контролируемой влажной среды у 23 пациентов. Физиологические влажные условия на поверхности ран создавали изотоническим раствором хлорида натрия и стерильными полиэтиленовыми прозрачными контейнерами. В контрольную группу вошли 12 пациентов, которым применяли гидроколлоидный пластырь.

Результаты. При проведении исследования было обнаружено, что помещение ожоговой раны в раствор натрия хлорида сразу же снижает или полностью устраняет боль. Ежедневные перевязки становятся практически безболезненными. В первые сутки оценка болевого синдрома по ВАШ составляет 3,82 балла в основной группе и 4,08 балла в контрольной группе. Затем, к 2-м суткам, показатели понижаются до 3,75 балла в группе с физиологическим раствором и 2,7 балла в группе с гидроколлоидными повязками. К 3-м суткам показатели составляют 3,06 и 2,5 балла соответственно. Гибкий контейнер не ограничивает движение в пораженной области и позволяет пациентам передвигаться, а его стенки не прилипают к ранам благодаря наличию жидкой среды. Пациенты отмечают удобство лечения и сохранение подвижности в пораженной области, а врачи положительно оценивают возможность контроля за состоянием раны через прозрачный контейнер, сокращение времени перевязок и их упрощение. Однако, существует ограничение в виде отсутствия промышленно производимых контейнеров на данном этапе и некоторой потери лекарственного раствора при недостаточной герметизации. У пациентов с ожогами I—II степени раны заживают в среднем через 4,5 суток лечения. У 5 пациентов с ожогами III степени проведена пластика остаточных глубоких ран через 9,4 суток. Ни у одного пациента не наблюдалось клинических признаков инфекционных осложнений ран. Только у 4 (17,3%) пациентов лечение было прекращено до наступления эпителизации раны из-за дискомфорта или алкогольно-интоксикационного делирия. Пациенты выписывались из стационара в среднем через 13,4 суток.

У пациентов контрольной группы с ожогами II степени частичная или полная эпителизация ран была замечена в среднем к 6-му дню лечения. У 6 пациентов с ожогами III степени, в среднем через 6 суток, была проведена пластика ожоговых ран с использованием расщепленного кожного лоскута. В результате, пациенты из контрольной группы были выписаны из стационара в среднем на 17-й день лечения. Анализ использованного раствора показал, что преобладает слабощелочная реакция (рН варьировал от 6,0 до 8,0 и в среднем составлял 7,12). Количество белка зависело от глубины повреждения тканей и составило от 4 до 88,3 г/л (в среднем 38 г/л). Исследование микробиологической обсемененности ран в условиях влажной среды выявило наличие следующей микрофлоры: преобладал *Acinetobacter* у 7 пациентов, у 5 отмечен рост *Staphylococcus aureus*, в 4 клинических наблюдениях была выявлена *Klebsiella pneumoniae*, в 2 — *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus faecalis*, у 1 пациента — *Moraxella lacunata*. При лечении с использованием гидроколлоидных повязок был выявлен следующий характер микрофлоры: преобладал *Staphylococcus aureus* у 7 пациентов; *Staphylococcus epidermidis* отмечен в 5 наблюдениях, *Acinetobacter* — в 2, *Enterococcus faecalis* — в 2, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus warneri*, *Enterobacter cloacae* и *Klebsiella pneumoniae* — в 1 наблюдении. В 3 случаях раневое отделяемое не показало роста. Все пациенты получали системную антибактериальную терапию в соответствии с чувствительностью микрофлоры.

Выводы. Таким образом, результаты первого опыта лечения ожоговых ран в условиях влажной среды, созданной раствором натрия хлорида, позволяют продолжать использование этого метода и его дальнейшее развитие. Особенно важными являются следующие факторы: анальгезирующий эффект влажной среды, особенно в первые сутки лечения, а также снижение интенсивности боли в последующие дни. Использование прозрачных контейнеров позволяет врачу постоянно контролировать состояние ожоговой раны, что особенно важно при пограничных ожогах для принятия решения о необходимости оперативного лечения. Однако, недостатком лечения пациентов контрольной группы является отсутствие возможности визуального наблюдения за состоянием раны без проведения перевязки. Лечение ожоговых ран в условиях влажной среды в полиэтиленовых контейнерах позволяет сохранять функциональную активность верхних и нижних конечностей.

Литература.

1. Sterne JAC, Egger M, Moher D (editors). Chapter 10: Addressing reporting biases. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
2. Thompson SG, Sharp SJ. Explaining heterogeneity in meta-analysis: a comparison of methods. *Statistics in Medicine* 2019;18(20):2693-708.
3. Thompson SG, Higgins JPT. How should meta-regression analyses be undertaken and interpreted?. *Statistics in Medicine* 2012;21(11):1559-73.
4. Weber J, McManus A. Infection control in burn patients. *Burns* 2014;20(8):A16-24.

Зокиров Р.А., Зубайдов Т.У., Холов Д.Д.
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПАЦИЕНТОВ С
ОЖОГОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

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

Актуальность. Проблема ожогового травматизма является непосредственно одной из наиболее насущных и сложных в медицине. Этот факт связан распространением ожоговой травмы в мирное время в густонаселенных

городах и промышленно-развитых стран мира, а также в связи с появлением очагов напряжения (вооруженных конфликтах) в мире. В настоящее время комбинированные ожоговые поражения многие авторы справедливо относят к одному из наиболее тяжелых видов раневой патологии.

Инфекция ожоговых ран одна из главных проблем комбустиологии. Частота инфекционных осложнений при ожоговой болезни столь велика, что от решения вопросов борьбы с инфекцией во многом зависит прогресс в лечении обожженных (Крутиков М.Г, 2005, Мукоинин А.А., 2006).

Термическая травма на фоне сахарного диабета (СД) относится к категории наиболее тяжелых процессов раневого течения. Ожоговая травма и СД взаимно отягощают течение друг друга, так как создается замкнутый порочный круг. С одной стороны, нарушения обменных процессов, органопатологические изменения во внутренних органах, развивающиеся при ожоговом травматизме, приводят к прогрессированию и декомпенсации диабета. С другой стороны, нарушения обмена веществ, полинейропатия, микро-макроангиопатия, иммуносупрессия при СД, замедляя регенерацию тканей, осложняет и усугубляет течение регенерации ожоговой раны и болезни.

Инфекция - одно из ведущих звеньев патогенеза ожоговой болезни, которое

определяет ее клинические проявления, течение и исход. Разработка и усовершенствование ранозаживляющих методов лечения, используемых при хирургической обработке и туалете дефектов тканей у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, является одной из актуальных задач хирургии. Поиски путей и способов достижения наиболее благоприятных условий для течения репаративных процессов продолжают оставаться в центре внимания исследователей, особенно если объектом лечения являются пациенты с указанной патологией.

Цель исследования. Изучить результаты бактериологических посевов раневого отделяемого пациентов с термической травмой на фоне сахарного диабета.

Материал и методы исследования. В работе представлены данные результатов выборочного ретроспективного анализа данных микробиологической диагностики возбудителей из раневого отделяемого 38 пациентов, имеющих ограниченные ожоговые раны на площади от 3% до 8% поверхности тела III аб- IV степени на фоне сахарного диабета за период 2020-2023гг. В наше исследование не вошли: пострадавшие с поверхностными и пограничными ожогами. Возраст больных варьировал от 43 до 72 лет. Причинами ожоговых ран в 21- случаях был кипяток, в 13 контактные ожоги горячими и раскалёнными металлами, в 3 случаях ожоги пламенем и 1-случай химического ожога. У всех больных клинически подтвержденное заболевание сахарным диабетом на протяжении более 2-х лет с проявлениями полинейропатии и микро-макроангиопатии.

Выделение микрофлоры осуществляли стандартными бактериологическими методами анализа микрофлоры из раны, путем посева на среды (кровяной, желточно-солевой агар, а также среды Эндо и Сабуро), с использованием термостата («DHP – 360», Китай) и микроскопа («Labomed vision 2000», США) в разрешении 40 и 100. Чувствительную идентификацию к антибиотикам проводили с помощью коммерческих тест-систем (НИЦФ, Россия). Микробиологический мониторинг ран у больных проводился трехкратно при поступлении, в процессе лечения и по окончании лечения, также ориентируясь на степень выраженности и продолжительности воспалительных проявлений в области раны (отек, гиперемия, раневой экссудат), на фоне комплексной терапии сахарного диабета и ожоговой раны.

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что микробный пейзаж раневой микрофлоры пациентов с ожоговыми ранами на фоне сахарного диабета на протяжении трех изученных лет принципиально не изменился. За последние три года по-прежнему ведущая роль в этиологической структуре раневой инфекции принадлежит стафилококкам: удельный вес *Staphylococcus aureus* в микробных ассоциациях составлял - 34%; *Staphylococcus epidermidis* – 22.8%; *Ps. aeruginosa*, – 18,6% и прочие - 24.6% (*Acinetobacter* spp - 12,4%, *Staphylococcus saprophyticus* – 8,4%, *Enterococcus faecium* – 3,8%).

Поскольку в последние годы отмечается рост резистентности возбудителей и развития «панрезистентных» штаммов ожоговой инфекции к антибактериальным препаратам, применяемым в клинической практике, важнейшим моментом является определение чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. В настоящее время, в соответствии со стандартами для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам рекомендован диско-диффузионный метод. Анализ антибиотик чувствительности *Staphylococcus aureus* в нашем исследовании показал, достаточно высокой чувствительностью к следующим антибактериальным препаратам: ванкомицин (94.7%), гентамицин (90.7%), левофлоксацин (84.8%), цефтриаксон (82.7%), азитромицин (77.6%), цефазолин (66.7%).

Выводы. Таким образом, в настоящее время при выборе правильной тактики антибиотикотерапии ожоговой травмы на фоне сахарного диабета особое значение приобретают данные об этиологической структуре, эпидемиологии раневой инфекции и резистентности возбудителей инфекции к применяемым антибактериальным препаратам. Количественное преобладание штаммов раневой микрофлоры и неуклонный рост их устойчивости к антибактериальным препаратам характеризует течения раневого процесса. Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод относительно предпочтительности назначения в качестве стартовой антимикробной терапии антибиотиков, к которым была выявлена высокая чувствительность штаммов грамположительных бактерий, в том числе к *Staphylococcus aureus*.

Список литературы:

1. Завалий, И.П. «Экспериментально-клиническое исследование состояние и лечение гнойных ран при сахарном диабете» - Новгород, 2016. – С. 32-33
2. Чубаров, В.И. Оптимизация комплексного лечения ограниченных ожогов IIIA степени: автореферат диссертации кандидата медицинских наук 3.1.9 / Чубаров Владимир Иванович. – Саранск, 2007. – С. 17.
3. Митряшов, К.В. Особенности микробного пейзажа «пограничной» ожоговой раны в разные фазы раневого процесса / К.В. Митряшов, И.В. Митряшов, В.В. Усов и др. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы лечения термической травмы». – Якутск, 2015. – С. 95- 97.
4. Беньковская, О.П. «Мониторинг микрофлоры ожоговых ран как этап стандартизированного подхода к назначению антибактериальной терапии» II Съезд комбустиологов России: Материалы съезда. – Москва, 2008. – С. 114-115.

**Зокиров Р.А. Абдурасулов А.А., Холов Д.Д.,
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Кафедра общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является наиболее распространенным эндокринным заболеванием. По данным мировой литературы, количество больных СД в мире составляет более 200 миллионов, и к 2025 году ожидается увеличение этого числа до 324 миллионов человек.

СД имеет большую социальную значимость из-за своей связи с ранней инвалидизацией и летальностью, вызванной наличием поздних сосудистых осложнений. К таким осложнениям относятся макроангиопатии (гангрена нижних конечностей, инфаркт миокарда, инсульт), микроангиопатии (ретинопатия и нефропатия) и нейропатии [1].

Макроангиопатия при СД практически не отличается от атеросклеротического поражения сосудов крупного и среднего калибра, но у больных СД она развивается намного раньше. Дислипидемия является характерной чертой СД 2 типа и характеризуется так называемой "липидной триадой": увеличением концентрации триглицеридов, снижением уровня холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и преобладанием в крови мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [2-4].

Ингибиторы 3-гидроксид-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы (ГМГ-КоА редуктазы), также известные как статины, представляют собой новый класс гиполипидемических средств, которые показали хороший эффект при лечении дислипидемии. Статины доказано снижают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД. Кроме того, статины, возможно, могут замедлить прогрессирование микрососудистых осложнений при СД. Исследования показали, что статины усиливают процессы вазодилатации путем усиления синтеза оксида азота (NO), уменьшения синтеза эндотелина 1 (ЕТ-1) и снижения сосудистой реакции на ангиотензин-2 (АТ-2). Также было обнаружено положительное влияние статинов на периферическую нейропатию при сахарном диабете [3,5].

Синдром диабетической стопы (СДС) развивается у 30–80% больных СД и является следствием основных осложнений диабета - полинейропатии и ангиопатии. Он приводит к развитию гангрены нижних конечностей. Ранняя послеоперационная летальность составляет около 50%. Разработка новых стратегий лечения и профилактики СДС является актуальной проблемой. Учитывая данные последних исследований, использование статинов может быть эффективным.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с гнойными диабетическими ранами путем внедрения в программу комплексного лечения гиполипидемических средств.

Материал и методы исследования. В 2022 году на кафедре общей хирургии № 2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино было проведено исследование эффективности лечения розувастатином пациентов с гнойными осложнениями СДС после малых операций на стопе. В ходе исследования было разделено 127 пациентов на две группы. Основная группа состояла из 67 пациентов, которые помимо стандартной терапии получали розувастатин в дозировке 20 мг в сутки на протяжении всего послеоперационного периода. Контрольная группа составила 60 пациентов, которые не получали розувастатин. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 9,2$ года.

Результаты исследования показали следующее. Пациенты в обеих группах были сходны по длительности течения сахарного диабета, сопутствующей патологии и распространенности гнойно-некротического процесса на стопе. Были оценены темпы формирования грануляционной ткани, скорость заживления ран и выраженность болевого синдрома.

Грануляции появились в среднем на 10,2 и 12,4 суток в основной и контрольной группах соответственно. Средняя скорость заживления ран составила 31,4 суток в основной группе и 35,2 суток в контрольной группе. Пациенты основной группы отмечали уменьшение болевого синдрома по сравнению с контрольной группой.

Выводы исследования.

Применение розувастатина в сочетании со стандартной терапией после малых операций на стопе у пациентов с различными формами СДС позволяет ускорить темпы формирования грануляционной ткани в ране, сократить сроки заживления ран и уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде. Данное исследование подтверждает положительный эффект применения розувастатина у данной категории пациентов

Литература

1. Cameron NE, Eaton SE, Tesfaye S. Vascular factors and metabolic interactions in the pathogenesis of diabetic neuropathy. *Diabetologia* 2019;44:1973–88.
2. Gianni C, Dyck PJ. Basement membrane thickening and pericyte degeneration precede development of diabetic polyneuropathy and are associated with its severity. *Ann Neurol* 2013;37:498–504.

3. Britland ST, Young RJ, Sharma AK, et al. Relationship of endoneurial capillary abnormalities to type and severity of diabetic neuropathy. *Diabetes* 2015;39:909–13.
4. Timperley WR, Ward JD, Preston FE, et al. Clinical and histological studies in diabetic neuropathy. *Diabetologia* 2012;12(3):237–43.

Зугуров А.Х.1,2, Султанов Д.Д.1,2, Камолов А.Н.1,2

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

1 Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

2 Республиканский научный центр сердечно–сосудистой хирургии. Таджикистан

Актуальность. Одной из проблем современной экстренной ангиохирургии по сей день остаётся оказания помощи больным с острой артериальной непроходимостью верхних конечностей. Частота встречаемости острой ишемии конечностей в США и странах Европы составляет от 50 до 100 случаев на 100 000 населения, при этом в 5,5–14,6% случаев после лечения у больных наблюдается снижение качества жизни ввиду потери функций конечности или ее ампутации [1–2]. В среднем же по миру частота ампутаций конечности при острой артериальной непроходимости верхних конечностей (ОАНВК) колеблется в пределах 15–40% случаев, а летальность достигает высоких цифр и лежит в пределах 25–50% [1, 3]. Значительной преградой на пути достижения оптимальных результатов лечения больных с ОАНВК является поздняя постановка правильного диагноза и, как следствие этого, позднее поступление больных. Согласно данным Н. Naimović, лишь 10–15% больных поступают в период 6–8 часов после наступления первых признаков заболевания, который считается «золотым промежутком времени» для начала вмешательства, ввиду того, что по прохождению данного промежутка начинается отмирание мышечных клеток [3]. Несмотря на разработку и внедрение самых современных диагностических технологий, новых методов операций и лекарственных препаратов частота выполнения ампутаций при ОАН на сегодняшний день остается на высоком уровне – 30% [4].

Цель исследования. Выбор методов лечения больных с эмболиями и острыми тромбозами артерий верхних конечностей в зависимости от сроков ишемии.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 124 больных с ОАНВК, которые поступили в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с января 2014 по июль 2021 года. Женщин было 75, мужчин 49. Возраст больных колебался от 17 до 82 лет. Средний возраст – 55,6±4,2 года. У 38 больных ОАН была правосторонней, у 86 больных левосторонней. Двусторонних поражений не наблюдалось. Сроки поступления больных составили от нескольких часов до одного месяца. Среди причин, вызвавших острую ишемию конечностей, острый тромбоз отмечен у 45 (36,3%) пациентов, эмболия в различных артериальных сегментах ВК – в 79 (63,7%) случаях. Следует отметить, что больные с травматической острой ишемией ВК не были включены в наше исследование. В структуре заболеваний, которые привели к ОАН, преобладали гипертоническая болезнь (78 пациентов), облитерирующий атеросклероз (в 9 случаях), ИБС – у 19 больных, нарушение ритма сердца (в 33 случаях), постинфарктный кардиосклероз (в 8 случаях), ревматизм (в 6 случаях), сахарный диабет 2 типа (10 пациентов), анемия средней и тяжелой степени – у 30 больных, ожирение – у 12 больных, клапанные дефекты – у 4 больных и неспецифический аортоартериит в 1 случае. Следует отметить, что чаще встречалось сочетание патологии нескольких систем организма. Степень острой артериальной ишемии оценивали согласно классификации Савельева В.С. с соавторами (1974г.). Распределение пациентов по степени острой артериальной ишемии: 1А степень – 3 (2,4%), 1Б – 2 (1,6%), 2А – 18 (14,5%), 2Б – 58 (46,8%), 3А – 22 (17,7%), 3Б – 13 (10,5%), 3В – 8 (6,6%) больных. У большей части больных (119) ишемия конечностей была тяжелой и достигала II–III степени. С целью изучения клиники ишемии ВК подвергались тщательному анализу все жалобы больного. Всем больным проводилось ангиологическое обследование, включающее пальпацию лучевой, локтевой, плечевой, подмышечной и подключичной артерии в стандартных точках на симметричных уровнях обеих ВК. Кроме общеклинических методов исследования, больным на догоспитальном и дооперационном периодах проведен комплекс методов исследования, включавший ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) и ангиографию по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Оптимальным временем для выполнения лечебных мероприятий у больных с ОАНВК считается первые 6 часов от момента начала заболевания. Восстановив кровообращение в конечности в этот период, практически удавалось добиться хороших результатов лечения больных, а также обеспечить гладкое течение процессов заживления и восстановления функции конечности в послеоперационном периоде. Однако по тем или иным причинам только 18% (22 пациентов) больных поступили в специализированное учреждение в период до 6 часов от момента начала заболевания. Подавляющий контингент оперированных нами больных – это лица пожилого и старческого возраста с тяжелой патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Тяжесть их состояния, а также выраженная ишемия конечностей диктовали необходимость скорейшего и адекватного восстановления кровообращения в пораженной конечности. Методы хирургических вмешательств были различными и выбирались индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от данных ультразвукового и ангиографического исследований, находок при интраоперационной ревизии пораженных сосудов, возраста и тяжести состояния больных, а также от возможностей оперирующего хирурга.

Наиболее распространенными операциями у наших больных являлись эмбол- и тромбэктомия (62%), которые дополнялись эндартерэктомией, симпатэктомией и фасциотомией. Протезирование пораженного участка артерии выполнено у 2 больных, шунтирующие операции – у 4 больных. У 3 больных после произведенной тромбэмболэктомии выполнена боковая пластика артерий венозным трансплантатом. В группе с эмболиями (79) 71 больному были выполнены 82 операции. Восемью больным с дистальными поражениями артерий, ввиду крайней тяжести состояния, и невоз-

возможности проведения хирургических манипуляций, было назначено консервативное лечение. 16 больным из 71 оперированного операция была выполнена в отсроченном порядке, после стабилизации функций других систем. У больных с острым тромбозом (45) в 31 случае были выполнены 40 оперативных вмешательств. 14 больным было назначено консервативное лечение. В 48,4% (15 больных) случаев операции были выполнены в отсроченном порядке. Повторные операции в обеих группах выполнены 18 больным из 102 оперированных.

В послеоперационном периоде ретромбоз возник в 14 случаях (у некоторых больных ретромбоз возникал неоднократно). Некроз ампутационной культи возник у двух больных, что стало причиной выполнения им реампутации. Тромбоз аутовены - в 1 случае, лимфорей - в 4 случаях. У троих больных наблюдались явления флеботромбоза ампутационной культи, которые были устранены консервативным путём. Из неспецифических осложнений следует выделить инфаркт миокарда, который наблюдался в 3 случаях, инсульт - у 5 пациентов, гипертонический криз - у 2 пациентов. Кровообращение конечности восстановлено у 108 больных (87,1%). 11 (8,9%) больным была выполнена ампутация конечности. Летальные исходы наблюдались в 5 (4%) случаях в группе с эмболиями ВК. Основной причиной смерти наших больных послужила тромбоземболия артерий головного мозга, сердечно-сосудистая недостаточность на фоне интоксикации, обусловленная гангреной конечности. Положительный эффект от проведенного консервативного лечения с сохранением конечности получен в 20 случаях.

Выводы. Ввиду несвоевременной диагностики, быстрого течения заболевания, влияния сопутствующей патологии, частота радикальных операций при ОАНВК остается высокой. Улучшение результатов лечения этой тяжелой патологии состоит в более точном определении показаний и сроков оперативных вмешательств, разработке четких критериев выбора хирургической тактики.

Список литературы

1. Губка В.А. Результаты лечения больных с острой артериальной ишемией конечностей / В.А. Губка, И.А. Коноваленко, А.В. Суздаленко // Патология. – 2015. – № 3. – С. 55-58.
2. Donnelly R. ABC of arterial and venous disease / R. Donnelly // N.J.M. London. – Oxford: BMJ I Books. – 2009. – P. 9-22.
3. Haimovici H. Arterial embolism of the extremities and technique of embolectomy / H. Haimovici // Haimovici's Vascular Surgery, Fifth Edition. – 2008. – P. 373-408.
4. Haskal Z. Mechanical thrombectomy devices for the treatment of peripheral arterial occlusions / Z. Haskal // Rev. cardiovasc. Med. – 2002. – N 3. – P.45-52.

Ибрагимов Д.Д., Исмаилов Н.С., Бободавлатов Д.У.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан.

Введение: Несмотря на изложенное, на сегодня все же не существует единого мнения о патогенетических механизмах возникновения замедленной консолидации отломков нижней челюсти, что существенно затрудняет разработку в клинической практике стандартного протокола лечебно-профилактических мероприятий, направленного на лечение и профилактику развития осложнений такого типа. Справедливо приоритетным путем профилактики проблемной замедленной консолидации отломков челюстей считают качественную репозицию и отсутствие смещения уже зафиксированных отломков [5].

Травмы челюстно-лицевой области занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей. В последние годы значительно увеличилась частота травматизма вследствие бурного развития промышленности, строительства, транспорта, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы (Бобылев А.Г., 2004). Переломы костей лицевого скелета составляют от 5-6% до 7-9% травматических повреждений скелета. На переломы нижней челюсти приходится до 65-85% от общего числа травм тканей лица; верхняя челюсть – 4-6%; скуловые кости и кости носа – соответственно 7-9% и 4-7%. (Сипкин А.М., Ахтямова Н.Е., Ахтямов Д.В., 2016. Лобко В.А., Прялкин С.В., 2013) Актуальным направлением лечения переломов являются методики прицельной стимуляции регенеративных процессов. Единственным методом в настоящее время является инъекционный метод с применением тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП), т.е. крови полученной от самого пациента, который является высоко активным биологическим стимулятором процессов регенерации за счет содержащихся в α -гранулах тромбоцитов различных факторов роста, которые оказывают свое влияние на все структурные единицы окружающей тканей и стимулирующих процессы регенерации [2, 3]. Использование тромбоцитарной аутоплазмы сегодня представляет одну из немногих возможностей запускать и ускорять естественные механизмы регенерации за счет содержащихся в тромбоцитах ФР. Кроме того, она не токсична и не 49 иммунореактивна. Введение в область перелома аутоплазмы стимулирует собственный регенерационный потенциал организма пациента. Плазмолифтинг при переломах помогает купировать боль, восстановить целостность костей, повысить местный иммунитет. Сыворотка, обогащенная тромбоцитами и факторами роста, получается из собственной крови человека, поэтому методика плазмолифтинга абсолютно безопасна и не вызывает аллергических реакций. Введение обогащенной тромбоцитами плазмы в место перелома - проверенный способ ускорить процесс восстановления структуры костной ткани. Курс инъекций активной сыворотки помогает сократить длительность периода выздоровления и реабилитации. Терапия богатой тромбоцитами плазмой прекрасно сочетается с традиционными методиками лечения.

Цель: оценка эффективности методики применения метода плазмолифтинга в профилактике и лечении замедленной консолидации отломков с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы исследования: За период с 2021 по 2023 г. под нашим наблюдением находились 19 пациентов с замедленной консолидацией отломков нижней челюсти. Все больные были отобраны во время амбулаторного приема в стоматологическом кабинете, городской медицинской объединенной города Самарканда. Их направляли

из стоматологических учреждений по месту жительства по завершению сроков лечения перелома нижней челюсти, то есть через 25 дней после осуществленных ранее в стационарных условиях репозиции и фиксации отломков нижней челюсти. У всех пациентов на момент обращения в клинику, несмотря на пройденное по месту жительства лечение, сохранялась подвижность отломков в зоне перелома нижней челюсти. У всех больных получившие различные переломы в области нижней челюсти, тяжелых сопутствующих заболеваний не было выявлено. Таким образом, диагноз замедленная консолидация перелома нижней челюсти был результирующим и устанавливался на момент окончания курса лечения по поводу перелома нижней челюсти. Для решения поставленных задач в исследование включали только пациентов с замедленной консолидацией перелома нижней челюсти, которые так как вышесказанные пациенты не имели тяжелые сопутствующие патологии, требующей дополнительного медикаментозного лечения.

Лечение 16 (84 %) больного было осуществлено методом двучелюстного шинирования, у 3-х (16 %) пациентов был использован метод остеосинтеза с помощью минипластин. Расширенное клиническое, рентгенографическое и лабораторное исследование осуществлялось в день обращения, а в дальнейшем на 7 и 23-е сутки.

Кроме клинического обследования проводили расширенные иммунологические и биохимические исследования всех больных с замедленной консолидацией перелома нижней челюсти, направленные на определение факторов, которые способствуют или приводят к нарушению репаративного остеогенеза. Объектом исследования были слюна и плазма крови.

Для решения поставленной цели исследования все пациенты были распределены в две группы. 9(47%) больным первой группы, проводили комплекс традиционных мероприятий по показанию. 10(53%) пациентам второй группы дополнительно к лечебному комплексу для стимуляции репаративного остеогенеза проводили инъекции обогащенного тромбоцитами фибрина.

Результаты: У всех 19-ти больных с замедленной консолидацией перелома нижней челюсти во время обращения в клинику было обнаружено местные воспалительные реакции различной степени выраженности.

Кроме того, у этих больных наблюдались выраженные патологические сдвиги показателей местного иммунитета, цитокинового профиля и антиоксидантной системы, которые препятствовали заживлению переломов нижней челюсти путем контактного остеогенеза. Так, у 3 (16 %) пациентов в щели перелома остались зубы. У большинства пациентов, лечение которых осуществлялось методом двучелюстного шинирования, назубные шинирующие конструкции стали причиной выраженного воспаления тканей пародонта с клиническими проявлениями катарального или гипертрофического гингивита.

Такие ситуации требовали дополнительного объема лечебного вмешательства, направленного на санацию воспалительных очагов, включая удаление зуба из щели перелома, пародонтологические лечебно-гигиенические мероприятия.

У больных первой группы проведенный комплекс традиционных лечений консолидаций костных отломков нижней челюсти наблюдался после 24-26 суток. У больных второй группы положительный эффект дал инъекции обогащенного тромбоцитами фибрина. Определенные на 21-е сутки иммунологические и биохимические показатели у этих пациентов демонстрировали уверенную тенденцию приближения к норме.

Заключение: Таким образом, результаты показали, что благодаря высокому содержанию тромбоцитов, в ее составе – белков, витамины и гормонов, местные ежедневные инъекции в линии перелома аутоплазму после операции дает хорошие результаты в процессе консолидации отломков нижней челюсти и предупреждает различных осложнений послеоперационным периоде при переломах нижней челюсти.

Список литературы:

17. ДД Ибрагимов, Н П Мардонова, НС Исмаев, ФШ Кучков. Жағ кисталарини даволашда тромбоцитлар билан тўйинган фибриннинг қўллаш авзаллиги. MedUnion. 2023/5/17, 2(1). Стр. 88-93.

18. Абсаматов Жасур Кодирхонович Кучков Фирдавс Шералиевич, Хамраева Юлдуз. Применение Элюдрил ПРО в сочетании Остеогеноном после сложных операций удаление зуба мудрости нижней челюсти. "Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". VI Международный конгресс стоматологов г.Ташкент. 2023/5/16. Стр. 156-159.

19. Гуйчиева М.А. Кучков Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Норпулатов Д.М.. Профилактика деформации альвеолярного отростка челюсти после операции удаление зуба. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 67-70.

20. Шукурова З.С. Ибрагимов Д.Д., Кучков Ф.Ш., Нарзикулов А.Р.. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Материалы международной научно-практической конференции «инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии». Ташкентский государственный стоматологический институт. 2023/4/26. Стр. 42-44.

21. Умирзоков Суннатилло Бокиевич Ибрагимов Даврон Дастанович, Кучков Фирдавс Шералиевич, Мардонова Нигора Парда кизи. Применение препаратов фурасол и фарингосол салванолс при лечении больных с периоститами челюстей. Молодежь и наука 2023: к вершинам познания. Новая наука. 2023/3/21. Стр. 7-13.

22. Махаммадиев Ахмадхон Орифонович Ибрагимов Даврон Дастанович, Кучков Фирдавс Шералиевич, Мусаев Жамшид Хасанович. Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Развитие общества и науки в современных условиях. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 112-118.

23. Гафоров Усмон Бобоназарович Исмаев Навруз Самадович, Кучков Фирдавс Шералиевич, Ибрагимов Даврон Дастанович. Повышение эффективности комплексного лечения острых гнойных периоститов челюстей. Наука XXI века: вызовы, становление, развитие. Новая наука. 2023/3/20. Стр. 28-34.

24. Сирожиддинов Уктам Хакимович Ибрагимов Даврон Дастанович, Кучков Фирдавс Шералиевич. Применение препарата Колапал КП-ЛМ при ограниченных дефектах челюстей после операции цистэктомии. Исследовательская работа – 2023. Новая наука. 2023/3/13. Стр. 16-19.

Ибрагимов Д.Д., Боймуратов Ш.А., Ахатов А.Ж., Эгамбердиев М.О.
ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Самаркандский государственный медицинский университет, Ташкентская Медицинская Академия.

Актуальность. Множественные переломы костей лица относятся к категории тяжелых травм. Тяжесть состояния пострадавших обусловлена объемом повреждения костных структур лицевого скелета. Наряду с ростом количества повреждений наблюдаются тяжелейшие сочетанные повреждения черепно-лицевого комплекса, обусловленные новым качеством современной скоростной техники.

Травмы челюстно-лицевой области и его последствия в большинстве случаев является причиной временной утраты трудоспособности, развития инвалидности (Стародубов В.И. 2012; и др.). Так как возникновение травм нередко бывает следствием злоупотребления алкоголя и наркотиков, это говорит что о высокой социальной значимости профилактической работы, направленной на снижение травматизма. Учитывая, что травмам подвергаются в основном мужчины трудоспособного возраста, которые активно участвуют в экономической жизни государства, то потери в итоге будут ощутимы на трудовом рынке на государственном уровне.

По причине смерти сочетанная травма занимает третье место после сердечнососудистых и онкологических заболеваний. Частота посттравматических воспалительных осложнений колеблется от 15 до 61%, инвалидность при СТКЛС достигает 23%. Увеличение числа посттравматических воспалительных осложнений делают эту проблему актуальной.

Медицинская реабилитация сочетанных травм занимает важное место в современной хирургии, травматологии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии. Это можно объяснить постоянным увеличением числа пострадавших с сочетанной травмой, трудностями ее диагностики и лечения, а также неудовлетворительными результатами лечения.

Разработать дальнейшей пути реабилитации больных сочетанными травмами костей лицевого скелета считается актуальным вопросам практике современной челюстно – лицевой хирургии.

Цель. Дать характеристику сочетанных травм отдельным зонам костей лицевого скелета и предложить тактику ведения больных.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 119 больных с СТКЛС в возрасте 19-66 лет, получавших стационарное лечение в городском медицинском объединении города Самарканда в период с 2019-2023 гг. из 119 больных мужчин было 105 (88%), женщин 14 (12%). Все больные госпитализированы в экстренном порядке после полученной травмы.

Всем больным в приемном отделении проводили клиническое, рентгенологическое и лабораторное обследование. Больных осматривали нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, травматолог, офтальмолог, оториноларинголог. В зависимости от зоны повреждения больные были разделены на 2 группы. 1-ую группу составили 76 больных с сочетанными травмами нижней зоны. 2-ую группу составили 43 больных с сочетанными травмами средней зоны лица.

В 1-ую группу (n=76) включены больные с травмами нижней зоны лица, которая соответствует топографо-анатомическому расположению нижней челюсти, мы отмечали односторонний перелом нижней челюсти, с двусторонними переломами нижней челюсти.

В 2-ую группу включены больные с травмами средней зоны лица. Средняя зона лицевого скелета имеет очень сложное строение, она является сложным биологическим перекрестком, где расположено начало жизненно важных органов. С этой точки зрения при травме средней зоны лица требуется оказания одновременной медицинской помощи разными специалистами (челюстно-лицевым хирургом, оториноларингологом, офтальмологом, реаниматологом).

10 больных (23%) этой группы отмечали сочетанный перелом верхней челюсти по Ле Фор 1,2,3, у 15 (35,5%) сочетанный перелом скуловой кости, перелом передней стенки верхнечелюстной пазухи, у 17 (39%) больных отмечали сочетанный перелом скуловой дуги, костей носа, нижней челюсти, у 33 (76%) больных сочетанная травма средней зоны лица сопровождалось с травмой мягких тканей челюстно-лицевой области.

Наличие боли в области лица, отечность и асимметрия лица отмечали у 100% больных. Деформация лица при переломах верхней челюсти нами определялась в 17 (39%) случаях. Симптом очков нами определен у 4 (9,3%), затрудненное носовое дыхание у 9 (20,9%), затрудненное открывание рта у 11 (25,5%) больных. Боль в области верхней челюсти отмечена у 10 (23,2%), ощущение инородного тела в горле у 7 (16,2%). Смещение мягкого неба отмечено у 6 (13,9%) больных, нарушение прикуса отмечали у 9 (20,9%) больных, крепитация костных отломков отмечено у 5 (11,6%) больных, эмфизема мягких тканей отмечали у 8 (18,6%) больных

Результаты и обсуждения. Анализ госпитализированных показал, что 23,5% (28 человек) составили городские жители, 76,5% (91 человек) - сельские жители. Городские жители в течение 3 часов были доставлены в больницу, а сельские жители от 1 до 3 суток, после оказания им первой медицинской помощи по месту жительства.

Установлено, что наиболее часто множественная травма лицевого скелета возникала в результате бытового 69 (57,9%) и уличного 41 (34,4%) травматизма. В категорию больных с бытовой причиной мы включили больных получивших травму дома, в быту. У 7 (5,8%) больных причиной травмы явились дорожно-транспортные происшествия. У 2 (1,6%) - больных была спортивная травма.

37,5% поступивших составило сочетанный двухсторонней перелом нижней челюсти. На втором месте сочетанный односторонней перелом, нижней челюсти который, составил 27,1%, сочетанная травма скуловой дуги, костей носа и нижней челюсти составил 14,6%, сочетанная травма скуловой кости, передней стенки верхнечелюстной пазухи составил 12,5%, сочетанный перелом верхней челюсти составил 8,3%.

16 (23,5%) больных отмечен перелом верхней челюсти по Ле Фор, из них по Ле Фор-1 отмечали у 7 больных, ЛеФор-2 отмечали у 6 больных, а Ле Фор-3 были отмечены у 3 больных.

Заключение. По-нашему статистическими данными СТКЛС больше получают сельские жители - 76,7%, при

этом доля бытовой травмы составляет - 57,9%. 33,3% больные поступали в первые сутки, 30,3% в течение 3 суток, а 36,4% больные поступили через 3 суток после получения травмы. 64,5% больных составили больные с СТКЛС нижней зоны, а 35,5% составили больные с СТКЛС с средней зоны лица. Таким образом, повреждение средней зоны лица происходит совместно с повреждением головного мозга, костей туловища, скелета и других органов. В большинстве случаев пациентам своевременно не оказывается специализированная помощь челюстно-лицевого хирурга, резкое снижение иммунологических показателей (клеточных, гуморальных и секреторных) в динамике заболевания создает риск развития осложнений. Это требует ранней специализированной помощи больным и применения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, чтобы предупредить различных осложнений.

Литература.

25. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.

26. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

27. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаление зуба мудрости. Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. 2021/11.

28. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.

29. DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, HM Akramov. The case of hemifacial micro-somy in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.

30. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.

31. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.

32. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузibaев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки. 2023/6/16. Стр. 30-35.

33. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

34. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences conferencii. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.

Ибрагимов И.У., Юсупов З.Я., Джамолов И.Б.

ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Таджикистан.

Актуальность. Дентальная имплантация, являясь сравнительно новым направлением в стоматологической практике, все шире применяется для лечения больных с дефектами зубных рядов различной локализации. Показания к её проведению с каждым годом расширяются, а круг противопоказаний напротив, сужается (1). Так, значительная атрофия костной ткани челюстей и неблагоприятные анатомические условия в настоящее время не рассматриваются как противопоказания к проведению дентальной имплантации. Современные способы аугментации костной ткани, применяемые в дентальной имплантологии, позволяют провести имплантацию практически при любых анатомических условиях.

В настоящее время существует большое количество разновидностей аугментации при недостаточном объеме костной ткани челюстей. Для установки внутрикостных дентальных имплантатов в боковых отделах верхней челюсти используются несколько хирургических подходов (2). Наибольшее распространение из этих подходов при преимущественно вертикальной атрофии получили разновидности синуслифтинга, представляющего собой поднятие слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и формирование нового дна за счет внутреннего смещения остеотомированного костного фрагмента переднебоковой стенки. При горизонтальной атрофии (уменьшение толщины альвеолярного отростка) применяют пересадку моно кортикального костного блока или расщепление альвеолярного гребня с заполнением образовавшейся щели остео пластическим материалом. В качестве остео пластического материала могут использоваться материалы различного происхождения. На данный момент на рынке присутствует большое количество различных костных заменителей, которые прошли успешные клинические испытания и используются в случаях дефицита костной ткани.

В то же время аутокость, являясь единственным источником остеогенных клеток, до настоящего времени считается «золотым стандартом» при подобных вмешательствах (1,2,4). Аутоотрансплантаты обеспечивают самый высокий клинический успех, прошли самые долгие клинические исследования, исторически имеют самый большой опыт

использования. При этом основным недостатком использования аутотрансплантатов является необходимость дополнительной инвазии. Именно повышенная инвазивность при заборе аутокости является отрицательным фактором по сравнению с использованием различных костных заменителей [3,5].

В данной статье хотелось бы показать относительную легкость получения и применения аутокости с минимальной степенью инвазии.

Цель исследования. Повышение эффективности дентальной имплантации при недостаточном объеме кости в боковых отделах верхней челюсти путем внедрения в клиническую практику рациональных методов аугментации костной ткани.

Материал и методы исследования. Изучена эффективность расщепления альвеолярного гребня в боковом отделе верхней челюсти как способа аугментации костной ткани с одновременной установкой дентальных имплантатов, выполненных у 16 пациентов.

Операцию проводили под местным инфильтрационным обезболиванием 4% раствором артикаина с адреналином. После обнажения кости производили продольный распил по центру альвеолярного гребня тонким фиссурным бором. Вертикальных распилов в большинстве случаев не проводили, так как верхнечелюстная кость обладает некоторой податливостью благодаря тонкому кортикальному слою. В распил вводили предназначенные для этих целей бон-экспандеры (bone-expanderDIOImplant), и путем постепенного вкручивания производили расщепление альвеолярного гребня. Далее формировали ложе, в которые устанавливали имплантаты подходящего размера. Для заполнения образовавшейся щели между костными пластинками, которая увеличивалась по мере вкручивания имплантатов, использовали измельченную аутокость, полученную из области бугра верхней челюсти на этой же стороне. Послеоперационный дискомфорт при использовании кости, полученной вблизи основного вмешательства намного меньше, чем при использовании других источников. Операцию завершали наложением швов синтетической рассасывающейся нитью 4/0.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех случаях ранний послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. Швы были сняты на 9-10 сутки. Через 5-6 месяцев по данным клинико-рентгенологического обследования наблюдали в основном полную остео интеграцию, проявляющуюся отсутствием признаков воспаления периимплантных тканей, подвижности имплантатов, а также рентгенологических признаков резорбции кости в области шеек имплантатов.

Клинический пример. Пациентка обратилась с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе верхней челюсти слева и желанием изготовления несъемного протеза с опорой на имплантаты. При обследовании выявлена горизонтальная атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти. Толщина альвеолярного гребня не превышала 3,5 мм, что создавало определенные трудности для установки имплантатов (рис 1).



Рис. 1. Атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти

Пересадка костного блока в данном случае решила бы проблему недостатка костной ткани, однако саму имплантацию пришлось бы отложить на 5-6 мес. Учитывая сроки остео интеграции, протезирование было бы осуществлено почти через год. В этой связи было произведено расщепление альвеолярного гребня с одномоментной установкой имплантатов описанным методом (рис. 2-3).



Рис. 2. Вид альвеолярного гребня после его расщепления



Рис. 3. В образованную щель установлены имплантаты

Ортопедическое лечение закончено в те же сроки, что и при обычной имплантации т.е. через 5 мес. после установки имплантатов.

Выводы. Таким образом, применение аугментации альвеолярного гребня путем его расщепления с одномо-

ментной установкой имплантатов продемонстрировало высокую клиническую эффективность при минимальной степени инвазии. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный подход при имеющей место атрофии альвеолярного гребня верхней челюсти.

Литература

1. Алымбаев Р.С., Сельпиев Т.Т., Жолуева П.Т. // Основы теории и практики внутрикостной и дентальной имплантологии. Бишкек., -2014.-С196.
2. А.А. Кулаков, М.А. Амхадова, В.М. Королев, Ал.А. Кулаков / Хирургические методы реабилитации пациентов с выраженной костной атрофией верхней и нижней челюстей. – Пародонтология,- 2017. - №1. – С. 67-70.
3. Малгожата Петруска, Ян Петруска- //Пародонтально-имплантологическая пластическая хирургия.-2016.-С.282.
4. В.Л. Параскевич. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. М., -2016. –С. 399с.
5. Шамшурина В.Р. // Ошибки и осложнения больных с применением дентальных имплантатов и полных съемных протезов. М. Издательство МЕДпресс.- 2017.- С.96.

Ибрагимов Э.К., Ашуров А.С., Махмадкулова Н.А.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ У ДЕТЕЙ

Лечебно-диагностический центр ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Хирургическая коррекция послеожоговых рубцовых контрактур пальцев стопы остается сложной и актуальной проблемой в реконструктивно-пластической хирургии и травматологии. По сей день растет частота этих контрактур и по данным авторов показатель варьирует от 3,5% до 5% среди послеожоговых контрактур всех локализаций [1].

Контрактуры стопы, способствуя развитию различных вторичных деформаций, чаще приводят к появлению незаживающих язв, ограничивая движения в суставах, влияют на функциональную способность стопы [1, 3].

В настоящее время для коррекции послеожоговых контрактур пальцев стопы используются множество традиционных методов операции. Однако часть больных нуждаются в проведении корригирующих операций, которые намного улучшают отдаленные функциональные результаты [2, 4].

По сей день операции, основанные на основе Z-пластики не потеряли своё значение и широко используются в большинстве случаев, но из-за тяжести патологии, обширности рубцового процесса чаще хирурги прибегают к использованию аутодермальных трансплантатов [3], широко используются различные кровоснабжаемые кожно-фасциальные и кожно-жировые лоскуты [5].

Таким образом, анализ литературы последних лет показывает, что многие направления данной патологии остаются нерешенными, ведется поиск улучшения результатов операции.

Целью настоящей работы является изучение результатов хирургического лечения послеожоговых разгибательных контрактур и деформаций пальцев и стопы у детей.

Материал и методы. Изучены результаты хирургической коррекции послеожоговых рубцовых разгибательных контрактур и деформаций у 88 детей, оперированные в условиях отделения хирургии лечебно-диагностического ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2012 по 2023 годы. Возраст детей составлял от 3 до 16 лет. Мальчиков было 69 (52,8%), девочек – 19 (47,2%). При изучении анамнестических данных было установлено, что 73 дети получили ожог кипяченой водой, первичную помощь получили в условиях районных и городских больниц. У остальных больных были другие этиологические факторы как пламя и масло раскаленное.

В плане предоперационного обследования больных включили выполнение рентгенографии, УЗИ сосудов нижней конечности и гистологическое изучение язв поверхностей рубцового тяжа.

Операции были проведены под общим обезболиванием и во всех наблюдениях схематическое изображение линии разрезов с использованием различных существующих методик считали обязательным.

Операции, основанные на принципах Z-пластики явились оптимальными вариантами для устранения контрактур. Были использованы следующие способы операции: – double opposing Z-plasty (“butterfly” и five-flap Z-plasty (central Y-V with lateral Z-plasties – B. Hirshowitz.

Сложности, возникшие в ходе выполнения операции, были связаны с обширностью распространения рубцового тяжа, большие площади измененной кожи и в ряде случаев тяжелые изменения суставов из-за позднего обращения пациентов. Все перечисленные факторы ограничивали возможности местно-пластического ресурса, но правильный расчет существующих методик и в ряде ситуаций использования кожных аутодермальных трансплантатов намного облегчили нашу задачу.

Кроме того, учитывали и то обстоятельство, что после освобождения от стягивающих тяжей и выпрямления пальцев образуется дефект мягко-тканного покрова с обнажением таких наиболее уязвимых анатомических структур, как сухожилия, нервы, суставы. В таких условиях резко ограничена и возможность использования аутодермопластики, требующая хорошо кровоснабжаемого ложа для приживления аваскулярных кожных трансплантатов. Указанные особенности и определяют своеобразие послеожоговой разгибательной контрактуры пальцев стопы среди других послеожоговых контрактур и деформаций. В связи с этим для освобождения пальцев от стягивающих рубцов использовали различные варианты Z-пластики на самих пальцах до области межпальцевых комиссур, а дефекты в этих зонах укрывали кровоснабжаемыми треугольными лоскутами.

Следующей особенностью хирургической тактики заключалась в выполнении временной фиксации пальцев стопы в состоянии гиперкорректированной флексии оперированных пальцев при помощи спиц Киршнера. По завершению операции конечность иммобилизовали гипсовой повязкой (лонгет).

Результаты и обсуждение. Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых дерматогенных разгибательных контрактуры пальцев стопы прослежены у 78 пациентов в сроки от 5 месяцев до 3 лет после операции. В ближайшем послеоперационном периоде в 4 случаях отмечался краевой некроз треугольных лоскутов на ограниченном участке, который не влиял на конечный функциональный результат. В 2 случаях наблюдалось расстройство кровообращения дистальных фаланг, которое разрешилось после придания пальцам слегка разогнутое положение и мероприятия направленные на улучшения реологии крови.

Отдаленные результаты изучались в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Критериями оценки отдаленных результатов служили как функциональное восстановление оперированной конечности, так и эстетическое состояние нижней конечности в целом. Результаты в 70% случаев были оценены как хорошие, а у 23% пациентов, были выполнены в последующем корригирующие операции и результаты были оценены как удовлетворительными. В 7% случаях результаты считались неудовлетворительными в связи с тяжелыми изменениями в костно-суставной системы конечности.

Таким образом, несмотря на имеющиеся множество традиционных методов устранения контрактур и деформаций стопы и пальцев, широкое использование современных способов операции лечение пациентов с данной патологии считается сложной задачей реконструктивной хирургии и травматологии. По сей день многие его аспекты остаются не изученными и требуют поиска более совершенных оптимальных способов коррекции. Протяженные дефекты покровных тканей, тяжелые изменения со стороны костно-суставной системы требуют адекватного подхода. Порою оптимальные функциональные результаты достигаются выполнением различных вариантов корригирующих операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Williams K.L. Diverse cellular players orchestrate regeneration after wounding / Kaitlin L. Williams , Luis A. Garza // Exp. Dermatol. – 2021. – 30(4). – P. 605-612. doi.org/10.1111/exd.14248.
2. Филипова О.В. Особенности реабилитации детей с послеожоговыми рубцами дистальных отделов нижних конечностей / О.В.Филипова, К.А.Афоничев // РМЖ. Мать и дитя. – 2021. – №2. – С. 168-172. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-2-168-172.
3. Lee S.H. Reconstruction of Postburn Contracture of the Forefoot Using the Anterolateral Thigh Flap / S.H. Lee, S.J. An, N.R. Kim, U.J. Kim, J.I. Kim // Clin Orthop Surg. – 2016. – 8(4). – P. 444-451. doi: 10.4055/cios.2016.8.4.444.
4. Toyoshima Y. Therapeutic failure and eventual solution for skin necrosis and exposed tendon of the dorsum of the foot: A case report / Y. Toyoshima, T. Maeda, T. Kijima, O. Namiki, T. Nemoto, K. Inagaki // Clin Case Rep. – 2018. – 6(8). – P. 1600-1603. doi: 10.1002/ccr3.1697.
5. Афоничев К.А. Лечение послеожоговой вторичной деформации стопы / К.А. Афоничев, М.С.Никитин, О.А.Купцова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2015. – том 3. – вып. 2. – С. 52-55.

Имомов Б.Д., Шарипов Х.Ю., Мирзоев Х.М.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последнее десятилетия среди населения проблема смерти от алкогольного отравления приобретает все большее значение. Увеличилось количество смертей от хронического алкоголизма, а также число погибших от различных насильственных видов смерти на фоне алкоголя [1,2]. Как известно, этиловый спирт является наиболее известным представителем класса спиртов, обладающих специфическим физиологическим действием на организм человека и животных. В организме человека этиловый спирт окисляется до ацетальдегида, оказывая на организм наркотическое и токсическое действие, вызывая вначале возбуждение, а затем торможение[3].

Увеличение числа преступлений, самоубийств, депрессий, насильственных действия, транспортной травмы связаны с применением алкоголя. В то же время очевидно, что отравление алкоголем среди отравлений со смертельным исходом занимает 1-е место [3]. Кроме того, судебно-медицинская экспертная практика свидетельствует об увеличении числа случаев различных видов смерти на фоне алкогольной интоксикации, в том числе и от насильственной смерти, а так же алкоголь, оказывая воздействие на функции большинства органов и систем, способен маскировать ряд соматических заболеваний, приводящих к смертельному исходу [4]. По данным доклада, выпущенного сегодня Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), в 2016 г. в результате вредного употребления алкоголя умерло более 3 миллионов человек. В России в 2020 году от причин, связанных с алкоголем, умерли 50 435 человек, следует из данных Росстата. Более 60 % всех смертельных отравлений в России обусловлены алкоголем.

В настоящее время более одной четверти (27%) всех молодых людей в возрасте 15–19 лет употребляют алкоголь. Самые высокие показатели употребления алкоголя среди молодых людей в возрасте 15-19 лет отмечаются в Европе (44%), за которой следуют Регион стран Америки (38%) и Регион Западной части Тихого океана (38%) [1,4].

Для определения концентрации этилового спирта у трупа берут кровь и мочу. На практике судебные медики имеют дело с одним из наиболее тяжелых последствий злоупотребления алкоголем, в частности, со смертельными исходами, наступившими в результате острых отравлений этанолом, заболеваний, вызванных или обострившихся вследствие хронического злоупотребления им, бытовых и транспортных травм, а также преступлений против жизни и здоровья. По оценкам, в настоящее время алкоголь употребляют 2,3 миллиарда человек. В трех регионах ВОЗ – Регионе стран Америки, Европейском регионе и Регионе Западной части Тихого океана — более половины населения потребляют алкоголь.

Республика Таджикистан не является исключением, где встречается отравления алкоголем среди разных слоев населения. Особенно отравление алкоголем распространено среди наиболее трудоспособных слоев населения. Кроме

этого в весенне-летне-осенний период жаркий климат усугубляет действие алкоголя, и сам тепловой удар может стать причиной внезапной смерти.

Зачастую причиной внезапной смерти остается не выясненной, из-за того, что не производят аутопсию. В связи с этим определения причин смерти, особенно при отравлениях является актуальным.

Материалы и методы. Нами в процесс работы было проведено комплексное лабораторное исследование биоматериала от 30 трупов умерших от отравления алкоголем во время жарких климатических условиях в разных регионах республики в период с 2010 по 2020 гг. Возраст умерших составил от 38 до 65 лет. Мужчин было – 24, женщин-6. Трупы были доставлены с улицы (n=24), с места работы и жительства (n=6).

Содержание этилового спирта определяли методом газовой хроматографии. Микроскопические препараты готовили после фиксации биоптатов и заливки парафином, срезы толщиной 5-7 мкм готовили на циркулярном автоматическом микротоме. Препараты смотрели под микроскопом фирмы Olympus с микрофотографированием.

Результаты и их обсуждение. Определяли давность наступления смерти, сопутствующие заболевания и проводили химические исследования крови и мочи. Кровь для исследования взяли из бедренной вены, полостей правого и левого желудочка сердца, брали мочи, а также участок миокарда, мозга, легких и сердца. Макро- и микроскопические изменения во внутренних органах при остром отравлении алкоголем неспецифичны, они могут встречаться и при смерти от других причин. При наружном осмотре трупа выявлены трупные пятна синевато-багрового цвета интенсивного характера, одутловатость и синюшность кожи лица, отечность век, экзофтальм, полнокровие сосудов конъюнктивы век, характерные экхимозы в коже лица, верхней части груди, плечевого пояса, как признак хронического алкоголизма.

При исследовании внутренних органов трупа отмечался полнокровие и отек мягкой мозговой оболочки головного мозга, наличие большого количества жидкости в боковых желудочках мозга, отек сосудистых сплетений боковых желудочков мозга, гиперемия и отек слизистой оболочки трахеи и крупных бронхов, отек легких, жировая дистрофия сердца, иногда «тигровое сердце», гиперемия слизистой оболочки желудка с многочисленными экхиматозными кровоизлияниями, в сочетании мелких эрозий, отек и очаговые кровоизлияния в поджелудочной железе, переполнение желчного пузыря, острое венозное полнокровие внутренних органов, мелкоочечные кровоизлияния в почках, переполнение мочевого пузыря.

Микроскопическая картина при внезапной смерти от отравления алкоголем была следующая: резкое венозное полнокровие внутренних органов, плазматическое пропитывание стенок артерий, в легких-интраальвеолярные кровоизлияния на фоне гиперемии, местами острая эмфизема альвеол с разрывом их стенок, в сердце-миолиз отдельных кардиомиоцитов, жировая дистрофия кардиомиоцитов (Рис.1), резкая агрегация эритроцитов в микрососудах, сладжи в венах, главным образом в миокарде, отек стромы миокарда, в головном мозге: отек тканей мозга, диапедезные и периваскулярные кровоизлияния в ткани головного мозга.

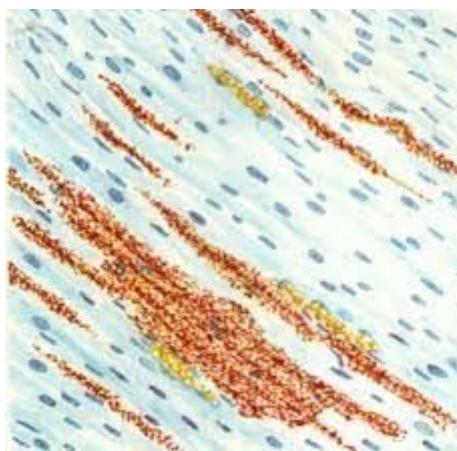


Рис.1. Жировая дистрофия миокарда ув х40

Эти же явления можно встретить и при тепловом ударе, поэтому большое значение имело место определения содержания этилового спирта в крови и в моче (табл.1).

Содержания этилового спирта в крови и в моче умерших выглядело так (Таблица №1)

Содержание этилового спирта‰	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Кровь	1,0-2,0	1,0-2,0	> 3,0
Моча	0,2-0,5	2,0-2,5	3,0-4,0 и выше

Содержание этилового спирта в крови и мочи зависит от фазы алкогольной интоксикации. При наступлении смерти в конце фазы элиминации в крови определяются низкие концентрации этанола, а в моче — высокие (см. табл).

Выводы. Таким образом, при смерти от алкогольного отравления наблюдаются характерные макроскопические и микроскопические изменения трупа. Микроскопические изменения выражаются в полнокровии внутренних органов, отек клеток головного мозга, жировой дистрофии кардиомиоцитов, отек альвеол. Для тяжелой степени алкогольного отравления в фазе элиминации характерно высокое содержание этилового спирта в моче.

Литература

1. Клевно В. А. Методические рекомендации по судебно-медицинской экспертизе отравления алкоголем. /В.А.Клевно, А.В. Максимов, С.А. Кучук, Е.Н. Григорьева, О.Г.Заторкина, М.А. Кислов, Н.А. Крупина, О.В. Лысенко, Романько Н. А., Тарасова Н. В., Плис С. С. //Судебная медицина. 2020;6(1):51–59.

- Павлов А. Л. Клиническая патоморфология и танатогенез различных форм алкогольной интоксикации. /А.Л. Павлов, А.А.Савин, Д.В.Богомолов, А.З. Павлова, Л.З.Ларев // Судебно-медицинская экспертиза. 2018;3:11–14.
- Сапожников С.П. Влияние приема алкоголя на хронологические закономерности внезапной сердечной смерти. /С.П. Сапожников, А.А. Козлов, А.В. Голенков, В.А. Кичигин, П.Б. Карышев П.Б., О.Ю. Самаркина // Судебно-медицинская экспертиза. 2015;58:3:21-25.
- Пиголкин Ю.И. Острая и хроническая алкогольная интоксикация: морфологические, гистохимические и химикотоксикологические критерии судебно-медицинской диагностики./Ю.И.Пиголкин, Ю.Е. Морозов, В.К. Мамедов //Руководство для врачей. М: МИА. 2003;280.

Исламов З.С., Икрамов А.Ф., Умарова Б. З.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Кафедра офтальмологии ТашПМИ, кафедра офтальмологии АндМИ Узбекистан

Актуальность. Ретинобластома является одной из редких злокачественных внутриглазных опухолей детского возраста. Большинство исследователей сообщают, что частота ее постоянно увеличивается [1-4]. Встречается в основном у детей от 0 до 5 лет, после 5 лет встречается редко [1,2, 3,4, 5].

Лейкокория — является основным симптомом ретинобластомы [1, 2, 5]. Следует отметить, что ретинобластома кроме лейкокории имеет ряд симптомов. Некоторые авторы называют их редкими симптомами, потому что, когда опухоль рано диагностируется и проводится адекватное лечение, они не проявляются [4]. В случае неправильной диагностики или позднего обращения, эти симптомы постепенно проявляются на поздних стадиях ретинобластомы. Опухоль, развиваясь внутри глаза, на разных стадиях опухолевого роста маскируется под многие заболевания глаза у детей [3,5].

Цель исследования. Изучение особенностей клинической картины больных с ретинобластомой, на разных стадиях опухолевого процесса.

Материалы и методы исследования. В отделении онкоофтальмологии в течении 11 лет были пролечены 372 детей с диагнозом ретинобластома. Возраст больных колебался от 1 месяца до 11 лет.

Все больные с подозрением на ретинобластому подвергались следующим методам исследования: внешний осмотр, осмотр боковым освещением, осмотр в проходящем свете, визометрия, офтальмоскопия, биомикроскопия, УЗИ, КТ. В последнее время в целях дифференциальной диагностики проводится также ультразвуковая доплерография и исследование глазного дна на цифровой педиатрической камере Retcam Shuttle.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате комплексного обследования 372 больных, у 54 (14%) из них диагноз ретинобластома не подтвердился, хотя все они были госпитализированы с симптомами, похожими на ретинобластому. У них установлены следующие заболевания: ретинит Коатса — 7 (2%), ретролентальная фиброплазия — 5 (1,3%), фиброз стекловидного тела — 9 (2,4%), увеит — 6 (1,6%), эндофтальмит — 3 (0,8%), отслойка сетчатки — 3 (0,8%), колобома сосудистой оболочки — 3 (0,8%), врожденная глаукома — 6 (1,6%), вторичная глаукома — 7 (2%), остатки артерия хиалоидея — 2 (0,5%), гемофтальм — 3 (0,8%), субатрофия — 1 (0,3%).

Среди всех пациентов городские жители составили 25,2%, жители сельской местности — 74,7%. Детей мужского пола было 157 (53,2%), женского пола — 138 (46,8%). Возраст больных варьировал от 1 месяца до 11 лет, средний возраст больных при установлении диагноза был 2,3 года (27 месяцев).

По стороне поражения глаз больные распределены следующим образом: односторонняя Рб была выявлена у 228 (77,2%) больных и двусторонняя — у 67 (22,7%) больных, всего 362 глаза.

Распределение больных по возрастам: от 1 месяца до 1 года Рб диагностирована у 96 детей (32,5%). Из них с односторонней Рб было 62 (65%), с двусторонней Рб — 34 (35%), это составило половину всех больных с двусторонней Рб.

В возрасте от 1 года до 3-х лет выявлено самое большое количество больных с Рб — 147 (50%). Больные с односторонней Рб также больше выявлены в этой группе — 123 (83,6%), а больных с двусторонней Рб было 24 (16,3%).

В возрасте от 3 до 6 лет диагностированы 44 пациента с Рб (15%). Соотношение пациентов с односторонней Рб, также, больше в этой группе — 37 (84%), чем с двусторонней Рб — 7 (16%).

В возрасте от 6 до 11 лет диагностированы только 8 пациентов (3%) с Рб, из них с односторонней Рб было 6 (75%) и 2 (25%) с двусторонней .

В результате обследования в 63 глазах (17,5%) была обнаружена ретинобластома в стадии $T_1N_0M_0$. В 185 глазах (51%) была диагностирована стадия $T_2N_0M_0$. В 80 глазах (20,4%) была стадия T_3 и в 34 глазах (9%) была стадия T_4 . Следует отметить, что в 3 случаях (0,8%) у больных со стадией T_3 , были увеличены околоушные лимфоузлы, и в 25 случаях (6,9%) со стадией T_4 были метастазы в околоушных лимфоузлах и головном мозге. Опухоль в стадии T_1 в основном была выявлена в парных глазах у больных с двусторонней Рб (60 глаз), только у 2 больных (0,7%) стадия T_1 была выявлена в одностороннем процессе первично.

При сборе анамнеза выяснено, что с момента появления первых признаков ретинобластомы до начала обследования и адекватного лечения, варьировало от 1 недели до 5 лет. У 4 больных (1,4%) свечение зрачка заметили сразу после рождения, но обратились к онкоофтальмологу через 2, 6, 9 и 10 месяцев соответственно. Лишь только в 3 случаях (1%) больных привели к специалисту через неделю после проявления симптомов болезни. У 138 больных (48%) от обнаружения симптомов до поступления в стационар прошло от 1 до 6 месяцев. У 108 больных (37%) до поступления в стационар прошло от 6 месяцев до 1 года. У 30 больных (10,4%) от начала заболевания до поступления в стационар прошло от 1 года до 3-х лет. У 3 больных (1%) до обращения к нам прошло 3 года, у одного больного (0,3%) от появления первых симптомов до получения адекватного лечения прошло 5 лет.

Первым признаком в подавляющем количестве случаев — 235 (81,6%) — было свечение зрачка. В 29 случаях

(10,1%) родители сначала заметили косоглазие, а через некоторое время свечение. В 19 случаях (6,6%) было замечено только косоглазие.

В результате обследования у 133 больных (37,6%) обнаружено покраснение глаза с признаками увеита. У 110 (31%) на УЗИ обнаружено увеличение глазного яблока, в той или иной степени с явлениями вторичной глаукомы, однако у 7 больных (2%) глаз был уменьшен в размере с гипотонией. Роговица была увеличена у 89 больных (25%), отечная — у 8 (2,2%), помутнена — у 6 больных (1,7%), у 18 больных (5,2%) была выявлена гифема, у 16 (4,5%) больных был псевдогипопион, в 6 случаях (1,7%) она не просматривалась из-за непрозрачности роговицы. Передняя камера в 99 случаях (28%) была мелкой, в 12 случаях (3,4%) — глубокой, в 24 случаях (6,8%) — не просматривалась. Радужка в 34 случаях (9,6%) была с расширенными новообразованными сосудами — рубеоз, в 17 случаях (4,8%) — двухцветной, в 16 случаях (4,5%) — атрофичной. Зрачок в 131 случае (37,1%) был расширенным и не реагировал на свет — мидриаз. Полость глазного яблока в 112 случаях (31,7%) была полностью заполнена опухолью, в 114 случаях (32,3%) — наполовину, в 16 случаях (4,5%) — заполнена кровью — гемофтальм. При офтальмоскопии в 221 случае (62,6%) глазное дно не просматривалось, в 24 случае (6,8%) — просматривалась частично, только в 43 случаях (12,1%) можно было офтальмоскопировать. В 169 случаях (47,8%) внутриглазное давление пальпаторно было повышенным, в 119 случаях (33,7%) ВГД было нормальным.

Поэтому в целях дифференциальной диагностики у 32 больных исследование глазного дна проводилось на цифровой камере Retcam. При этом распределение больных по расположению и размеру опухоли в полости глаза было таковым: на сетчатке располагалась у 14 больных: у 2 (6%) она была размером 1/2 ПД (папилла диаметр — размер диска зрительного нерва около 3 мм), у 2 (6%) — 1 ПД, у 4 (12%) — 3 ПД, у 4 (12%) — 6 ПД соответственно.

В первой стадии опухоль выглядела в 1 случае (3%) в виде островка и в 3 случаях (9%) — в виде проминирующей точки.

Во второй стадии T₂₋₃, когда ретинобластома распространилась уже на стекловидное тело, было выявлено, что у 3 больных (9%) узлы охватывали 1/10 часть стекловидного тела, у 6 больных (18%) — 1/6 часть, у 2 больных (6%) — 1/4 часть, у 2 (6%) — 1/2 часть, у 4 (12%) — 3/4 стекловидного тела. У 4 детей (12%) узел занимал стекловидное тело почти полностью.

Обследование на RetCam может выявить один или несколько узлов ретинобластомы, которые не были видны на УЗИ. У 12 больных (37%) был обнаружен один узел, у 2 больных (6%) было 2 узла, у 3 больных (9%) — 3 узла, у 2 (6%) — было 4 узла и 5 узлов, соответственно. У остальных 9 больных (28%) было неправильной формы опухоль, возможно образованное при слиянии нескольких узлов, занимающее больше половины полости глаза.

Выводы. Учитывая разнообразие клинической картины РБ, актуальным является улучшение ранней диагностики, комплексное обследование и оно должно проводиться в крупных центрах, где имеется современная аппаратура и квалифицированные специалисты, которые могут адекватно интерпретировать данные обследования и проводить необходимое лечение.

Список литературы.

1. Бровкина А.Ф. Сборник научных трудов / ГБУЗ ГКБ им. С. П. Боткина «Офтальмологическая клиника», — Москва: Апрель, 2016. — 447.
2. Саакян С.В. и др. Новая эра органосохраняющего лечения детей с ретинобластомой в России. Онкопедиатрия, 2018 том 5, № 1, с. 51-69.
3. Singh A.D. Clinical Ophthalmic Oncology: Retinoblastoma. by Jesse L. Berry 2019 | 3rd Edition · Kindle Edition.
4. Truong B, Green AL, et al. Ethnic, racial, and socioeconomic disparities in retinoblastoma. JAMA Pediatr. 2015;169(12):1096–1104.
5. Kivelä T., Usmanov R. Predicted Trends in the Incidence of Retinoblastoma in the Asia-Pacific Region” Asia-Pacific Journal of Ophthalmology 2014, 3(3):151-157.

Исламов З.С., Максудова З.Р., Ташматов З.А.

НАШ ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ НА VR-СИМУЛЯТОРЕ EYESI.

Кафедры офтальмологии ТашПМИ, Клиника ДМС. Узбекистан.

Актуальность. Непрерывно адаптирующаяся к постоянно изменяющимся нуждам и запросам общества, к необходимости совершенствования различных областей знаний система высшего образования невозможна без подготовки высококвалифицированных специалистов в области медицины, и, в частности, офтальмологии. Важнейшим элементом профессиональной подготовки являются симуляторы, они позволяют искусственно смоделировать, воссоздать ту жизненную и профессиональную реальность, в которой, в дальнейшем предстоит действовать работнику. Заменяя собой реальный технологический процесс, производственную или жизненную ситуацию, они могут в существенной мере формировать и дополнять опыт обучающегося в его взаимодействии с внешним миром [5].

Отдельное направление симуляционной подготовки в медицине связано с использованием, так называемых виртуальных симуляторов.

До недавнего времени единственными средствами практической подготовки врача-офтальмолога были участие врача непосредственно в лечебном и диагностическом процессе и WETLAB(4). Однако, они значительно увеличивали время на освоение процедур, а также имели значительные ограничения в отработке навыков отдельных диагностических и хирургических манипуляций. Использование симуляторов открывает ряд дополнительных возможностей, которые недоступны в условиях традиционной производственной практики на рабочем месте(2). Инструктор может замедлить темп решения производственной задачи на симуляторе либо даже остановить ее выполнение, организовав

обсуждение хода ее решения и возможных сценариев действий участников. Обучение на симуляторе позволяет изменять параметры учебных ситуаций, обеспечивая целенаправленную отработку отдельных навыков с учетом особенностей обучающихся(1). Обучающая система фиксирует все происходящее во время занятия и накапливает данные о действиях обучаемых, предоставляя богатый материал для последующего анализа и оценки образовательных результатов [2].

Количество сессий не ограничено. Поэтому пользоваться VR-симулятором можно столько, сколько нужно для достижения требуемого результата: 5, 10, 15, 20, 100 раз и более. Кроме того, в тренажер можно внедрить систему оценки прохождения обучения.

VR позволяет воссоздать сложные процессы и наглядно показать их работу. Виртуальные тренажеры обучают новых сотрудников компании регламенту работы с дорогостоящим или опасным оборудованием без рисков для жизни, вероятности поломки и опасности возникновения чрезвычайных ситуаций.

Сценариев для пользователя в VR-тренажере может быть несколько, они обновляемы и создаются в зависимости от целей и задач клиента. Часть программирования отвечает за то, какой набор возможностей для взаимодействия с иммерсионной средой будет заложен в виртуальную обучающую систему.

Цель исследования. Проведение анализа процесса обучения на VR-симуляторе навыкам факэмульсификации при удалении катаракты.

Материал и методы исследования. Нами в клинике DMC (Клиника доктора Максудовой) проведено обучение методу факэмульсификации катаракты на виртуальной симуляционной системе EYESI-CAT (VRmagic, Германия) 27 врачей из различных областей республики за 2021- 2023 годы. Виртуальная система состоит из сенсорного экрана, макетом головы и глаза, двумя наконечниками, которые под стереомикроскопом превращаются в необходимый инструмент для проведения операции, многофункциональной ножной педалью управления. Отверстия на тестовом глазу позволяют использовать инструменты в соответствии с предпочтениями хирурга. Обучение проводилось по установленному и утвержденному плану подготовки специалистов, в течение 2 недель, состояло из 2 частей: теоретической и практической. Теоретическая часть состояла из 6 лекций по анатомии глазного яблока с хирургической точки зрения и обсуждения особенностей этапов операции ФЭК. Практическая часть, модуль для отработки навыков факэмульсификации катаракты включающая различные тренинги, также состояла из 2 групп упражнений: 1 группа - Навигация в передней камере, Навигация в капсульном мешке, Бимануальная навигация, Антитреморные упражнения; 2 группа - Капсулорексис, Осложненный капсулорексис, Факодеструкция: «разделяй и властвуй» Иригация/Аспирация Имплантация ИОЛ. В первой группе упражнений отработывались навыки работы в передней камере и в капсульном мешке, навыки одновременной работы двумя руками. Во второй группе отработывались этапы операций. Упражнения составлены так, что с каждым разом усложнялись. При неправильном или небрежном выполнении получал недостаточное количество баллов для прохождения на следующий этап. После каждой попытки хирург получает баллы, количество которых варьирует от 0 до 100. Симулятор рассчитывает очки, исходя из процента выполненных заданий, и отнимает очки за снижение точности и допущенные ошибки, такие, в частности, как превышение лимита времени и повреждение внутриглазных структур. Обучаемому дается неограниченное количество попыток для повторения этих упражнений, пока он не будет делать их идеально по стандарту. Только лишь в этом случае он получал необходимое количество баллов и переходил на следующий этап.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов исследования показал, что при выполнении первого упражнения – Навигация в передней камере – обучаемым понадобилось от 140 до 870 попыток. Из них успешных попыток было от 177 (55%) до 386 (85%), неуспешных попыток было от 54 (39%) до 304 (35%). При выполнении второго упражнения - Навигация в капсульном мешке- попыток было от 86 до 568 раз. Из них успешных попыток было от 71 раз (82%) до 546 (97%), неуспешных попыток было от 15 (18%) до 95 (17%). При выполнении третьего упражнения- Бимануальная навигация – попыток было от 140 до 870 раз. Из них успешных попыток было от 86 (61%) до 568 (77%), неуспешных попыток было от 52 (19%) до 304 (35%). На выполнение четвертого - Антитреморного упражнения слушателями проведено от 15 до 250 попыток. Из них успешных попыток проведено от 12 (80%) до 172 (63%) раз. Неуспешных попыток было от 0 (нуля) до 98 раз (37%).

При выполнении упражнений симулирующих этап операции количество попыток уже намного уменьшились. Для выполнения упражнения –Осложненный капсулорексис понадобилось от 41 до 632 попыток. Из них успешных попыток было от 26 (63%) до 538 раз (85%).

Для выполнения факодеструкции выполнено от 125 до 435 попыток. Из них успешных попыток было от 47(37%) до 376 (86%), неуспешных от 12 (3%) до 78 (63%).

При выполнении иригации и аспирации проведено еще меньше попыток от 120 до 178. Из них успешных от 86 (72%) до 153 (75%).

Для выполнения заключительного упражнения -Имплантация ИОЛ ушло небольшое количество попыток от 40 до 95. Из них успешных попыток было от 35 (87%) до 83 (87%) раз. Неуспешных попыток было от 5 (23%) до 12 раз (22%).

Выводы. Проведенный анализ показывает, что симуляторы находят все более широкое применение в профессиональном образовании. Представители разных отраслей экономики сходятся во мнении, что системы, в которых искусственно моделируется профессиональная деятельность, могут быть чрезвычайно эффективны также для обучения студентов старших курсов и молодых сотрудников, только начинающих свою карьеру. Еще не имея доступа к реальному производственному процессу, они приобретают бесценный опыт, взаимодействуя с макетами(3). Использование симуляторов рассматривается в ряду других форм активного и интерактивного обучения как инструмент, способствующий повышению качества профессионального образования и профессионального обучения. Современные ИТ-решения повышают образовательный потенциал симуляторов, позволяя все более точно воспроизводить те усло-

вия, в которых впоследствии предстоит действовать обучающимся. Однако расширение технологических возможностей само по себе не гарантирует массового внедрения данных систем в образовательных организациях [4]. Профессиональный симулятор рассматривается как инструмент, предоставляющий ученику высокую степень свободы, допускающий совершение проб и ошибок, и создающий на этой основе возможности для профессиональной идентификации.

Список литературы.

1. Абзалиев К.Б., Данияров Н.Б., и др. Сроки формирования навыков у хирургов по вязанию узлов // Виртуальные технологии в медицине. 2018, № 2 (20). С. 21-22.
2. Аржиматова Г.Ш., Слонимский А.Ю., и др. Возможности виртуального симулятора EYESI в системе подготовки и повышения квалификации врачей-офтальмологов Конференция/IV съезд РОСОМЕД-2015. С.22-28.
3. Захарова Л.Н. и др. Организационная культура промышленных колледжей России, Китая и Ирана. Вопросы образования. -2020. -№3. -С.234-254.
4. Дудырев Ф. Ф., Максименкова О. В. Симуляторы и тренажеры в профессиональном образовании. Voprosy obrazovaniya/ Educational Studies Moscow. 2020. No 3. С.110-136.
5. Ключко В. И., Кушнир Н.В., и др. Технологии виртуальной реальности // Научные труды КубГТУ. 2016, № 15. С. 94–104.

Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ЭКСТРАКЦИИ МАКРОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Экономические аспекты малоинвазивных способов операции находятся в центре пристального внимания и зарубежных, и отечественных специалистов. Все исследователи сходятся во мнении, что себестоимость лапароскопической операции выше, чем открытого вмешательства [1]. Однако с учетом расходов на послеоперационную реабилитацию, затрат на выплату заработной платы пациенту, снижение валового национального дохода, ассоциированное с этим заболеванием, становится очевидна выгода малоинвазивных вмешательств [2].

Последним и важным этапом операции при лапароскопии, является экстракция макропрепарата из брюшной полости. Для безопасного и “чистого” извлечения тканей из брюшной полости при операциях предложено использование различных систем для эвакуации. [3]

В формировании себестоимости расходников при данной операции играет роль использование эндоскопических контейнеров Endobag для извлечения препарата. Учитывая, что стоимость этих систем варьирует от 42 до 274 долларов США для снижения себестоимости выполняемых операций нами использовались самодельные системы для эвакуации, выполненные из стерильных, одноразовых, латексных перчаток без опыления.

В ходе этого исследования мы решили сравнить самодельные и изготовленные на производстве системы для эвакуации тканей по таким показателям как цена, время потраченное на эвакуацию тканей, легкость введения через троакар.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2023 года проведены 230 лапароскопических операции по поводу деструктивного холецистита, острого аппендицита, кист яичника в ходе которых ввиду различных причин использовались самодельные системы для эвакуации макропрепаратов. При лапароскопической холецистэктомии система использовалась для сбора желчных камней в случаях повреждения стенки желчного пузыря с последующим излитием содержимого пузыря в брюшную полость. При аппендэктомии система использовалась в целях эвакуации резецированного большого сальника, а так же в случаях когда размеры отростка намного превышали диаметр отростка, у пациентов с кистами яичника – для эвакуации стенок резецированной кисты. В 170 случаях использовались одноразовые хирургические перчатки из нейлона размером №6-7 без опыления. При этом место выше основания пальцев перчатка перевязывалась нитью, далее отрезались пальцы перчаток. На входное отверстие перчаток производили наложение кисетного шва шелковой либо викриловой нитью №2.0.

Доставка данной системы в брюшную полость возможна через троакары диаметром 12 мм. В случаях отсутствия троакаров с диаметром 12 мм и в наличии только 10 мм троакаров производили следующий маневр. Кончик зажима установленного для краниальной тракции дна желчного пузыря (по lin. axillaris anterior dextra) вытаскивали через троакар расположенный под мечевидным отростком [4]. Зажимом захватывали перевязанный конец перчатка и тракцией доставляли систему в брюшную полость, при этом нити с помощью которых наложен кисетный шов остаются снаружи брюшной полости. В целях облегчения доставки, перед тракцией перчаток следует обмотать физиологическим раствором либо раствором глицерина. Далее в брюшной полости макропрепарат помещается в перчаток (Рис.4), после чего при помощи двух инструментов закрывается просвет перчатка, производится затягивание кисета, тем самым достигается фиксирование закрытого просвета перчатка. Тот же маневр проводится в случаях с аппендэктомией когда зубастый зажим установленный в надлобковой области выводится через троакар установленный в левой подвздошной области [5].

Препарат далее удалялся через места лапаропорта. В зависимости от размеров макропрепарата в некоторых случаях требовалось расширение диаметра лапаропорта.

Результаты. Были произведены 100 лапароскопических операций по поводу острого деструктивного холецистита, в ходе которых в силу деструкции интраоперационно наблюдалось повреждение стенки желчного пузыря с последующим истеканием содержимого пузыря в брюшную полость [6]. Желчь при этом удалялась при помощи аквапуратора-ирригатора, а для сбора и безопасной эвакуации множественных желчных камней использовались самодельные

системы для эвакуации макропрепаратов для последующей “чистой” и безопасной экстракции [7]. В 85 случаях произведены лапароскопические аппендэктомии в ходе которых требовалось произвести резекцию большого сальника из-за оментита, для удаления использовалась вышеуказанная система [8]. И в 45 случаях у пациентов по поводу кист яичника для экстракции тканей кисты использовалась вышеуказанная система. При должном выполнении целостность мешка не нарушается. Снижается риск осложнений таких как нагноение послеоперационной раны, спаечная болезнь кишечника [9].

В ходе нашего опыта использование данной системы не составляло труда даже для новичков в лапароскопической хирургии. Использование данной системы достигалось снижение себестоимости операций, т.к. цены на системы эвакуации макропрепаратов от различных производителей варьировали от 42 до 274 долларов США, а цена на одну пару перчаток и нить составляла менее 2 долларов США. Разница во времени эвакуации при использовании самодельных систем не отличалось от тех методов когда используются системы Endobag.

В 170 случаях из этих операций использовались самодельные системы из перчаток, в 60 случаях для сравнения использовались системы промышленного производства, а именно: в 40 случаях – Endobag Coviden, в 5 – Relia Catch Medtronic, в 3 – Endocatch II Coviden, и в 12 случаях – Endocatch Gold Coviden. В ходе анализа этих операций выяснилось, что для изготовления самодельной системы в среднем было затрачено 2 мин, для готовности же промышленных систем для экстракции довольно было распаковки. Разница в введении этих систем заключалась в том что промышленные системы упакованы в тубус, что облегчает проникновение системы в троакар (Relia Catch Medtronic, Endocatch II Coviden, Endocatch Gold Coviden), а в случае с Endobag Coviden облегченное введение связано с тем, что мешочек не имеет складок, его легко можно сложить. Так же было замечено, что при использовании самодельных систем достаточно применение широко распространённых 10 мм троакаров, а в случае с Endocatch II Coviden требовалось дополнительная покупка троакара диаметром 15 мм. Облегченное введение самодельных систем наблюдалось после смазывания их в физиологическом растворе или растворе глицерина. Время для помещения макропрепарата в мешок в различных группах не отличалось.

Вывод. Несмотря на незначительную трудность в введении самодельных систем для эвакуации использование их экономически оправдано. Система проста в создании и использовании даже для начинающих лапароскопических хирургов.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Теодор Н. Паппас, Аврора Д. Приор, Михаэль С. Харниш. Лапароскопическая хирургия Атлас (2021).
2. Фёдоров И.В. Осложнения эндоскопической хирургии. Клиническое руководство. Казань 2017 г.
3. Фёдоров И.В., Малков И.С., Дубровин В.Н. Лапароскопическая хирургия, гинекология и урология. Клиническое руководство. Казань 2016 г.
4. U.B.Berkinov Endoskopik jarroxlilik. O'quv qo'llanma. Toshkent 2020.
5. Panzera, F., Ghisio, S., Grosso, A., Vigezzi, P., Vitale, M., Cariaggi, R. M., & Mistrangelo, M. (2000). Appendicectomy laparoscopica. Analisi retrospettiva della nostra esperienza in rapporto alla letteratura [Laparoscopic appendectomy. Retrospective analysis of our experience compared with the literature]. *Minerva chirurgica*, 55(9), 577–580.
6. Huang, Y., Yi, T., He, H., Li, Q., Long, X., Hu, G., Chen, Q., Li, Y., Chen, R., & Yi, X. (2021). Laparoscopic specimen extraction in vitro: preliminary experience. *BMC surgery*, 21(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01300-5>
7. Kulkarni, A. A., Sharma, G., Deo, K. B., & Jain, T. (2022). Umbilical port versus epigastric port for gallbladder extraction in laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with trial sequential analysis. *The surgeon : journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 20(3), e26–e35. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.02.009>
8. Mendoza-Sagaon, M., Hamitaga, F., Humi, Y., & Voumard, N. (2016). Appendix extraction after laparoscopic appendectomy in children: An easy, safe, and inexpensive technique. *Journal of pediatric surgery*, 51(2), 341–343.
9. Begum, S., Khan, M. R., & Gill, R. C. (2019). Cost effectiveness of Glove Endobag in Laparoscopic Cholecystectomy: Review of the available literature. *JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(Suppl 1), (1), S58–S61.

Исмат О.О., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ БОТУЛОТОКСИНОМ ТИПА А

Самаркандский государственный медицинский университет;

Актуальность. Эндопротезирование молочных желез остается одной из наиболее востребованных хирургических операций. Однако, несмотря на применение современных технологий наиболее серьезным осложнением после ЭМЖ является болевой синдром, который оказывает негативное влияние на повседневную деятельность и удовлетворенность после операции (Sperling M.L., Hoimyr H., 2011). В клинической практике боль рассматривают как неприятное чувство, приносящее больному страдание различной интенсивности (Корнилов Л.Е., Соколов Е.Л., 2008). Ю.Н. Шанин описывает боль как: «...Проявление защитной функции организма, предохраняющей клетки, ткани, органы, функциональные системы от нарушения их целостности, дезорганизации, разрушения» (Шанин Ю.Н., 2011). Боль как субмодальность соматических ощущений была определена как «сложная совокупность неприятных сенсорных, эмоциональных и когнитивных переживаний, спровоцированных реальным или предполагаемым повреждением тканей и проявляющихся некоторыми вегетативными, психологическими и поведенческими реакциями» (Dubin A.E., Pataroutian A., 2010).

Послеоперационный болевой синдром остается широко распространенной, но все еще недооцененной проблемой. Несмотря на современное лечение боли многие пациенты по-прежнему страдают от умеренной до сильной послеоперационной боли (Fletcher D., 2008; Maier C., 2010). Сильный болевой синдром связан с неудовлетворенностью

пациентов, с длительным лечением послеоперационной боли, с развитием хронической послеоперационной боли, увеличением частоты легочных и сердечных осложнений (Kehlet H., 2012). Интенсивность послеоперационной боли не связан от размера разреза и степени травмы ткани (Gerbeshtagen H., 2013). Возникновение длительного болевого синдрома после ЭМЖ обусловлено техникой выполнения двухэтапных операций. На первом этапе операции экспандер устанавливается под большую грудную мышцу и медленно расширяет ткани: мышцы, фасции и кожу. На втором этапе экспандер заменяется на постоянный силиконовый имплант (Pusic A.L., 2009).

Создание кармана становится источником болевого синдрома из-за повреждения фасции грудных мышц или передней зубчатой мышцы и с последующим расширением тканей, также и по причине нарушения иннервации в результате пересечения веточек, иннервирующих большую грудную мышцу и боковых кожных ветвей межреберных нервов (Cordeiro P.G., McCarthy C.M., 2006; Shi H., Cao C., 2015). Возникновение послеоперационного болевого синдрома от повреждения нервно-мышечных волокон и растяжения тканей являются распространенной проблемой после ЭМЖ у женщин, и многие пластические хирурги в различных странах назначают миорелаксанты для улучшения реабилитации и снижения болевого синдрома (Gerbeshtagen H., 2013). При ЭМЖ имплант устанавливается через различные доступы: периареолярный, интрамаммарный, трансаксиллярный и реже трансумбиликальный. По мнению некоторых авторов, трансаксиллярный доступ требует особого внимания из-за возможного повреждения интеркосто-брахиального нерва в подмышечной области и может привести к острой или к хронической подмышечной боли (Kumagai Y., Shiokawa Y., 1984; Dusic I., 2011). Дополнительным риском повреждения нерва и возникновения послеоперационной боли могут быть непропорциональные размеры имплантата по отношению к карману (Nguyen J.T., 2012). У женщин после ЭМЖ трансаксиллярным (подмышечным) доступом возникают постоянные боли умеренной или тяжелой степени, а также нарушение чувствительности и невропатические боли (Sperling M.L., Hoimyr H., 2011; Leiman D., 2015). У женщин появляется послеоперационная боль и гиперестезии после ЭМЖ в течение первого года, а распространенность боли и гиперестезии снижается с 1 года до 4 лет, но после введения метилпреднизолона уменьшается послеоперационный болевой синдром (Kaasa T., 2010).

Целью исследования явилось обоснование возможности использования ботулотоксина типа А для купирования болевого синдрома после эстетического эндопротезирования молочных желез.

Материалы и методы. Работа выполнена с участием 72 женщин с эндопротезированием молочных желез силиконовыми имплантами. В исследование включены женщины с установленным диагнозом гипомастия в возрасте от 21 до 45 лет.

Оценка эффективности мышечной нейробокады с помощью электронейромиографии выполнялась всем женщинам до введения ботулотоксина и через две недели после введения.

Результаты и их обсуждения. Женщинам, которым вводили за 2 недели до предполагаемой операции ботулотоксин типа А в 1 группе наблюдалось снижение выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Согласно анкете-опроснику, выраженность болевого синдрома не достигала 2-3 баллов у 26 (68,4%) женщин и назначение анальгетиков не требовалось. У 7 (18,5%) женщин выраженность болевого синдрома была умеренная и составляла от 3 до 4 баллов, в 1-5 дни после операции требовалось назначение анальгетиков 1, реже 2 раза в сутки. В 13,1% случаях (у 5 женщин) была умеренная боль после эндопротезирования молочных желез, достигала до 5-6 баллов и требовалось назначение анальгетиков в течении 5 дней 2-3 раза в сутки.

Во 2 группе женщинам, которым вводился 0.9 % р-р NaCl выраженность болевого синдрома достигало 10 баллов у 6 (17,6%) женщин, 9 баллов у 8 (23,5%) женщин и до 8 баллов у 20 (58,9%) женщин, что требовало назначения анальгетиков 3, чаще 4 раза в сутки и женщины требовали более, в том числе в 1 случае возникла необходимость приема наркотических анальгетиков для купирования выраженного болевого синдрома.

Выводы. Таким образом, введение ботулотоксина типа А в большую грудную мышцу женщин снижает выраженность болевого синдрома, исключает применение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде, уменьшает количество приемов анальгетиков, ускоряет процессы растяжения тканей, таким образом позволяет установить импланты значительно большего объема при гипомастии, что соответственно помогает ускорить и облегчить процесс ранней реабилитации женщин. Применение ботулотоксина типа А при эндопротезировании молочных желез способствует по-новому взглянуть на возможность улучшения процессов реабилитации женщин в раннем послеоперационном периоде и возможности применения не только в реконструктивной, но и в эстетической хирургии молочных желез.

Список литературы

1. Зикиряходжаев, А.Д. Использование биологических и синтетических материалов в реконструктивной хирургии при раке молочной железы (обзор литературы) / А.Д. Зикиряходжаев, И.М. Широких, Н.В. Аблицова, М.В. Ермошченкова, Н.В. Харченко, Э.К. Сарибекян, А.Ю. Тукмаков, А.С. Сухотко, Г.М. Запиров, Ш.Г. Хакимова // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2018. - Т.14. - С. 28-37.
2. Золотых, В.Г. Влияние силиконовой маммопластики на иммуноэндокринный статус женщин-реципиенток В.Г. Золотых, А.Н. Гвоздецкий, А.Я. Ким, С.В. Лапин, Л.Р. Михайлова, Е.М. Старовойтова, Т.В. Федоткина, Л.П. Чурилов, И. Шенфельд, П.К. Яблонский // Медицинская иммунология. - 2020. - Т. 22. - № 5. - С. 957-968.
3. Колоколов, О.В. Ноцицептивная боль в практике невролога: алгоритмы диагностики, адекватность и безопасность терапии / О.В. Колоколов, И.В. Ситкали, А.М. Колоколова // РМЖ. - 2015. - № 12. - С. 664-667.
4. Zafar, S.N. Reduction and mastopexy of the reconstructed breast: special considerations in free flap reconstruction / S.N. Zafar, W.A. Ellsworth // Semin. Plast. Surg. - 2015. - Vol. 29, № 2. - P. 110-121.

Джураева З.А., Исмати О.О., Мустафакулов И.Б.
Современные ВОЗМОЖНОСТИ лечения БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Самаркандский государственный медицинский университет;

Введение. Эндопротезирование молочных желез остается одной из наиболее востребованных хирургических операций. Однако, несмотря на применение современных технологий наиболее серьезным осложнением после ЭМЖ является болевой синдром, который оказывает негативное влияние на повседневную деятельность и удовлетворенность после операции (Sperling M.L., Hoimyr H., 2011).

В клинической практике боль рассматривают как неприятное чувство, приносящее больному страдание различной интенсивности (Корнилов Л.Е., Соколов Е.Л., 2008).

Ю.Н. Шанин описывает боль как: «...Проявление защитной функции организма, предохраняющей клетки, ткани, органы, функциональные системы от нарушения их целостности, дезорганизации, разрушения» (Шанин Ю.Н., 2011).

Боль как субмодальность соматических ощущений была определена как «сложная совокупность неприятных сенсорных, эмоциональных и когнитивных переживаний, спровоцированных реальным или предполагаемым повреждением тканей и проявляющихся некоторыми вегетативными, психологическими и поведенческими реакциями» (Dubin A.E., Pataroutian A., 2010).

Послеоперационный болевой синдром остается широко распространенной, но все еще недооцененной проблемой. Несмотря на современное лечение боли многие пациенты по-прежнему страдают от умеренной до сильной послеоперационной боли (Fletcher D., 2008; Maier C., 2010).

Сильный болевой синдром связан с неудовлетворенностью пациентов, с длительным лечением послеоперационной боли, с развитием хронической послеоперационной боли, увеличением частоты легочных и сердечных осложнений (Kehlet H., 2012). Интенсивность послеоперационной боли не связан от размера разреза и степени травмы ткани (Gerbeshagen H., 2013).

Возникновение длительного болевого синдрома после ЭМЖ обусловлено техникой выполнения двухэтапных операций. На первом этапе операции экспандер устанавливается под большую грудную мышцу и медленно расширяет ткани: мышцы, фасции и кожу. На втором этапе экспандер заменяется на постоянный силиконовый имплант (Pusic A.L., 2009).

Создание кармана становится источником болевого синдрома из-за повреждения фасции грудных мышц или передней зубчатой мышцы и с последующим расширением тканей, также и по причине нарушения иннервации в результате пересечения веточек, иннервирующих большую грудную мышцу и боковых кожных ветвей межреберных нервов (Cordeiro P.G., McCarthy C.M., 2006; Shi H., Cao C., 2015).

Возникновение послеоперационного болевого синдрома от повреждения нервно-мышечных волокон и растяжения тканей являются распространенной проблемой после ЭМЖ у женщин, и многие пластические хирурги в различных странах назначают миорелаксанты для улучшения реабилитации и снижения болевого синдрома (Gerbeshagen H., 2013).

При ЭМЖ имплант устанавливается через различные доступы: периареолярный, интрамаммарный, трансаксиллярный и реже трансумбиликальный.

По мнению некоторых авторов, трансаксиллярный доступ требует особого внимания из-за возможного повреждения интеркосто-брахиального нерва в подмышечной области и может привести к острой или к хронической подмышечной боли (Kumagai Y., Shiokawa Y., 1984; Ducic I., 2011). Дополнительным риском повреждения нерва и возникновение послеоперационной боли могут быть непропорциональные размеры имплантата по отношению к карману (Nguyen J.T., 2012).

У женщин после ЭМЖ трансаксиллярным (подмышечным) доступом возникают постоянные боли умеренной или тяжелой степени, а также нарушение чувствительности и невропатические боли (Sperling M.L., Hoimyr H., 2011; Leiman D., 2015). У женщин появляется послеоперационная боль и гиперестезии после ЭМЖ в течение первого года, а распространенность боли и гиперестезии снижается с 1 года до 4 лет, но после введения метилпреднизолона уменьшается послеоперационный болевой синдром (Kaasa T., 2010).

Многие авторы отмечают, что при субпекторальном расположении импланта при ЭМЖ выше частота послеоперационной боли, чем при субгландулярном расположении (Pereira L.H., Sterodimas A., 2009; Zhibo X., Miaobo Z., 2009; Shi H., Cao C., 2015). Также при субпекторальном расположении импланта чаще встречалось смещение и асимметрия МЖ, это и связано с мышечным сокращением грудных мышц (Lesavoy M.A., Trussler A.P., 2010; Shi H., Cao C., 2015).

Сильная острая послеоперационная боль после ЭМЖ является фактором риска хронической боли и чтобы снизить острую боль необходимо адекватно использовать аналгезию (Овечкин А.М., 2016; Gerbeshagen H., 2013).

M.L. Peters утверждает, что возникновение хронического болевого синдрома после операции связано с длительностью операции, продолжительность которой составляет более 3 часов. Более длительные операции связаны с длительным ноцицептивным действием во время проведения операции (Peters M.L., 2007).

M.S. Wallace изучал частоту возникновения послеоперационной боли при различных видах операции на МЖ: при мастэктомии частота составляла 31%, при мастэктомии с реконструкцией имплантатом - 53%, при редукционной маммопластики – 22% (Wallace M.S., 1996). По данным других авторов, частота возникновения послеоперационной боли у женщин составляет от 13% до 68% и зависит от вида операции на МЖ (Bruce J., Thornton A., 2014).

Целью исследования явилось использование совместного введения ботулотоксина типа А при ЭМЖ для купирования болевого синдрома; сокращения длительности экстензии тканей; снижения вероятности использования наркотических

анальгетиков в раннем послеоперационном периоде; улучшения реабилитации женщин в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Клинические исследования основаны на результатах анализа сведений о 72 женщинах. В исследование включены женщины с установленным диагнозом гипомастия в возрасте от 21 до 45 лет. Всем женщинам планировалась первичная операция аугментации молочных желез с помощью силиконовых имплантов объемом от 295 до 415 мл.

Женщины были распределены на 2 группы. В 1 группу включены 38 женщин, которым вводили инъекции ботулотоксина типа А на основе препарата Botox. Во 2 группе – 34 женщины, которым вводили инъекции 0.9 % р-ра NaCl (эффект placebo).

Введение ботулотоксина типа А (Botox) осуществлялось за 2 недели до предполагаемой даты выполнения эндопротезирования молочных желез. Препарат ботулотоксина типа А вводили в большую грудную мышцу в количестве 100 ЕД с каждой стороны в разведении 1: 25 мл используя основные точки введения.

Ботулинический токсин А представляет собой нейротоксин, продуцируемый бактериями *Clostridium botulinum*, который модулирует высвобождение нейропептидов, таких как вещество Р и белок, связанный с геном кальцитонина, и ингибирует нейрогенное воспаление, это лежит в основе его антиноцицептивного эффекта.

Оценка эффективности купирования болевого синдрома оценивалась по субъективным ощущениям женщин используя анкету-опросник, где выраженность болевого синдрома оценивалась согласно бальной системе от 1 до 10 баллов.

Оценка эффективности мышечной нейробокады выполнялась всем женщинам до введения ботулотоксина и через две недели после операции, т.е. через месяц после введения ботулотоксина.

Результаты и их обсуждения. Женщинам, которым вводили за 2 недели до предполагаемой операции ботулотоксин типа А (в 1 группе), наблюдалось снижение выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Согласно анкету-опроснику, выраженность болевого синдрома не достигала 3 баллов у 26 (68,4%) женщин и назначение наркотических анальгетиков не требовалось. У 7 (18,5%) женщин выраженность болевого синдрома была умеренная и составляла от 4 до 6 баллов, в 1-5 дни после операции требовалось назначение анальгетиков. В 13,1% случаях (у 5 женщин) была сильная боль после эндопротезирования молочных желез, достигала до 7 баллов и требовалось назначение анальгетиков в течении 5-10 дней.

Во 2 группе женщинам, которым вводился 0.9 % р-р NaCl, выраженность болевого синдрома достигало 10 баллов у 6 (17,6%) женщин, 9 баллов у 8 (23,5%) женщин и до 8 баллов у 20 (58,9%) женщин, что требовало назначение анальгетиков, в том числе и наркотических для купирования выраженного болевого синдрома.

Согласно анкету-опроснику и учитывая субъективное ощущение пациенток, в 1 группе у женщин реабилитация в раннем послеоперационном периоде протекала комфортнее, отмечалось раннее вставание женщин с постели, безболезненная ходьба, возможность сделать глубокий вдох без болевого синдрома, и по утрам женщины не отмечали тяжесть в области груди с возможностью безболезненного подъема с постели по сравнению со 2 группой, где субъективно реабилитация в раннем послеоперационном периоде приносила выраженный дискомфорт.

Выводы. Таким образом, введение ботулотоксина типа А в большую грудную мышцу женщин снижает выраженность болевого синдрома, исключает применение наркотических анальгетиков, ускоряет процессы экстензии тканей, таким образом позволяет установить импланты значительно большего объема при гипомастии, также помогает ускорить и облегчить процесс ранней реабилитации женщин. Применение ботулотоксина типа А при эндопротезировании молочных желез способствует по-новому взглянуть на возможность улучшения процессов реабилитации женщин в раннем послеоперационном периоде и возможности применения не только в реконструктивной, но и в эстетической хирургии молочных желез.

Список литературы

5. Ермилова, Е.В. Клинико-патофизиологическая характеристика реабилитации после эндопротезирования молочных желез: автореф. дисс. ... канд. мед наук / Е.В. Ермилова. – СПб, 2023. – 24 с.
6. Золотых, В.Г. Влияние силиконовой маммопластики на иммуноэндокринный статус женщин-реципиенток В.Г. Золотых, А.Н. Гвоздецкий, А.Я. Ким, С.В. Лапин, Л.Р. Михайлова, Е.М. Старовойтова, Т.В. Федоткина, Л.П. Чурилов, И. Шенфельд, П.К. Яблонский // Медицинская иммунология. - 2020. - Т. 22. - № 5. - С. 957-968.
7. Колоколов, О.В. Ноцицептивная боль в практике невролога: алгоритмы диагностики, адекватность и безопасность терапии / О.В. Колоколов, И.В. Ситкали, А.М. Колоколова // РМЖ. – 2015. - № 12. – С. 664-667.
8. Мантурова, Н.Е. Качество жизни пациенток в позднем послеоперационном периоде различных вариантов хирургического лечения рака молочной железы / Н.Е. Мантурова, А.Х.Исмагилов, В.Е. Карасев // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. – 2022. - №3. – С. 5-12.
9. Саидов, М.С. Эффективность аугментационной маммопластики в зависимости от формы и объема имплантата / М.С. Саидов, Дж.А. Ходжамуродова, Г.М. Ходжамурадов // Вестник Тамбовского университета. – 2016. – Т. 21, № 2. – С. 594-596.
10. Adan, A. Flow cytometry: basic principles and applications / A. Adan, G. Alizada, Y. Kiraz // Crit. Rev. Biotechnol. – 2017. – Vol. 37, № 2. – P. 163-176.
11. Canady, J. Shaped versus round silicone breast implants: Are there real differences in patient outcomes? / J. Canady, M. Schwiers, R.N. Wixtrom // Plastic & Reconstructive Surgery. - 2015. - Vol. 136, № 4. - P. 118.
12. Fujiya, H. Microcurrent electrical neuromuscular stimulation facilitates regeneration of injured skeletal muscle in mice / H. Fujiya, Y. Ogura, Y. Ohno // J. Sports Sci. Med. – 2015. – 14, № 2. – P. 297–303.
13. Gerbeshagen, H. Pain intensity on the first day after surgery / H. Gerbeshagen, S. Aduckathil // Anesthesiology. – 2013. – Vol. 118. – P. 934–944.
14. Guerrissi, J.O. Asia syndrom: Diagnosis and surgical approach / J.O. Guerrissi // Austin. J. Surg. – 2017. – Vol. 4. – P.

15. Kappel, R.M. Gel bleed and rupture of silicone breast implants investigated by light-, electron microscopy and energy dispersive X-ray analysis of internal organs and nervous tissue / R.M. Kappel, L.L. Boer, H. Dijkman // Clinical Medical Reviews and Case Reports. – 2016. – Vol. 3, № 6. – P. 87.

1Исомадинов Х.Г., 1,2Гаибов А.Д., 1Юлдошев Х.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И МИОКАРДА

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

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

Актуальность. Из-за того, что атеросклероз имеет системный характер поражения, нередко у одного и того же пациента, одномоментно выявляются несколько конкурирующих значимых поражений периферических сосудов, требующих коррекции [1-5]. Опыт раздельной поэтапной реваскуляризации различных сосудистых бассейнов показала частое развитие специфических осложнений повысив тем самым общий риск развития жизнеугрожающих состояний [3, 5]. Кроме того, разработка и внедрение новых технологий позволили реализовать одномоментную реваскуляризацию не менее двух сосудистых бассейнов, в том числе при мультифокальных поражениях коронарных и мозговых сосудов [1, 2, 4]. Однако, применение такой тактики лечения до сих пор остается дискуссионным, а вопрос выбора объема операций и зоны первичной реваскуляризации остается нерешенным [1], отдаленные результаты требуют выполнения рандомизированных научных исследований [4, 5].

Цель исследования: обобщение результатов первого опыта выполнения одномоментной реваскуляризации головного мозга и миокарда у пациентов с мультифокальными поражениями периферических сосудов.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты одномоментной реваскуляризации миокарда и головного мозга у 17 пациентов с сочетанным поражением коронарных и брахиоцефальных сосудов госпитализированных в условиях ГУ РНЦССХ (8 пациентов) и ЗАО «Дили солим – Бемористони ибни Сино» (9 пациентов). Основную часть пациентов составили лица мужского пола – 13 (76,5%), средний возраст больных равнялся 67,2±4,8 лет. Во всех случаях хроническая сосудисто-мозговая недостаточность и ишемия коронарного бассейна носили симптомный характер, а 2 пациента ранее перенесли инфаркт миокарда, и еще 2 – стентирование ветвей левой коронарной артерии.

Обследование пациентов носило комплексный характер и во всех случаях кроме ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрии и дуплексного сканирования, было проведено контрастное исследование коронарных и церебральных сосудов с целью выявления характера сосудистых поражений и решение тактических задач. В плане обследования пациентов также входило оценка состояния других периферических сосудов, определение наличия сопутствующих заболеваний и факторов риска. Это позволило в 3 случаях выявить значимые стенозы сосудов нижних конечностей, не имеющие никаких клинических проявлений, а также в 9 наблюдений определить глубокое нарушение липидного обмена.

Характеристика поражений коронарных и каротидных артерий, а также сосудов нижних конечностей представлены в таблице.

Таблица
Характеристика поражения коронарных и каротидных артерий

Коронарное русло	Значимый стеноз	Окклюзия
Однососудистое поражение	1	-
Двухсосудистое поражение	2	1
Трехсосудистое поражение	10	3
SYNTAX score, балл	8,2±0,9	
EuroScore II	5,7±1,9	
Каротидный бассейн	Значимый стеноз	Окклюзия
Одностороннее поражение	3	3
Двухстороннее поражение	7	1
Мультифокальный атеросклероз		
Сочетанное поражение коронарных и каротидных сосудов и артерий нижних конечностей	3	-

В 4 случаях отмечалось окклюзия одного (n=3) или обеих внутренних (n=1) сонных артерий, что привело к развитию выраженной ишемии головного мозга, а в одном наблюдении ишемического инсульта. У 17,6% пациентов атеросклероз носил мультифокальный характер, с превалированием клинических проявлений ишемии как миокарда, так и головного мозга, по сравнению с недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей.

Во всех случаях на первом этапе проводилась классическая каротидная эндартерэктомия под местной анестезией с последующей прямой реваскуляризацией миокарда в условиях искусственного кровообращения (n=10) или на работающем сердце (n=7). При выборе тактики одномоментной реваскуляризации миокарда и головного мозга нами во всех случаях учитывалось не только общее состояние пациентов, но и степень риска развития кардиальных или церебральных осложнений при разделении вмешательств на два этапа, а также наличие коморбидного фона, способствующего увеличению частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативные вмешательства проводились после тщательной предоперационной подготовки пациентов и нивелирования риска развития осложнений. Во всех случаях эндартерэктомия из ВСА проводилась под местной анестезией по классической методике. В 4 случаях был использован временный

каротидный шунт, из-за наличия стено-окклюзионного поражения ипсилатеральной сонной артерии. В 14 (82,4%) случаев после КЭЭ проводилось пластика бифуркации сонной артерии аутовенозной заплатой. Средняя время пережатия ВСА составила $19,5 \pm 3,7$ минут, средняя продолжительность вмешательства на сонных артериях – $55,2 \pm 8,6$ минут.

Вторым этапом пациентам была выполнена прямая реваскуляризация миокарда, которая в 10 (58,8%) наблюдений осуществлена в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоплегии, в 7 (41,2%) наблюдениях – в режиме off-pump. Средняя время пережатия аорты при КШ в условиях ИК составила $68,2 \pm 15,6$ минут, искусственного кровообращения – $107,4 \pm 28,2$ минут.

Во всех случаях при коронарном шунтировании реваскуляризация передней межжелудочковой артерии проводилась путем наложения анастомоза с внутренней грудной артерией – мамарокоронарный анастомоз. В 94,1% случаев произведена полная реваскуляризация миокарда, и только в одном случае вместе планируемых 4 шунтов были наложены 3 шунта.

Первичной комбинированной конечной точки исследования явилось развитие инфаркта миокарда, инсульта, острое почечное повреждение и смерть от любой причины, которая отмечалось всего лишь у одного пациента. Вторичной комбинированной конечной точкой служили развитие таких осложнений как кровотечение, необходимость в гемотрансфузии, рестернотомия, воспалительные поражения легких, продолжительность терапии в условиях отделения реанимации. Нагноение раны отмечалось у 2 (11,8%) больных на 6 и 7 сутки, транзиторная ишемическая атака – у 1 (5,9%) пациента на 3-и сутки после операции, и ещё у 1 (5,9%) пациента послеоперационный период осложнился пневмонией. Летальный исход возник в 1 (5,9%) случае на почве развития полиорганной недостаточности вследствие негативного влияния искусственного кровообращения. Все вышеуказанные осложнения развились у лиц с избыточной массой тела и сахарным диабетом. Указанные осложнения лечили консервативными мерами, повторные операции не потребовали.

Средняя продолжительность нахождения пациентов в отделении интенсивной терапии составила $3,2 \pm 0,4$ суток, искусственной вентиляции легких – $22,5 \pm 4,5$ часов. Средняя продолжительность госпитализации пациентов составила $13,4 \pm 2,6$ суток.

Все пациенты после выписки находились под диспансеризацией и проходили контрольный осмотр и обследование каждые три месяца. В отдаленном периоде инфаркт миокарда развился у 1 (5,9%) пациента в сроке 22 месяца после проведенной операции, ещё у 1 (5,9%) пациента спустя 35 месяцев после операции возникло острое нарушение мозгового кровообращения. Трёхлетняя выживаемость составила 93,8%.

Заключение. Одномоментная открытая реваскуляризация головного мозга и миокарда является эффективным в плане профилактики и снижения частоты нежелательных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сочетанными атеросклеротическими поражениями каротидного и коронарного русла.

Литература

1. Белоярцев Д.Ф. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: взгляд сосудистого хирурга / Д.Ф. Белоярцев // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2016. - Т. 22, № 1. - С. 199-209.
2. Гибридная реваскуляризация головного мозга и миокарда: стратификация риска госпитальных осложнений / А.Н. Казанцев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2020. - Т. 26, № 2. - С. 118-123.
3. Госпитальные результаты чрескожного коронарного вмешательства и каротидной эндартерэктомии в гибридном и поэтапном режимах / А.Н. Казанцев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2019. - Т. 25, № 1. - С. 101-107.
4. Госпитальные результаты эндартерэктомии и коронарного шунтирования при множественном диффузном поражении коронарных артерий / С.К. Курбанов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2021. - Т. 27, № 1. - С. 143-150.
5. Шнейдер, Ю.А. Непосредственные и среднеотдаленные результаты этапных операций на сонных артериях в сочетании с коронарным шунтированием / Ю.А. Шнейдер, В.Г. Цой, А.А. Павлов // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2019. - Т. 25, № 3. - С. 95-100.

Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И.

СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2)

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

Актуальность. По данным различных авторов от 4% до 10% всего населения страдает той или иной формой тугоухости, при этом сенсоневральная тугоухость занимает существенное место среди других ее форм. Среди больных, страдающих тугоухостью, на долю патологии звуковоспринимающего аппарата приходится от 70% до 80% случаев [1,2]. Сенсоневральная тугоухость во многом связана с решением таких актуальных проблем, как диагностика, лечение и профилактика. Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что развитие сенсоневральной тугоухости в подавляющем большинстве случаев обусловлено с развитием нарушений мозгового кровообращения [3].

Известно, что с возрастом утрата компенсаторно – приспособительных механизмов приводит к быстрой дегенерации чувствительных клеток Кортиева органа, и развитию кохлеовестибулярных нарушений. Изучаемая литература установила, что сосудистые нарушения в вертебробазилярном бассейне, дают довольно яркую, рано проявляющуюся кохлеовестибулярную симптоматику [1,2]. При одной и той же топике поражения, слуховые нарушения будут различны в зависимости от фазы, причины болезни и быстроты развития процесса. Поэтому в проявлении тугоухости наряду с локализацией процесса, особое, а нередко и ведущее значение, имеет скорость развития процесса, фаза заболевания, степень компенсации и адаптации слухового анализатора.

После 2019 года в мире появились всё больше свидетельств отоневрологического поражения вирусного генеза, в частности SARS-CoV-2, такие как шум в ушах и нарушения равновесия, а также нарушения обоняния и вкуса, но

сенсоневральные формы нарушения слуха у пациентов с COVID-19 изучены еще слабо. Изучение роли SARS-CoV-2 как этиологического фактора нейросенсорной тугоухости (НСТ) может дать возможность обратиться к лечению стра-тегии для максимального клинического выздоровления и предотвращения побочных эффектов[4].

Цель исследования. Разработка алгоритма диагностики и лечения сенсоневральной тугоухости сосудистого ге-неза ассоциированного вирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР - клиники НМЦ «Шифобахш» нами обследованы 50 взрослых больных с различной степенью нарушения слуха, которые страдали гипертонической болезнью и перенесли «постковидные» осложнения.

Обследование начинали с тщательного опроса и сбора анамнеза заболевания, проведения тональной пороговой и надпороговой аудиометрии, импедансометрии и регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ). В качестве дополни-тельных методов исследования, провели реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, диагностику инфекции SARS-CoV-2 проводилась с помощью анализа полимеразной цепной реакции (ПЦР) на тесте мазков из ротоглотки и носо-глотки[4].

Результаты исследования и их обсуждение. Данные неврологического обследования (РЭГ, ЭЭГ) показали, что у 2/3 больных выявленная СНТ, протекает на фоне сосудистой патологии головного мозга. По данным ЭЭГ в подавляющем большинстве случаев регистрировались выраженные диффузные изменения биоэлектрической актив-ности головного мозга. Эти пациенты, ранее перенесли транзиторные атаки, ишемические инсульты, возникшие на фоне системного атеросклероза сосудов головного мозга, гипертонической болезни и вертебробазилярной недоста-точности.

При распределении пациентов по возрасту, самой многочисленной группой были больные с СНТ от 56 до 60 лет - 34% (17 человек); самой маленькой группой - от 46 до 50 лет - 16% (8 человек). Распределение по полу-установило, что мужчины и женщины были в одинаковом количестве - 50% (25 человек). Основываясь на взаимосвязи кохлеарных нарушений с сосудистыми изменениями головного мозга, были определены патогенетические принципы сосудистой терапии. Известно, что одной из причин недостаточно эффективного лечения слуховых нарушений сосу-дистого генеза, является вынужденная прагматизация фармакотерапии указанной патологии, что может оказаться повы-шенным риском развития осложнений при приеме лекарственных препаратов, особенно при взаимодействии различ-ных лекарственных групп. Решение проблемы видится в использовании многоцелевой монотерапии основного забо-левания с минимальной кратностью введения препарата. Одним из таких лекарственных средств является препарат «Кокарнит». Этот препарат зарекомендовал себя, как препарат для лечения невритов, невропатий, невралгий различ-ного генеза, применяемый при сосудистых поражениях различных органов и систем. При введении «Кокарнита» про-исходит окисление глюкозы, повышение синтеза АТФ, снижается образование свободных радикалов, недоокисленных продуктов обмена, уменьшается внутриклеточный ацидоз. Препарат «Кокарнит» относится к перспективным направ-лениям клинической фармакологии.

Учитывая усугубление сенсоневральных расстройств, вторичным воздействием коронавирусной инфекции, в комплекс нашей терапии был включён эффективный противовирусный препарат арбидол.

Для оценки терапевтической эффективности комплексного лечения хронической СНТ сосудистого генеза ассо-циированного вирусной инфекцией с применением препаратов «Кокарнит» и «Арбидол», все наши клинические наблюдения были разделены на две сравнительные группы. Первая группа - 25 человек, получила базовую терапию + Кокарнит-Арбидол и вторая (контрольная) группа - 25 человек, получившая только базовую терапию без указанных препаратов. Все больные до и после лечения, наряду с изучением у них клинико-функциональных проявлений СНТ, подверглись исследованию слуха по данным тональной пороговой аудиометрии, реографических показателей цере-бральной гемодинамики и показателей биоэлектрической активности головного мозга (РЭГ, ЭЭГ), характеризующих тонус мозговых сосудов, скорость кровотока. Комплексное лечение включающее «противоневритные» средства + вы-бранные препараты проводилось 20 дней. И далее, тем же курсом, лечение проводили один раз в 6 месяцев с целью сохранения и усиления достигнутой ремиссии. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в том числе ал-лергических реакций, выявлено не было.

До лечения у больных с I степенью снижения слуха, средняя потеря на низких частотах составляла 30 дБ, на средних -38 дБ, на высоких - 58 дБ; со II степенью снижения слуха соответственно 40-45 дБ, 51- 55 дБ, 61-66 дБ; с тугоухостью III степени средние показатели порогов слуха находились в пределах от 51 до 80 дБ.

После проведенного лечебно-профилактического курса была отражена положительная динамика улучшения слуха в среднем до 5-10 дБ преимущественно в диапазоне низких и средних частот, которая определялась на аудио-граммах у больных с I и II степенью тугоухости, получивших базовую терапию; у больных с III степенью тугоухости наблюдался незначительный сдвиг (в пределах до 3- 8 дБ). Средние показатели порогов слуха аудиограмм у больных после проведенного лечения, включающего базовую терапию + «Кокарнит и арбидол», свидетельствовали о более выраженной положительной динамике улучшения слуховой функции (снижение слуховых порогов в среднем до 15 дБ; 10 дБ; 5 дБ соответственно на низких, средних и высоких частотах). Статистический анализ показал, что положитель-ная динамика восстановления слуха у больных получивших базовую терапию + «Кокарнит и арбидол», особенно в диапазоне низких и средних частот, была более выражена. Следует отметить, что по данным неврологического обсле-дования у больных в возрасте от 60 до 65 лет, с выявленным атеросклерозом церебральных сосудов в 32,4% случаев, имевших III степень тугоухости, слух оставался без особых изменений после проведенного лечения. Вместе с тем от-мечена положительная динамика восстановления слуха на низкие и средние частоты у больных с СНТ I-II степени, которая характеризовалась подъемом аудиологической кривой в тоншкале речевой зоны. В двух сравниваемых груп-пах у больных со II и III степенью сенсоневральной тугоухости, получивших базовую терапию и базовую терапию + Кокарнит и арбидол, улучшение слуха на высокие частоты (6000-8000 Гц), наблюдалось незначительно. Результаты

биоэлектрической активности головного мозга (ЭЭГ) и анализ реографических показателей (РЭГ) подтверждают улучшение церебральной гемодинамики, венозного оттока у больных с СНТ на фоне сосудистой патологии головного мозга на 16,9% чаще в группе больных, получивших базовую терапию + «Кокарнит и арбидол», чем в контрольной группе.

Выводы. Всё вышеизложенное позволяет рекомендовать выбранные препараты в комплексной лечебно-профилактической терапии СНТ сосудистого генеза ассоциированного вирусной инфекцией. Наш опыт позволяет нам подчеркнуть важность быстрого распознавания и устранения необычных симптомов, предоставляя пациентам возможность получить раннее лечение.

Список литературы.

4. Быстрова Е.В. Эффективность комплексной терапии сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза / Е.В. Быстрова, С.Ф. Кудайбергенова, Ф.Н. Хуршидов // Вестник КазНМУ. – 2015.- № 2. – С. 143-144.
5. Кунельская Н.Л. Комплексный подход к лечению нейросенсорной тугоухости / Н.Л. Кунельская // Фарматека. – 2013. - № 15. – С. 54-58.
6. Преображенская Ю.С. Этиопатогенетические основы лечения сенсоневральной тугоухости / Ю.С. Преображенская // Медицинский совет. – 2018. - № 20. – С. 96-99.
7. Xin Chen. Role of viral infection in sudden hearing loss / Xin Chen, Yao Fu1 and Tian Zhang // Journal of International Medical Research. – 2019. - Vol. 47 (7). –P. - 2865–2872

Исупова Ш.Ф., Холматов Д. И.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСА НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ

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

Актуальность. Согласно недавним эпидемиологическим исследованиям, частота случаев сенсоневральной тугоухости (СНТ) ежегодно увеличивается[1]. Причина СНТ представляет большой интерес для исследований. На сегодняшний день наиболее вероятными причинами этого заболевания считаются вирусная инфекция, которая приводит к окклюзии сосудов внутреннего уха, аномальным клеточным стрессовым реакциям в улитке и иммунно-опосредованные механизмы. Поэтому связь между вирусной инфекцией и прогрессирующей глухотой остаётся преимущественно вероятной.

Несмотря на множество публикаций по этому поводу [1-3] до сих пор недостаточно работ, доказывающих или четко указывающих на патогенез этого заболевания. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения точного этиопатогенеза, чтобы лучше понять СНТ вирусного генеза и разработать более подходящее лечение для восстановления слуха у пострадавших пациентов.

По данным авторов [3], вирусная инфекция (SARS-CoV-2) попадая в общий кровоток вызывает окклюзию сосудов внутреннего уха, в результате чего происходят аномальные клеточные реакции в слуховых волосковых клетках и иммунно-опосредованные механизмы. Между тем, среди предполагаемых этиологий вирусная инфекция часто недооценивается; таким образом, существуют серьезные разногласия относительно противовирусных препаратов для лечения СНТ.

Обновленные данные выявили следующие три возможных механизма, лежащих в основе развития СНТ вследствие коронавирусной инфекции: тромбоз и, как следствие, закупорка сосудов в улитке, бессимптомная вирусная инфекция и последующее повреждение улитки. Из всех этиологических факторов преобладают тромбоз и вирусная инфекция, а воспаление улитки может быть вторично вызвано вирусной инфекцией или даже тромбозом.

Цель исследования. Разработка алгоритма диагностики и лечения сенсоневральной тугоухости на почве коронавирусной инфекции.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР – клиники НМЦ «Шифобахш» нами обследованы 18 больных с сенсоневральной тугоухостью на почве коронавирусной инфекции. Все больные были среднего возраста 35-55 лет, которые жаловались на понижение слуха, шум в ушах, а у более старших возрастов наблюдалось головокружение. Критерием включения в группу обследования считалось исключительное влияние коронавируса на орган слуха, а больных со слуховыми нарушениями иной этиологии исключали из обследования.

В комплекс нашего обследования входили следующие методы: камертонометрия, тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия, регистрация вызванной отоакустической эмиссии и акустическая импедансометрия. Из лабораторных исследований взятие мазка из полости носа и рта для определения ПЦР на наличие вируса (SARS-CoV-2), КТ и МРТ – исследование по мере необходимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что нейросенсорная тугоухость возникает при вирусных инфекциях, включая вирус простого герпеса (ВПГ). Когда вызванная вирусом нейросенсорная тугоухость возникает у бессимптомных лиц с внезапным началом, нейросенсорная тугоухость может быть диагностирована как внезапная нейросенсорная тугоухость (ВНСТ).

У 18 пациентов, у которых развилась нейросенсорная тугоухость, связанная с COVID-19, потеря слуха была односторонней у 13 пациентов (72,2%) и двусторонней у пяти пациентов (28,8%) и сопровождалась такими симптомами, как шум в ушах, головокружение и парез лицевого нерва.

Наши исследования показали, что результаты камертональных измерений (с камертоном с частотой С₁₂₈ Гц) был одинаковым и постоянным при многократных пробах. У всех больных результат опыта Ринне был «положительным», т. е. больные слышали звук камертона за счет воздушной проводимости громче, чем прохождение звука через сосцевидную кость; - Опыт Вебера показал «латерализацию» звука камертона в сторону лучше слышащего уха, - Опыт Швабаха показал, укорочение костной звукопроводимости в больном ухе, и удлинение в здоровом ухе.

Результат пороговой тональной аудиометрии показал, что порог слышимости был в норме на низких и средних

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

Степень нейросенсорной тугоухости варьировала от легкой до тяжелой, демонстрируя различные типы аудиограмм, такие как плоский тип, низкочастотный тип и высокочастотный тип. Их пороги слуха были подтверждены слуховой реакцией ствола мозга у девяти пациентов. Отоакустическая эмиссия продукта искажения отсутствовала у всех девяти обследованных пациентов, что свидетельствует о сенсоневральной тугоухости кохлеарного происхождения. МРТ была проведена 11 пациентам, из которых у четырех пациентов отмечалось следующее: У мужчины 60 лет на постконтрастной последовательности T1 выявлено повышение контраста в правой улитке и частичное снижение жидкостного сигнала в базальном повороте улитки, что свидетельствует о воспалении улитки; у 38-летней женщины наблюдалась высокая интенсивность в левой улитке, преддверии, латеральном и верхнем полукружных каналах как на FLAIR, так и на T1 без усиления на T1 постконтрастной последовательности, что указывает на геморрагическое поражение в этих тканях; 54-летний мужчина продемонстрировал высокую интенсивность в правой улитке, преддверии и полукружных каналах как на FLAIR, так и на диффузионно-взвешенных последовательностях с нормальной интенсивностью на последовательностях T1, что указывает на воспаление этих тканей.

Таким образом, данные МРТ позволяют предположить, что сенсоневральная тугоухость, связанная с COVID-19, в основном имеет кохлеарное происхождение из-за воспаления. Мы проанализировали прогноз слуха в 14 ушах у 12 пациентов, у которых можно было оценить пороги слуха до и после терапии кортикостероидами. Прогноз был классифицирован в соответствии с классификацией Зигеля: класс I (полное выздоровление), окончательный усредненный порог слышимости < 25 дБ независимо от усиления слуха; Класс II (частичное восстановление), окончательный усредненный порог слышимости от 25 до 45 дБ с усилением слуха > 15 дБ; Класс III (незначительное восстановление), окончательный усредненный порог слышимости > 45 дБ с усилением слуха > 15 дБ; Класс IV (без улучшения), окончательный средний порог слышимости > 25 дБ с усилением слуха < 15 дБ.

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

Выводы. Инфицирование как коронавирусом, так и вирусом простого гриппа, может оказать негативное воздействие не только на дыхательные пути, но и на орган слуха и привести к тугоухости, вплоть до абсолютной глухоты.

Поэтому люди, перенесшие вирусную инфекцию, после появления симптомов снижения слуха должны пройти аудиологическое обследование и конкретное «противоневритное» лечение под наблюдением врача-оториноларинголога и аудиолога-сурдолога.

Литература.

1. Brandon E. Cohen/ Viral Causes of Hearing Loss: A Review for Hearing Health Professionals // Brandon E. Cohen, Anne Durstenfeld, and Pamela C. Roehm. J. Trends in Hearing. -Volume 18, January – December. - 2014
2. Chen, X. / Role of viral infection in sudden hearing loss // Chen, X.; Fu, Y.Y.; Zhang, T.Y. J. Int.Med. Res. **2019**, Volume 47. – P. - 2865-2872.
3. Fancello, V.; Fancello, G.; Hatzopoulos, S.; Bianchini, C.; Stomeo, F.; Pelucchi, S.; Ciorba, A. Sensorineural Hearing Loss Post-COVID-19 Infection: An Update. Audiol. Res. 2022, 12, 307–315. <https://doi.org/10.3390/audiolres12030032>

Кадамалиева М. Д., Умарова Т.С., Назаров Э.И.

БЕСПЛОДИЕ НА ФОНЕ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Медицинский факультет, ГОУ «ТНУ». Таджикистан

Актуальность. С учетом возрастающей частоты заболевания, генитальный эндометриоз становится одной из ведущих причин бесплодия. Аденомиоз выявляется у 40-45% женщин с необъяснимым первичным и у 50-58% - со вторичным бесплодием [В.П. Баскаков и соавт., 2002]. Многолетние клинические и научные исследования показали неэффективность гормональной терапии такой формы гиперпластических процессов эндометрия. В современной научной литературе все чаще встречаются данные, в которых ведущую роль в этиопатогенезе гиперпластических процессов эндометрия отдается «воспалительному» фактору [1,2,3]. По нашим данным, использование только противовоспалительной терапии для лечения аденомиоза также не дает достаточного эффекта, и рецидивы через 6-9 месяцев фиксируются почти у 30% больных. Это можно объяснить, прежде всего, недостаточным поступлением антибактериальных препаратов к очагу воспаления в эндометрии, который является причиной гиперпролиферативного процесса с формированием аденомиоза. Сказанное выше обуславливает необходимость дальнейшего усовершенствования подходов к лечению аденомиозов.

Целью нашей работы было применение дистриптазы в комплексной терапии больных аденомиозом, страдающих бесплодием.

Материал и методы. Было проведено обследование и лечение 34 больных аденомиозом репродуктивного возраста. Диагноз был установлен при комплексном клиноко-лабораторном обследовании, с использованием дополнительных методов (гистероскопии, раздельном выскабливании матки, ультразвуковом исследовании по трансвагинальной методике в динамике менструального цикла).

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациентки были разделены на две группы: I группа (17 пациенток) с аденомиозом, получавшие получившие традиционную комплексную гормональную терапию, II (основная) группа (17 пациенток) с аденомиозом в дополнение к традиционному лечению получавшие дистриптазу.

Всем пациенткам гормональная терапия проводилась даназолом (200 мг еженедельно с кратностью приема 2 раза в неделю) в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. Дополнительно больным II группы после проведения гистероскопии с раздельным выскабливанием матки на 2, 3, 6, 9 и 11 дни назначали по следующей методике: При тяжелом течении заболевания (курс 9 дней) по одной свече 2 раза в сутки 4-6 дни: по одной свече 2 раза в сутки с 7 по 9 дни: по одной свече 1 раз в сутки или по одной свече 2 раза в сутки на протяжении 2 дней.

Динамическое наблюдение за пациентками с ультразвуковым контролем проводили в течение курса терапии и 12 месяцев после ее окончания. Через месяц после окончания курса гормональной терапии - после восстановления менструальной функции - беременность запланировали 12 пациенток I группы и 10 пациенток II группы, страдавших бесплодием, остальные женщины в течение всего периода наблюдения использовали барьерный метод контрацепции. В первые 3 месяца после окончания основного курса лечения беременность наступила у 6 женщин II группы и только у 2 – I группы, в течение последующих трех месяцев беременность наступила у 7 пациенток II группы и 4 – I группы. За последующие 6 месяцев наблюдения у одной оставшейся пациентки II группы беременность так и не наступила, а в I группе наступила у 4 женщин. В результате к концу года наблюдения после окончания лечения жалобы на бесплодие предъявляли 8 пациенток первой группы и 2 пациентки второй. В итоге, реализовали свое желание забеременеть 16 пациенток из 17 (94,4%) основной (второй) группы и только 8 пациенток – из 16 (50%) ($p < 0,01$), получавших традиционную терапию.

Вывод. Таким образом, сочетанное системное и местное (анальное) введение высокоактивного препарата дистрептаза открывает новые перспективы в комплексной терапии аденомиоза и дает возможность улучшить результаты лечения, одним из показателей которого является восстановление репродуктивной функции. Взаимодействуя с плазминогеном (профибринолизин), стрептокиназа образует «активаторный комплекс», катализирующий превращение плазминогена крови и кровяных сгустков в плазмин (фибринолизин). Плазмин, обладая протеолитической ферментативной активностью, вызывает лизис нитей фибрина кровяных сгустков, деградацию фибриногена и др. плазменных протеинов, в т.ч. V (акцелерин) и VII (конвертин) факторов свертывания крови. Растворяет тромбы, действуя как на их поверхности, так и изнутри. Растворяет как сгустки, прикрепленные к стенкам сосудов, так и циркулирующие в кровотоке. Благодаря растворению тромбов улучшается циркуляция крови по мелким кровеносным сосудам, что, соответственно, снимает отек и увеличивает концентрацию лекарственных средств (антибактериальных), иммунных клеток и полипотентных клеток в очаге воспаления. В очаге воспаления происходит лизис нитей фибрина, в результате купируется воспаление, восстанавливается структура и функция органа. Стрептокиназа способствует лучшему проникновению стрептодорназы в очаг воспаления, за счет воздействия на процесс образования микротромбов (защитная реакция организма для ограничения очага воспаления). Стрептодорназа оказывает протеолитический эффект, разрушая ДНК, нуклеотиды и нуклеозиды, в результате чего растворяются «мостики» нуклеопротеинов мертвых и коагулированных клеток, облегчается резорбция поврежденных клеток и олигопротеинов, активизируется фагоцитоз, но при этом нет воздействия на структуру и функцию здоровых клеток. Стрептодорназа ускоряет растворение и удаление гноя, омертвевших клеток и воспалительной жидкости (экссудата) из патологического очага. Соответственно, благодаря удалению продуктов распада, быстро купируется воспалительный процесс. Стрептокиназа, улучшая микроциркуляцию, усиливает эффект стрептодорназы, еще больше ускоряя процесс удаления продуктов, образовавшихся в ходе воспаления. Дистрептаза не относится к анальгетикам по механизму действия, ее анальгетический эффект связан с устранением морфологических причин тазовой боли – ликвидацией инфильтрации, отека, лизисом фибриновых нитей (первый этап в формировании спаек). Когда выраженность воспаления снижается, агной и омертвевшие ткани растворяются и выводятся, болевая импульсация стихает или полностью проходит. Дистрептаза обуславливает быстрый лизис некротических масс, отложений фибрина и тромбов, улучшение кровообращения и микроциркуляции в очаге воспаления, повышение в нем концентрации антибактериальных и других лекарственных средств, предупреждение развития и ликвидацию спаечного процесса. Дистрептаза в 3 раза снижает частоту рецидивов эндометриоза. Обеспечивает более высокую частоту восстановления репродуктивного здоровья. Приводит в 2,5 раза большему количеству регресса функциональных кист яичников, в сравнении со стандартной терапией.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. // Руководство для врачей. М «Медицина», 2018, - 318 с.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. // Л., 1990, - 238 с.
3. Козлов В.К., Лебедев М.В., Егорова В.Н. Дисфункции иммунной системы и принципы их коррекции Ронколейкином // Омск. науч. вестн. 2015, №18, С.79-83.
4. Parrott E., Buterworth M., Green A. et al. Adenomyosis – a result of disordered stromal differentiation. // Am. J. Pathool.- 2016- V.159, P 623-630.
5. Devlieger R.D., Hooghe T. And Timmerman D. Uterine adenomyosis in the infertility clinic // Hum. Reprod – 2017 – № 2, P.139-147.

Кадамалиева М.Д., Мирова Н.Д., Файзуллоева С.М.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК

Медицинский факультет, ГОУ «ТНУ». Таджикистан

Актуальность. В настоящее время очень важной остается проблема выбора различных видов диагностики и лечения патологии шейки матки и влияние этой патологии на течение и исход беременности [1,3,5].

Течение беременности у женщин с изменениями шейки матки характеризуется высокой частотой невынашивания и фетоплацентарной недостаточностью и составляет при наличии полиповидных образований цервикального канала 8,4 %, после инвазивных методов лечения предрака шейки матки 38,2 %, при эктопии и эктропионе 11,6 %, при

лейкоплакии 8,6 %, при цервикальной интраэпителиальной неоплазии 11,2% пациенток [4].

В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний шейки матки у беременных требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и поиска новых путей исследования при данной патологии [2].

Цель исследования. Изучить патологию шейки матки у беременных пациенток.

Материал и методы исследования. Наблюдавшиеся нами 46 беременных женщин по состоянию шейки матки были разделены на две группы. В I группу вошли беременные с изменениями шейки матки 4 (52,2%), II группу составили беременные без изменений шейки матки 22 (47,8 %). Осмотр пациенток врачом в процессе исследования проводился в амбулаторных условиях ежемесячно для женщин из I группы и через 2 месяца для женщин из II группы.

Возраст женщин составил от 20 до 40 лет (29 ± 2). Частота нозологических форм экстрагенитальных заболеваний была одинаковой в обеих группах и практически не отличалась от заболеваемости в популяции.

Результаты исследования и их обсуждение. При сборе анамнеза мы обращали внимание на ранее перенесенные вирусные генитальные инфекции, особенно вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ), а также высоко онкогенными серотипами вируса папилломы человека (ВПЧ) (16, 18, 31 и 33). ВПГ- инфекция в I группе отмечена у 3 (12,5%) женщин, во II группе – у 2 (9,1 %) женщин, т.е. практически в одинаковом процентном соотношении. ВПЧ - инфекция (серотипы высокого риска) в I группе у выявлена у 4 (16,6 %) пациенток и во II группе – у 3 (13,6%) пациенток. В I группе деформация шейки матки из-за послеродовых разрывов наблюдалась у 15 (62,5%), эктропион – у 13 (54,2%), эктопия шейки матки – у 13 (16,6%). Признаки цервицита выявлены у 20 (83,4%) беременных, дисплазии – у 4 (16,6%), полипы выявлены у 10 (41,2%). Кровоточивость при осмотре выявлена у 8 (33,4%) пациенток. В 3 (12,5%) случаях в I группе при цитологическом исследовании были обнаружены клетки многослойного плоского эпителия с признаками дискариоза, на основании чего поставлен диагноз «Дисплазия 1-2-й степени», при кольпоскопии подозрение было высказано только в отношении 2 (9,1%) беременных. До настоящего обследования, согласно анамнезу, у 14 (58,4%) пациентки изменений на шейке матки не наблюдалось. У 10 (41,7%) беременных до настоящей беременности были диагностированы изменения на шейке матки. В I и II группе женщин при осмотре отклонений в строении наружных гениталий, вульвы и состояния их слизистой отмечено не было.

При осмотре шейки матки в зеркалах у пациенток I группы было обнаружено, что только у 11 (45,9%) беременных шейка матки имела правильную цилиндрическую форму. Гипертрофия шейки матки наблюдалась у 8 (33,4%) беременных, деформация шейки матки послеродовыми разрывами – у 13 (54,2%), эктропион – у 9 (37,5%), эктопия шейки матки – у 8 (33,4%). Клинические признаки цервицита выявлены у 15 (62,5%) беременных. Кровоточивость при осмотре выявлялась у 6 (25%) пациенток.

Анализ данных ультразвукового исследования пациенток II группы позволил выявить достоверное увеличение размеров, объема шейки матки и показателей ее гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах. При беременности у пациенток с эктопией шейки матки, по данным УЗИ, отмечается постепенное прогрессивное увеличение средней толщины и объема шейки матки. По сравнению с II группой, у беременных с эктопией выявлено снижение интенсивности кровотока в тканях шейки матки по типу «бедного кровотока» или на фоне варикозного расширения сосудов, что в том и другом случаях сопровождается застойными явлениями.

По данным ультразвукового исследования пациенток с полипами, зафиксировано достоверное снижение показателей гемодинамики по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах. При УЗИ полип шейки матки не всегда выявляется. Даже при влагалищном исследовании его не всегда можно увидеть: если ножка полипа достаточно длинная, он способен подтягиваться вверх в цервикальный канал.

Обращает на себя внимание повышение в анамнезе частоты обнаружения полипов цервикального канала, доброкачественных заболеваний шейки матки и полипов эндометрия, эндоцервицита у беременных с изменениями шейки матки по сравнению с группой без изменений шейки матки.

Трансвагинальная эхография обладает рядом преимуществ. При использовании датчиков высокой частоты (7-8 МГц) и непосредственного соприкосновения сканирующей поверхности с исследуемым органом или новообразованием улучшается качество изображения, что особенно важно для оценки состояния матки и фолликулярного аппарата яичников.

Частота признаков воспаления у пациенток без изменений шейки матки (II группа) в течение беременности составила 9 (40,9%) в I триместре и 7 (31,9%) – в III триместре. В то же время у пациенток с наличием эктопии шейки матки частота воспалительных изменений составила 8 (36,4%) в I триместре, увеличилась в 2 раза во II триместре и в 4 – в III триместре беременности. Эти результаты объясняют высокую частоту эктопии шейки матки на фоне воспалительных изменений, что составляет 16 (72,8%).

В I триместре у I группы кольпоскопия показала, что эктопия с ранних сроков приобретает более насыщенный красный цвет. Сосочки цилиндрического эпителия удлиняются, становятся несколько отечными, в некоторых из них видны терминальные петли кровеносных сосудов.

Во II-ом триместре у всех 22 беременных участки эктопии увеличивались в размерах. Вследствие усиленной васкуляризации шейка матки приобретала фиолетовый цвет. У 14 (63,6%) беременных наблюдалось усиление секреции слизи, у 8 (36,4%) появились множественные мелкие кистовидно расширенные железы. При проведении пробы с 3%-м раствором уксусной кислоты наблюдалась выраженная сосудосуживающая реакция. У 4 (18,2%) беременных по периферии эктопии появились йоднегативные участки.

В III триместре беременности изменения шейки матки были наиболее выражены: увеличение в размерах, отечность, цианотичность, наличие множества закрытых желез, выраженное увеличение размеров эктопии и увеличение самих сосочков цилиндрического эпителия, выраженное расширение подэпителиальных сосудов. Децидуальная реакция наблюдалась у 12 (54,6%) беременных. Появление кровоточивости с поверхности эктопии наблюдалось у 14 (63,4%) беременных.

У двух беременных (9,1%) при кольпоскопии определялись сосочковые разрастания псевдоэрозий шейки матки, контактно кровоточащие, при сохраненном сосудосуживающем эффекте раствора уксусной кислоты и слабом окрашивании раствора Люголя, что трактовалось как дисплазия, подтвержденная затем цитологический.

Критерием правильно взятого материала считалось присутствие в мазках с поверхности шейки матки клеток многослойного плоского эпителия, а из цервикального канала – призматический или цилиндрический эпителий.

В мазках у женщин с патологией шейки матки преобладали клетки промежуточных слоев, имелось большое количество ладьевидных клеток средних размеров, наблюдался активный цитолиз клеток (обнаруживалось много «голых ядер», клеточный детрит и обрывки цитоплазмы), имелось большое количество палочек Дедекерля и большое количество клеток цилиндрического эпителия. Гиперпаракератоз, проявляющийся наличием безъядерных «чешуек» плоского эпителия, скоплением блестящих безъядерных клеток, наличием мелких клеток плоского эпителия округлой, овальной, вытянутой или полигональной формы, расположенных разрозненно или в пластах, выявлялся с небольшой частотой 2 (9,1%) – в первом триместре, 3 (13,4%) – во II и III триместрах гестации.

При наличии воспалительных изменений у ряда пациенток с изменениями шейки матки результаты цитологического исследования выявили клетки многослойного плоского эпителия с признаками дискариоза у 4 (18,2%) беременных женщин, на основании чего поставлен диагноз «Дисплазия 1-2-й степени». ($p < 0,05$).

Выводы. Кольпоскопическое обследование шейки матки у беременных является важнейшим диагностическим критерием, позволяющим на ранних этапах выявлять воспалительные процессы, невидимые при визуальном обследовании и решить вопрос о дополнительном микробиологическом обследовании и ранней терапии с целью предотвращения развития эктопии или полипов.

Список литературы

1. Дикке Г.Б. Современные подходы к вторичной профилактике рака шейки матки / Г.Б. Дикке // Акушерство и гинекология. – 2018. - №4. – стр. 131-136.
2. Петренко С.И. Кольпоскопия при воспалительных заболеваниях шейки матки: практические советы для врачей / С.И. Петренко. – Москва. 2019. – 32 стр.
3. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия / С.И. Роговская. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 256 стр.
4. Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство/ гл. ред.. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов [и др.] . – 2-е изд., перераб. и доп.- Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 1006 стр.
5. Селякова М.С. Особенности иммуногистохимических характеристик диспластического многослойного плоского эпителия шейки матки у женщин разных возрастных групп / М.С. Селякова, Т.А. Агеева, С.В. Савченко, А.В. Якимова // Урал. Мед. Журн. – 2018. - №2. – стр. 43 - 47.

Кадамалиева М.Д., Бахтиери Иброхим, Умарова Т.С.

ВЛИЯНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Медицинский факультет, ГОУ «ТНУ». Таджикистан

Актуальность. В настоящее время сексуально-трансмиссивные заболевания являются ведущей причиной обращения женщин репродуктивного возраста к врачу-гинекологу. В Республике Таджикистан имеет место стойкая тенденция к повышению частоты данной патологии, обусловленная медико-социальными условиями в стране.

В странах СНГ число инфицированных одного из заболеваний, передающихся половым путём папилломавирусной инфекции ПВИ увеличилось более чем в 10 раз.

В Республике Таджикистан до настоящего времени нет статистических данных о распространённости данной патологии среди женского населения, включая девочек-подростков.

Научные исследования посвящены преимущественно изучению влияния папилломавирусной инфекции на состояние плода и новорожденного. По данным М.А. Чистякова папилломавирусная инфекция в системе мать-плацента-плод определяет патологию беременности и родового акта, высокий риск внутриутробного инфицирования, развитие плацентарной недостаточности и ателектатической пневмопатии новорожденного.

Доказана способность ПВИ поражать клетки трофобласта, что является причиной прерывания беременности. Однако исследования, проведенные Silverberg MJ с соав. (2003) демонстрируют отсутствие влияния папилломавирусной инфекции на состояние менструальной функции и течение беременности.

В настоящее время доказано, что вирус папилломы человека (ВПЧ) является онкогенным вирусом, связанным не только с цервикальными и аногенитальными видами рака, но и с плоскоклеточным раком гортани, предстательной железы и др. При половом заражении папилломавирусная инфекция чаще всего приводит к развитию аногенитальных бородавок, классической формой которых являются остроконечные кондиломы-доброкачественные мягкие папилломаматозные разрастания, расположенные, как правило, в аногенитальной области и обычно обусловленные ВПЧ-6 и 11 и реже другими в том числе высокоонкогенными типами ВПЧ-6,11,16,18,31,33,35,41,42. В целом же не менее 35 типов ВПЧ (16,18) вызывают дисплазию и рак половых органов (шейки матки, вульвы, влагалища), гортани и заднего прохода.

Учитывая вышеизложенное, исследование распространенности и влияния на состояние репродуктивного здоровья ВПЧ, является актуальной проблемой для нашего региона.

Целью настоящего исследования является изучение влияния ПВИ на состояние менструальной и фертильной функции.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были обследованы лица женского пола, находящимся в репродуктивном возрасте для определения частоты встречаемости ПВИ (200 чел.) и для

выявления особенностей клиники, течение заболевания среди женщин, страдающих ПВИ гениталий (92 чел). Критериями включения в исследуемую группу были : возраст 18-49 лет. наличие беременности , многолетнее проживание на территории Республики Таджикистан.

Всем женщинам диагноз кондиломатоз был установлен клинико-визуальным, кольпоскопическим, цитологическим, молекулярной – биологическим (полимеразная цепная реакция-ПЦР) методами.

Результаты и их обсуждения. При обследовании 200 подростков и женщин репродуктивного возраста также беременных ВПЧ был выявлен у 92 пациенток.

При кольпоскопическом исследовании остроконечные кондиломы вульвы и влагалища были выявлены у 61 беременной, и 55 женщин репродуктивного возраста , 16 - ти подростков. Они представляли собой возвышающиеся над поверхностью слизистой фиброэпителиальные образования неправильной формы с пальцеобразными или конусовидными выступами на тонкой ножке, реже на широком основании в виде одиночного узелка, либо в форме множественных выростов, напоминающих цветную капусту или петушиные гребни. Поверхность кондиломы была покрыта многослойным плоским эпителием и нередко кератинизирована. В подлежащей строме располагались сосуды. Возникающее ряде случаев в строме воспаление, расстройство микроциркуляции отек способствовали присоединению вторичной инфекции. У 37 беременных были выявлены кондиломы шейки матки в виде опухоли с почковидными сосочками, равномерно располагающимися по ее поверхности и образующими повторяющийся рисунок. У 24 беременных имелись гигантские кондиломы наружных половых органов и влагалища, величиной до 6,0 см у этой категории пациентов беременность была завершена путем кесарева сечения.

Во время медицинского осмотра школьников 11 го класса, первокурсников при визуальном осмотре у 16 девочек остроконечные кондиломы наружных половых органов. Была выяснена что у 11- девочек имеется нарушения менструального цикла по типу олигодисменории, у 3 –по типу менорагия, у 2 –без особенности.

Результат обследования мазок с поверхности кондилом и шейки матки (ПЦР) у 92 пациенток у 34 женщин обнаружено ВПЧ - типов 6-11+хламидии, вирус простого герпеса, мазок на степень чистоты из влагалища, кокки *Candida albicans*.

У 27-пациентов обнаружено ВПЧ тип-18, у 22 пациенток тип -16, у 11 тип -35, у 12 –пациентов обнаружено тип - 53, у 21 пациенток обнаружено тип 16-38, у 7 пациенток обнаружено тип -6-11-31-33, у 9- пациенток обнаружено тип 18,35. Отмечена высокая частота вируса папилломы человека у женщин с ЗПП, беременных женщин.

Анализ менструального цикла у женщин с папилломавирусной инфекции показал, что альгоменорея имела место у 23, обильные менструации 15 пациенток, боль во время полового акта – у 13 пациенток. Пациенток с ВПЧ и беременности было больше чем пациенток не беременных

Вывод. Под нашим наблюдением находились 92 пациенток - 41 беременных женщин с ВПЧ, 35 –женщин сдавшие ВПЧ, 16-девочек болеют ВПЧ.

С диагнозом «остроконечные кондиломы». Возраст пациентов варьировался от 16 до 49 лет. Для идентификации типа ВПЧ в каждом случае проводилась полимеразная цепная реакция (ПЦР). Необходимо отметить, что наиболее часто выявлялись ВПЧ-6,11,31,33,16,18,35.

Всем пациенткам проводился 14 –дневной курс терапии ректальными суппозиториями Виферон по 3 млн МЕ в сутки. На 15-й день проводилась деструкция новообразований методом электрокоагуляции и прижигание с помощью нитрата серебра после чего рекомендовалось продолжить применение ректальных суппозиториях виферон по 1 млн МЕ в сутки в течение еще 15 дней . Противовирусное препарат Вартин -30 капель 2 раза в день, течение 3- месяца. В период наблюдения не менее 9 месяцев рецидивов заболевания было отмечено только у 12 пациентам.

Список литературы

- 1.Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки . / С.И. Роговская // Руковод.для практ.врача.М: «ГЭОТАР-Медиа».2017,с.1144.
- 2.Дмитриев Г.А Биткина О.А., Папилломавирусная инфекция. / Г.А. Дмитриев,О.А. Биткина // М.,2018.
- 3.Евстигнеева Н.П. «Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта женщин: эпидемиология, факторы персистенции, оптимизация ранней диагностики и профилактики онкогенеза: / Н.П. Евстигнеева // Дис...док..мед.. наук. М.,2012. С
4. Александрова Ю.Н., « ПВИ у здоровых женщин Санкт- Петербурга» /Ю.Н. Александрова [и др.] // (Вопросы Онкол. 2018: 6:2; 175-179.
- 5.Бибнева Т.Н., Прилепская В.Н. « Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки », Гинекология 2017г.

Казымова Л.А.

ДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ТОЛЩИНЫ НАРУЖНОГО СЛОЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ И ЕЕ СВЯЗЬ С ОСТРОТОЙ ЗРЕНИЯ.

Кафедра офтальмологии Азербайджанского Медицинского Университета

Актуальность.

Всем пациентам, поступившим в офтальмологическое отделение, страдающие сахарным диабетом, была проведена оптическая когерентная томография (ОКТ) с целью выявления диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека (ДМО). ТНСС (толщина наружного слоя сетчатки) определялась, как расстояние между наружной пограничной мембраной (НПМ) и слоем пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) в центре фovea.

Была рассчитана корреляция между общей толщиной сетчатки (ОТС), толщиной наружной сетчатки (ТНС) и остротой зрения. В исследование были включены 56 глаз от 36 пациентов с ДМО. Средний возраст оценивался в 65,5 (±6,09). Средняя острота зрения по шкале Снеллена составила 0,4-0,9.

Коэффициент корреляции между общей толщиной сетчатки и остротой зрения OD -0,93 OS -0,88, общее среднее значение -0,9, коэффициент корреляции между толщиной слоя наружной сетчатки и остротой зрения OD -0,53 OS -0,36, общее среднее значение -0,44. Коэффициент корреляции между общей толщиной сетчатки и толщиной слоя наружной сетчатки связано с общим средним значением 0,4.

Это новый параметр ОКТ в оценке ДМО. Более того, считается, что это потенциальный долгосрочный прогностический фактор зрения для пациентов с ДМО.

Введение

Сахарный диабет — один из наиболее распространенных хронических заболеваний, поражающее все нации и страны, особенно развитые страны. ДМО, являющийся осложнением диабета, является одной из важных причин потери зрения и одной из причин инвалидности в развитых странах [1, 2].

Лечение ДМО развивается с использованием новых лазерных хирургических методов, факторов роста эндотелия сосудов (анти-ФРЭС) и различных стероидных препаратов в соответствии с рекомендациями [3-7]. В последние 15 лет оценка эффективности лечения в основном базируется на измерении остроты зрения и выявлении структурных изменений при оптической когерентной томографии (ОКТ).

Несомненно, быстрая, объективная и неинвазивная ОКТ оказалась ценным и очень информативным инструментом не только для выявления ДМО, но и других заболеваний макулы, таких как возрастная макулярная дегенерация (ВМД) и центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ). Однако связь между измеренными значениями ОКТ и остротой зрения не достаточно изучена. Хотя в некоторых отчетах было показано, что измерения ОКТ тесно коррелируют с изменениями макулы и зрением, в данных имеются противоречивые результаты [8].

Тщательное выяснение различных измеряемых параметров ОКТ и их клинического значения при ДМО еще предстоит определить. Достижения в технологиях оптической когерентной томографии (ОКТ), в том числе увеличение скорости сканирования и более высокое разрешение сканирования (до ~ 3 мкм для некоторых устройств ОКТ), позволяют визуализировать микроструктуру сетчатки [9-11].

В работе изучены морфологические изменения, происходящие в наружных гиперрефлекторных слоях сетчатки у лиц с различными заболеваниями сетчатки.

Было обнаружено, что целостность соединения внутреннего сегмента фоторецептора с наружным сегментом (ВС/НС) тесно связана с остротой зрения у пациентов с пигментным ретинитом и после операции по поводу макулярного разрыва [12, 13].

Длина наружного сегмента фоторецептора (ДНСФ) оказалась более информативной, чем толщина макулы, которая более широко используется для прогнозирования остроты зрения при ДМО [14].

Другой важный сегмент сетчатки, видимый в спектральном томографе СД-ОКТ, наружная пограничная мембрана (НПМ) и ее связь с остротой зрения при диабетическом макулярном отеке еще недостаточно изучены. НПМ, расположенная между ядром клетки и внутренними сегментами фоторецепторов, может быть фундаментальным параметром ОКТ, который можно косвенно использовать для оценки функции фоторецепторов.

Целью исследования было уточнить связь между остротой зрения и толщиной пигментного эпителия сетчатки и наружной пограничной мембраны, как прогностический фактор долгосрочного зрения у пациентов с ДМО.

Методы

После письменного согласия пациенты с диабетическим макулярным отеком, наблюдавшихся в Хирургической Клинической базе Азербайджанского Медицинского Университета (2016-2019 гг.), были включены в исследование. Критериями включения были пациенты с диабетом старше 55-им лет, способные дать согласие и с клинически подтвержденным ДМО, диагностированным при биомикроскопии или ОКТ-исследовании.

Основными критериями для пациентов, не включенных в исследование, были непрозрачные среды глаза, которые могли повлиять на зрение, и удовлетворительное ОКТ-изображение с контрастным усилением, возрастная макулярная дегенерация, витреомакулярная отслойка, эпиретинальная мембрана, полные или ламеллярные макулярные разрывы и тромбозы вен сетчатки.

Глаза с преобладанием большого количества субретинальной жидкости в фовеа также были исключены (не включены в исследование), поскольку это могло привести к ошибочному завышению толщины наружного слоя сетчатки (толщины НСС), поскольку это расстояние в исследовании определяется как расстояние между НПМ и ПЭС. Были собраны основные демографические данные пациентов. Остроту зрения с максимальной коррекцией (ОЗМК) измеряли с использованием таблицы остроты зрения Снеллена. Кроме того, было проведено биомикроскопическое исследование глаз, тонометрия, рефрактометрия и оптическая когерентная томография.

У некоторых пациентов использовали оба глаза, а у некоторых только один глаз. Эта работа проводилась в соответствии с Хельсинкской декларацией.

Использовались протоколы исследования на аппарате CIRRUS HD-OCT 500 ZEISS, 5-ти строчный растрер, макула куб 512×128.

Перед обследованием во всех исследуемых глазах зрачки были расширены мидриатическими глазными каплями. Пациентам было дано указание сохранять центральную фиксацию вовремя ОКТ-обследования. Если пациент плохо видел и изображение было не в центре, производилась мануальная фиксация.

Определение толщины наружного слоя сетчатки (НСС) и данные ОКТ ZEISS CIRRUS 500 были проанализированы специалистом по сетчатке. Для анализа были выбраны горизонтальные линии, пересекающие точку фовеа в макулярной области. Была выполнена ручная локализация внутренней пограничной мембраны сетчатки (ВПМ), НПМ и ПЭС. При идентификации гиперотражающих слоев точка максимальной яркости каждой полосы была выбрана в качестве местоположения соответствующих слоев НПМ и ПЭС.

Толщина центральной фовеальной точки — это расстояние между ВПМ и ПЭС в центре фовеа, а толщина НСС — это расстояние между НПМ и ПЭС в центре фовеа. Пациенты с нарушениями сегментации НПМ или ПЭС на ОКТ

обследованию не допускались.

Результаты статистического анализа

Всего включено 36 пациентов. Средний возраст составил 65,5 ($\pm 6,09$ лет). 36 пациентов, из них 12 - мужчины, а 24 - женщины, поэтому соотношение мужчин и женщин составляло примерно 1:2. Они имели среднюю сферическую эквивалентность ($p < 0,001$) и среднюю остроту зрения по Снеллену. Средняя толщина фoveальной точки в этих 56 глазах составила 0,49 мкм, а средняя толщина сетчатки — 173,25 мкм. Типичный пример разделения и измерения ВПМ, НПМ и ПЭС приведен на рисунке 1 (таблица 1).

Таблица 1.

Параметры	Возраст	Острота зрения		Общая толщина сетчатки		Толщина наружной сетчатки	
		OD	OS	OD	OS	OD	OS
Среднее значение	65,5	0,54	0,55	391,54	373,17	117,88	107,17
Стандартная ошибка	6,09	0,26	0,26	152,88	154,6	54,06	30,63
Стандартная ошибка среднего	1,01	0,05	0,05	29,98	28,23	10,6	5,59
Минимум	52	0,08	0,08	233	210	73	64
Максимум	79	0,9	0,9	734	697	354	202
Статистическая значимость разницы с данными до лечения				0,979			
Значение t-критерия				-13,041			

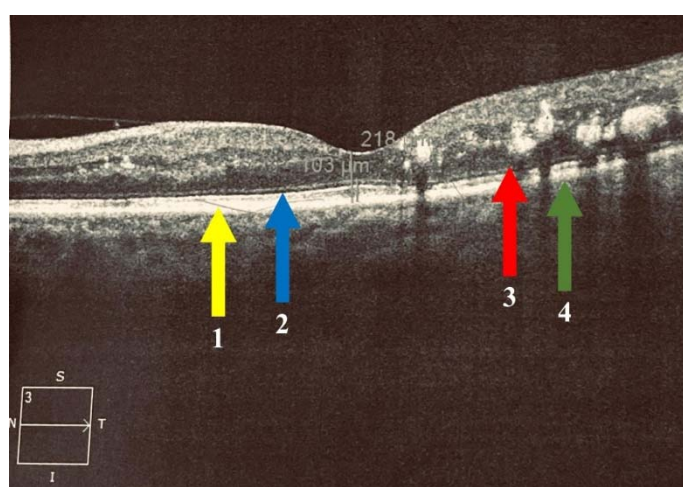


Рисунок 1. ОКТ скан макулярной области, растер.

1. КНС- конообразный наружный сегмент; 2. НС/ВС - наружный сегмент, внутренний сегмент; 3. НПМ- наружная пограничная мембрана; 4. ПЭС -Пигментный эпителий сетчатки. Расстояние между фoveальной точкой и ПЭС-218 микрон. Расстояние между наружной пограничной мембраной(НПМ) и ПЭС -103 микрон.

Исследование классической оптической когерентной томографии проводится путем измерения толщины ПЭС и НПМ. Толщина в центре фoveа и толщина внешнего слоя сетчатки.

НПМ-наружная пограничная мембрана. ВС- внутренний сегмент, НС-наружный сегмент. Наружный сегмент конообразный -НСК, ПЭС-пигментный эпителий сетчатки.

Толщина наружного слоя сетчатки, расстояние между наружной пограничной мембраной и слоем пигментного эпителия сетчатки в центре ямки составляет -103 мкм. Коэффициент корреляции (r) и квадрат коэффициента корреляции (r^2) между центральной точкой фoveа и остротой зрения по Снеллену составляют 0,76 соответственно. С другой стороны, коэффициент корреляции (r) и коэффициент квадрата (r^2) между толщиной наружного слоя сетчатки и остротой зрения по Снеллену составляют 0,49 соответственно.

Обсуждение

Биомикроскопическое исследование глазного дна считалось основным методом подтверждения диабетического макулярного отека. Благодаря развитию технологий, ОКТ признана бесконтактным, неинвазивным и высокоточным методом более объективной и точной оценки этих состояний. Помимо измерения фактического утолщения макулы при макулярном отеке, ОКТ-оборудование нового поколения может визуализировать микроструктуры сетчатки. Исследования, проведенные во всем мире, получили противоречивые результаты относительно корреляции между толщиной центральной части сетчатки и остротой зрения при ДМО [15-21].

Вместо использования всей толщины сетчатки Форуиган и др. измеряли расстояние между внутренним сегментом фоторецептора и слоем ПЭС, чтобы определить длину внешнего сегмента фоторецептора (ВСС) у пациентов с ДМО [14]. Исследование Форуигана показало, что длина (ВСС) более тесно связана с остротой зрения пациента, чем толщина макулы. Однако в процессе репликации измерения ВСС с помощью прототипа программного алгоритма сегментации ОКТ, предложенного Форуиганом и его коллегами, уступает полное измерение толщины сетчатки в макуле с помощью их собственного программного обеспечения устройства ОКТ Carl Zeiss.

Ядра фоторецепторных клеток внешней пограничной мембраны расположены между их внутренними сегментами. Таким образом, толщина (НСС), определенная в этом исследовании как расстояние между НПМ и ПЭС, пред-

ставляет собой сумму длин внутренних и внешних сегментов фоторецепторов. Известно, что внешний сегмент фоторецептора содержит заполненные опсином диски, ответственные за поглощение фотонов для дальнейшей передачи сигнала. Следовательно, если определенный болезненный процесс повреждает фоторецептор и уменьшает длину наружного сегмента фоторецептора, можно сделать вывод, что зрение будет нарушено.

В случае с ДМО это было подтверждено Форугианом и его коллегами. С другой стороны, внутренний сегмент фоторецептора так же важен для функционирования клетки, как и внешний сегмент. Так как это митохондриальный резервуар; следовательно, он отвечает за накопление АТФ и производство энергии. Поскольку как внутренние, так и внешние сегменты фоторецепторов играют важную роль в зрительном пути, изменение толщины НСС должно иметь важные последствия для зрительного потенциала.

В этом исследовании для наших пациентов мы использовали ZEISS CIRRUS-OCT-500 для измерения толщины НСС в центре фовеа. Мы сообщили об относительно высокой корреляции между остротой зрения и толщиной НПСМ (OD -0,53). Другими словами, мы обнаружили, что чем толще НСС, тем выше острота зрения.

По сравнению с другими исследованиями мы показали, что толщина НСС и острота зрения были более тесно связаны, чем толщина центральной части сетчатки и острота зрения.

Более того, в литературе было обнаружено только несколько исследований, в котором изучалась связь между длиной сегментов фоторецепторов и зрением у пациентов при ДМО.

Наше исследование имеет несколько ограничений и оценку толщины НСС. Пациенты с минимальным ДМО без ОКТ-обследования могли быть пропущены во время клинического обследования и поэтому не включены в наше исследование. Кроме того, исключение пациентов с субретинальной жидкостью или аномальными НПСМ или ПЭС могли вызвать ошибку отбора. Поскольку вся сегментация была отключена, определение слоев НСС и ПЭС заняло много времени.

Также важно отметить, что измерения, проведенные в этом исследовании, проводились в центральной фовеальной точке, а не парацентральной области как в большинстве других исследований. В связи с этим наши результаты по толщине фовеалы не должны напрямую коррелировать с результатами других исследований. Толщина НСС фовеального центра может отражать зрительный потенциал пациента в точке фиксации; однако повседневная жизнь, такие, как чтение, работа с мелкими деталями сильно зависит от парацентрального зрения.

Измерение толщины НСС в фовеальном центре не отражает этот аспект зрительной функции. Для решения этой проблемы можно разработать новый программный алгоритм, который автоматически определяет сегмент НПСМ после ОКТ-исследования для расчета толщины НСС в центральном нижнем сегменте, вместо фовеального центра. Несмотря на многообещающие результаты, толщина НСС не может объяснить все изменения остроты зрения, поскольку свою роль могут играть и другие факторы, такие как макулярная ишемия.

В заключение мы сообщаем об использовании толщины НСС в качестве нового параметра ОКТ при обследовании пациентов с ДМО и показываем, что она связана со зрением теснее, чем общая толщина центра фовеи. Необходимо провести дополнительную обширную работу по изучению использования толщины НСС в качестве прогностического фактора для долгосрочного зрения у пациентов с ДМО.

Список литературы

1. J. H. Kempen, B. J. O'Colmain, M. C. Leske et al., "The prevalence of diabetic retinopathy among adults in the United States," *Archives of Ophthalmology*, vol. 122, no. 4, pp. 552–563, 2004.
2. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group, "Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report number 1," *Archives of Ophthalmology*, vol. 103, no. 12, pp. 1796–1806, 1985.
3. J. K. Luttrull and G. Dorin, "Subthreshold diode micropulse laser photocoagulation (SDM) as invisible retinal phototherapy for diabetic macular edema: a review," *Current Diabetes Reviews*, vol. 8, no. 4, pp. 274–284, 2012.
4. Q. D. Nguyen, D. M. Brown, D. M. Marcus et al., "Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase iii randomized trials: RISE and RIDE," *Ophthalmology*, vol. 119, no. 4, pp. 789–801, 2012.
5. M. J. Elman, N. M. Bressler, H. Qin et al., "Expanded 2-year follow-up of ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema," *Ophthalmology*, vol. 118, no. 4, pp. 609–614, 2011.
6. G. E. Lang, A. Berta, B. M. Eldem et al., "Two-year safety and efficacy of ranibizumab 0.5 mg in diabetic macular edema: interim analysis of the restore extension study," *Ophthalmology*, vol. 120, no. 10, pp. 2004–2012, 2013.
7. Q. D. Nguyen, S. M. Shah, A. A. Khwaja et al., "Two-year outcomes of the ranibizumab for edema of the macula in diabetes (READ-2) study," *Ophthalmology*, vol. 117, no. 11, pp. 2146–2151, 2010.
8. Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, D. J. Browning, A. R. Glassman et al., "Relationship between optical coherence tomography-measured central retinal thickness and visual acuity in diabetic macular edema," *Ophthalmology*, vol. 114, no. 3, pp. 525–536, 2007.
9. V. J. Srinivasan, B. K. Monson, M. Wojtkowski et al., "Characterization of outer retinal morphology with high-speed, ultra-high-resolution optical coherence tomography," *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, vol. 49, no. 4, pp. 1571–1579, 2008.
10. A. Chan, J. S. Duker, H. Ishikawa, T. H. Ko, J. S. Schuman, and J. G. Fujimoto, "Quantification of photoreceptor layer thickness in normal eyes using optical coherence tomography," *Retina*, vol. 26, no. 6, pp. 655–660, 2006.
11. M. Shahidi, Z. Wang, and R. Zelkha, "Quantitative thickness measurement of retinal layers imaged by optical coherence tomography," *American Journal of Ophthalmology*, vol. 139, no. 6, pp. 1056–1061, 2005.
12. S. Aizawa, Y. Mitamura, T. Baba, A. Hagiwara, K. Ogata, and S. Yamamoto, "Correlation between visual function and photoreceptor inner/outer segment junction in patients with retinitis pigmentosa," *Eye*, vol. 23, no. 2, pp. 304–308, 2009.
13. T. Baba, S. Yamamoto, M. Arai et al., "Correlation of visual recovery and presence of photoreceptor inner/outer segment junction in optical coherence images after successful macular hole repair," *Retina*, vol. 28, no. 3, pp. 453–458, 2008.
14. F. Forooghian, P. F. Stetson, S. A. Meyer et al., "Relationship between photoreceptor outer segment length and visual acuity

- in diabetic macular edema," *Retina*, vol. 30, no. 1, pp. 63–70, 2010.
15. H. Ozdemir, M. Karacorlu, and S. A. Karacorlu, "Regression of serous macular detachment after intravitreal triamcinolone acetonide in patients with diabetic macular edema," *The American Journal of Ophthalmology*, vol. 140, no. 2, pp. 251.e1–251.e6, 2005.
 16. A. Catier, R. Tadayoni, M. Paques et al., "Characterization of macular edema from various etiologies by optical coherence tomography," *American Journal of Ophthalmology*, vol. 140, no. 2, pp. 200.e1–200.e9, 2005.
 17. F. Bandello, A. Polito, M. del Borrello, N. Zemella, and M. Isola, "'Light' versus 'classic' laser treatment for clinically significant diabetic macular oedema," *British Journal of Ophthalmology*, vol. 89, no. 7, pp. 864–870, 2005.
 18. M. L. Laursen, F. Moeller, B. Sander, and A. K. Sjoelie, "Subthresholdmicropulse diode laser treatment in diabetic macular oedema," *British Journal of Ophthalmology*, vol. 88, no. 9, pp. 1173–1179, 2004.
 19. P. Massin, G. Duguid, A. Erginay, B. Haouchine, and A. Gaudric, "Optical coherence tomography for evaluating diabetic macular edema before and after vitrectomy," *American Journal of Ophthalmology*, vol. 135, no. 2, pp. 169–177, 2003.
 20. A. Martidis, J. S. Duker, P. B. Greenberg et al., "Intravitreal triamcinolone for refractory diabetic macular edema," *Ophthalmology*, vol. 109, no. 5, pp. 920–927, 2002.
 21. T. Otani and S. Kishi, "Tomographic findings of foveal hard exudates in diabetic macular edema," *American Journal of Ophthalmology*, vol. 131, no. 1, pp. 50–54, 2001.
 21. Raymond L.M. Wong, Jacky W. Y. Lee, Gordon S. K. Yau, and Ian Y. H. Wong, *Relationship between Outer Retinal Layers Thickness and Visual Acuity in Diabetic Macular Edema* Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International-Volume 2015

Камаев А.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной хирургии и лучевой диагностики ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Актуальность.

Хронические заболевания вен (ХЗВ) нижних конечностей являются самой распространенной патологией периферических сосудов, что подтверждено в ряде эпидемиологических исследований. Высокая частота выявления ХЗВ свидетельствует о существенной роли наследственности в развитии данного заболевания [1]. Патогенез ХЗВ, является мультифакторным и комплексным процессом. В настоящее время сложилось следующее представление о механизмах повреждения клапанов и венозной стенки при варикозной болезни. Основную роль в формировании варикозной болезни отводят активации лейкоцитов, действие их на эндотелиальные клетки, что приводит к продукции эндотелиоцитами молекул клеточной адгезии, протеолитических ферментов (матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов), осуществляющих деградацию внеклеточного матрикса, что приводит к формированию веноспецифического воспаления [2,3]. Каскад воспалительных изменений, сопровождающийся выработкой медиаторов воспаления, факторов роста и приводит к трансформации венозной стенки и клапанов [4,5]. В связи с этим крайне актуальным представляется поиск и разработка схем лечения флеботропными препаратами (венотониками, флебопротекторами), которые будут воздействовать на данные звенья патогенеза.

Цель исследования.

Определить изменения уровня маркеров веноспецифического воспаления (Е-селектин, MCP-1, VEGF, MMP-2, MMP-9) у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне оперативного и консервативного лечения.

Материалы и методы исследования.

В одноцентровое проспективное когортное исследование были включены 119 человек с варикозной болезнью нижних конечностей клинических классов C2-C3 (CEAP). Исследуемые были разделены на пять групп, в зависимости от проводимого лечения. В 1-й группе пациенты использовали компрессионный трикотаж (25 человек); во 2-й группе пациенты получали препарат МОФФ (26 человек), в 3-й группе после рекомендовался прием препарата сулодексид (26 человек), в 4-й и 5-й группах пациентам проводилось хирургическое лечение (эндовенозная лазерная облитерация), после которого проводилась терапия препаратами МОФФ и сулодексида соответственно (22 и 20 человек). Период наблюдения и консервативная терапия после оперативного лечения проводилась в течение 2 месяцев. Содержание в сыворотке крови Е-селектина, MCP-1, VEGF, MMP-2, MMP-9 определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение.

На фоне проводимого лечения отмечалось снижение исследуемых показателей среди пациентов с варикозной болезнью. Так, в 1-й группе через 2 месяца отмечалось достоверное снижение только Е-селектина (исходный уровень $54,5 \pm 3,7$ нг/мл, на фоне проводимой терапии через 2 месяца - $41,4 \pm 2,3$ нг/мл, $p=0,004$). Во второй группе после приема МОФФ через 2 месяца отмечалось уменьшение концентрации Е-селектина, MCP-1 и VEGF на 24%, 28% и 19% соответственно. В 3-й группе на фоне приема сулодексида определялось снижение Е-селектина (исходно $55,2 \pm 2,7$ нг/мл, через 2 месяца - $39,3 \pm 3,4$ нг/мл, $p=0,001$), MCP-1 (исходно $216,5 \pm 11,3$ нг/мл, через 2 месяца - $149,4 \pm 10,2$ нг/мл, $p<0,001$), MMP-2 (исходно $347,3 \pm 17,4$ нг/мл, через 2 месяца - $226,1 \pm 14,9$ нг/мл, $p<0,001$) и MMP-9 (исходно $11,1 \pm 1,3$ нг/мл, через 2 месяца - $7,9 \pm 0,7$ нг/мл, $p=0,04$). В 4-й группе отмечалось снижение всех исследуемых маркеров через 2 месяца (Е-селектина на 42%, MCP-1 на 56%, VEGF на 57%, MMP-2 на 44% и MMP-9 на 54%). В 4-й группе отмечалось снижение всех исследуемых маркеров через 2 месяца (Е-селектина на 36%, MCP-1 на 46%, VEGF на 52%, MMP-2 на 37%). В 5-й группе после проведенного оперативного лечения и назначения сулодексида отмечалось снижение Е-селектина (исходно $57,4 \pm 5,2$ нг/мл, через 2 месяца - $41,3 \pm 4,1$ нг/мл, $p=0,02$), MCP-1 (исходно $206,3 \pm 11,2$ нг/мл, через 2 месяца - $132,4 \pm 8,3$ нг/мл, $p<0,001$), MMP-2 (исходно $345,5 \pm 11,6$ нг/мл, через 2 месяца - $193,2 \pm 10,2$ нг/мл, $p<0,001$) и MMP-9 (исходно $12,5 \pm 1,9$ нг/мл, через 2 месяца - $6,1 \pm 1,4$ нг/мл, $p=0,01$). Е-селектин относится к молекулам адгезии, один из трех в группе селектинов (P, E, L), которые обеспечивают взаимодействие лейкоцитов с эндотелием. За счет данного

маркера происходит первый этап адгезии – роллинг. По результатам исследования, во всех группах отмечалось снижение данного маркера, вне зависимости от вида лечения. MCP-1 (Моноцитарный хемотаксический белок 1) – цитокин, который регулирует инфильтрацию и миграцию моноцитов, Т-лимфоцитов памяти из кровеносного русла к местам воспаления, а также вызывает пролиферацию гладкомышечных клеток в сосудистой стенке. Отмечалось снижение данного показателя в группах, где применялась фармакотерапия. Важную роль в каскаде патогенетических процессов при хронических заболеваниях вен отводят факторам роста – полипептидным химическим агентам, синтезируемых клетками сосудистой стенки. Основной фактор – это VEGF (сосудисто-эндотелиальный фактор роста). Он стимулирует экспрессию эндотелиоцитами адгезионных молекул, которые опосредуют связывание лейкоцитов с эндотелием и способствуют их проникновению в ткань. Отмечалось снижение данного маркера в группах, где в качестве фармакотерапии использовалась МОФФ. За счет взаимодействия эндотелиальных клеток с активированными лейкоцитами происходит повышенная выработка матриксных металлопротеиназ (ММР). Синтез ММР также провоцируется активацией протеаз в межклеточном матриксе, нарушением межклеточных контактов и секрецией цитокинов и факторов роста. ММР-2 вместе с ММР-9 относятся к семейству желатиназ, принимают участие в разрушении желатина (денатурированного коллагена) и коллагена IV типа, являющегося основным компонентом базальных мембран. Снижение данных показателей отмечалось в группах консервативного и оперативного лечения, где применялся препарат сулодексид.

Выводы.

Назначение препаратов МОФФ и сулодексида пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей целесообразно с позиции их положительного влияния на процессы деградации коллагена и внеклеточного матрикса, снижение веноспецифического воспаления. Наиболее выраженное изменение концентрации Е-селектина, MCP-1, VEGF, ММР-2, ММР-9 отмечалось у пациентов, которым проводилось оперативное лечение с последующим назначением фармакотерапии.

Список литературы.

1. Shadrina A, Tsepilov Y, Sokolova E, et al. Genome-wide association study in ethnic Russians suggests an association of the MHC class III genomic region with the risk of primary varicose veins. *Gene*. 2018;659:378-1119. doi:10.1016/j.gene.2018.03.039
2. Kalinin RE, Suchkov IA, Pshennikov AS, Kamaev AA, Isakov SA, Ryabkov AN. Application of Magnesium Drugs and Their Influence on the Indicators of Connective Tissue Dysplasia in Patients with Varicose Veins. *Nov Khirurgii*. 2018;26(1):51-59. doi:10.18484/2305-0047.2018.1.51
3. Pocock ES, Alsaigh T, Mazor R, Schmid-Schönbein GW. Cellular and molecular basis of Venous insufficiency. *Vasc Cell*. 2014;6(1):24. doi:10.1186/s13221-014-0024-5
4. Kalinin RE, Suchkov IA, Pshennikov AS, Kamaev AA. The Influence of the Magnesium Level on the Concentration of Matrix Metalloproteinases in the Patients Presenting with Primary Varicose Veins. *Flebologiya*. 2016;10(4):171. doi:10.17116/flebo2016104171-175
5. Kakkos SK, Nicolaides AN. Efficacy of micronized purified flavonoid fraction (Daflon®) on improving individual symptoms, signs and quality of life in patients with chronic venous disease: a systematic review and meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials. *Int Angiol*. 2018;37(2):143-154. doi:10.23736/S0392-9590.18.03975-5

Камолов А.Н., Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЁННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ СВИЩЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии.

Актуальность. Врождённые артериовенозные (АВ) свищи конечностей, как разновидность ангиодисплазий, впервые описал Hunter в 1737 г. В работе Klippel—Trenaunay (1900) впервые была описана классическая триада симптомов, характерная для данной патологии: наличие «невуса», варикозно-расширенных вен и гипертрофии конечности [1, 2]. В настоящее время наиболее общепринятыми являются Гамбургская классификация (1988 г.) и классификация В. Н. Дана (1989 г.). Основой построения Гамбургской классификации служит разделение ангиодисплазий по трём основным признакам: анатомической форме (стволовая или нестволовая), площади и характеру поражения [1,3,4]. Классификация В. Н. Дана (1989 г.), разделяющая артериовенозные свищи на макро- и микрофистулярные формы, позволяет решать определённые «узкие» вопросы, например, патоморфологического строения дисплазий или тактических моментов лечения. Лечение больных с артериовенозными формами ангиодисплазий остается одним из сложных и значимых разделов ангиохирургии. На первый взгляд, диагностика ангиодисплазий не представляет особых трудностей, однако классическая триада симптомов встречается лишь в 30–35% случаев. Сложность диагностики ангиодисплазий способствует тому, что больные, упуская время, длительно лечатся у других специалистов, что приводит к различным осложнениям, требующим повторных хирургических вмешательств, что, в конце концов, ведёт к тяжёлой инвалидизации больных. До сих пор нет единой позиции специалистов данной области в выборе тактики и оптимальных сроков оперативного вмешательства. Большинство больных нуждаются в повторных, многоэтапных операциях, а также в последующем диспансерном наблюдении и регулярном консервативном лечении [4,5]

Цель исследования. Цель настоящей работы — оценка эффективности различных методов хирургического лечения врождённых артериовенозных свищей периферических сосудов.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с января 2009 г. по декабрь 2021 г. были обследованы 50 больных с артериовенозными формами ангиодисплазий периферической локализации. Среди наблюдавшихся было

Распределение артериовенозных ангиодисплазий по локализации

Локализация Абс. число %

Голова и шея 11 20

Верхние конечности 6 10

Нижние конечности 28 62,5

Таз 4 8

Смешанная локализация 1 2,5

28 женщин (58%) и 22 мужчины (52%) в возрасте от 6 мес до 47 лет [средний возраст составил (21±2,2) года]. 28 женщин (58%) и 22 мужчины (52%) в возрасте от 6 мес до 47 лет [средний возраст составил (21±2,2) года].

Результаты. Все больные были оперированы в плановом порядке. Хирургическая тактика при артериовенозных формах ангиодисплазий зависела от масштаба поражения конечности, степени вовлечения соседних органов и тканей и ангиографической картины патологии. При смешанных формах ангиодисплазий нижних конечностей, когда артериовенозные свищи локализовались на всем протяжении магистральных сосудов конечности, операцию проводили в несколько этапов. Так, в 6 таких случаях первым этапом производили эмболизацию глубокой бедренной артерии и всех доступных для эмболизации ветвей магистральных артерий. Оставшиеся дополнительные ветви — источники артериального кровоснабжения были лигированы путём поэтапной скелетизации сосудов. В 4 случаях дополнительно были иссечены варикозно-расширенные подкожные вены поражённой нижней конечности. Выполнение эмболизации в несколько этапов было обусловлено опасностью развития острых ишемических поражений тканей при одномоментном проведении процедуры. При микрофистулярных формах артериовенозных свищей объём и этапность их ликвидации зависели от ангиографической картины. В 7 случаях первым этапом производили эмболизацию глубокой бедренной артерии и дополнительных источников артериального кровоснабжения, а вторым — эмболизацию множественных патологических ветвей артерий голени. Так, в одном случае во время проведения селективной катетеризационной ангиографии нижней конечности отмечалось множество ветвей, отходящих от задней большеберцовой артерии. Учитывая гиперваскуляризацию данной области, произвели эмболизацию ствола задней большеберцовой артерии. Эмболизацию малоберцовой артерии производили в 2 случаях, также с учётом степени гиперваскуляризации артерий голени. В 3 случаях этим пациентам следующим этапом удалили вторично расширенные венозные конгломераты. В одном случае при смешанной форме дисплазии — сочетании болезни Паркса Вебера—Рубашёва с обширным венозно-кавернозным ангиоматозом нижней конечности после эмболизации глубокой бедренной артерии, вторым этапом произвели перевязку малоберцовой артерии и иссечение обширных гемангиом нижней конечности.

Все больные были оперированы в плановом порядке. Среди осложнений в послеоперационном периоде отмечались постэмболизационные боли у 27 пациентов, гипертермия — у 10, лимфорея — у 3. Летальных исходов не было. У 45 пациентов, которым были выполнены комбинированные методы хирургических операций, отмечались удовлетворительные результаты. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение болей, отёка, вследствие чего снизилась разница периметров конечностей. У больных с макрофистулярными формами исчезали систолическое дрожание и шум. Остальным 5 пациентам, которым был выполнен лишь первый этап операции, предстояли последующие этапы лечения. Все больные были оперированы в плановом порядке. Среди осложнений в послеоперационном периоде отмечались постэмболизационные боли у 27 пациентов, гипертермия — у 10, лимфорея — у 3. Летальных исходов не было. У 45 пациентов, которым были выполнены комбинированные методы хирургических операций, отмечались удовлетворительные результаты. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение болей, отёка, вследствие чего снизилась разница периметров конечностей. У больных с макрофистулярными формами исчезали систолическое дрожание и шум. Остальным 5 пациентам, которым был выполнен лишь первый этап операции, предстояли последующие этапы лечения.

Таким образом, проблема артериовенозных свищей периферической локализации является важной и сложной в лечебном плане. Существующие методы хирургической коррекции являются травматичными и многоэтапными. Ни один из существующих методов ликвидации артериовенозных свищей не может быть эффективно использован при данной форме заболевания. Лишь комбинированное их применение позволяет с минимальной травмой и кровопотерей достичь положительных результатов, хотя полное избавление больного от болезни и страданий в ряде случаев не представляется возможным. Основная же задача хирурга при лечении данной категории больных заключается в правильном выборе вида и объёма операции, последовательности и сроков выполнения отдельных её этапов. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация ветвей магистральных артерий в комбинации с элементами традиционной хирургической и флебосклерозирующей терапии, выполняющиеся в разные сроки с определённым интервалом, на наш взгляд, являются основными компонентами современного комплексного лечения врождённых артериовенозных ангиодисплазий, позволяющими добиться относительно благоприятных результатов. Разделение оперативного лечения на этапы с соблюдением интервала является основным условием для профилактики развития острых ишемических расстройств в тканях поражённой области.

Выводы. Широкое применение эндоваскулярных методов позволяет бескровно и с наименьшей травмой ликвидировать патологические артериовенозные сбросы, выключать дополнительные источники артериального кровоснабжения и создаёт благоприятную почву для выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Литература

1. Дан, В.Н. Ангиодисплазии (врожденные пороки развития сосудов)./В.Н. Дан, С.В. Сапелкин//М.: Вердана,- 2012.- С. 200 .

2. BarisTurkbey. Percutaneous management of peripheral vascular malformations: a single center experience/ B.Turkbey. // Diagn. Interv. Radiol. 2016. DOI 10.4261/1305-3825.DIR.3808-10.
3. Das.S, Congenital arteriovenous communication in the arm: a cadaveric study / S.Das, F.Othman, F.Shaimi // Romanian J. Morph. Embryology.- 2017.- Vol. 49, № 3. -P. 421–423.
4. Gonzalez, S.B.Imaging Arteriovenous Fistulas/S.B.Gonzalez // AJR. 2019. –Vol. 193. -P. 1425–1433.
5. Shalini. A., Sarita. M., Arteriovenous malformation. An important differential diagnosis of a complex adnexal mass /A.Shalini, M.Sarita.// J. Ultrasound Med. 2017.-Vol. 28.- P. 1111–1114

Кариева М.З., Раззокова А.А.

ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ОТ ТАКТИКИ РАННЕЙ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ

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

Актуальность. Среди врожденных ортопедических заболеваний врожденный вывих бедра (ВВБ) занимает одно из первых мест, составляя до 15,0% [4]. Это определяет важность и актуальность проблемы, так как наиболее полное восстановление анатомических структур и функций тазобедренных суставов у детей происходит при ранней диагностике и комплексном, своевременно начатом лечении. Несмотря на достигнутые определенные успехи в этом направлении, вопросы совершенствования диагностики и лечения обсуждаемой патологии продолжает оставаться в числе актуальных проблем клинической ортопедии [5]. Это связано с неудовлетворенностью исследователей результатами лечения и с высокой инвалидизацией больных [1, 3]. В связи с высоким удельным весом рассматриваемых патологий в структуре заболеваемости и необходимости как можно раннего начала лечебно-диагностических мероприятий, от сроков проведения которых зависят эффективность лечения, многими исследователями рекомендуется проведение скрининговых мероприятий в периоде новорожденности [1]. По данным литературы частота неудовлетворительных исходов составляет до 11% [2]. Отсутствие обобщающих исследований о зависимости структуры и результатов лечения врожденного вывиха бедра от тактики ранней ее диагностики свидетельствует об актуальности настоящей работы.

Цель исследования. Определение структуры врожденного вывиха бедра (ВВБ) в зависимости от тактики ранней диагностики у детей первого года жизни.

Материал и методы. В основу наших наблюдений положен анализ результатов лечения 206 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте до одного года. В зависимости от тактики диагностики больные распределились на контрольную и основную группу. В основную группу вошли дети, которым применялась тактика ранней диагностики, в контрольной – традиционные подходы. В основной группе 105 (51,0%) больных, в контрольной – 101 (49,0%). В анализируемом клиническом материале девочек было 164 (79,6%), мальчиков - 42 (20,4%). Возраст больных: до 3 месяцев – 17,0%, 4-6 месяцев – 28,6%, 7-9 месяцев – 40,3% и 10-12 месяцев – 14,1%. Одностороннее поражение отмечено у 151 (73,3%) ребёнка. Преобладало левостороннее поражение – у 125 (60,7%) детей, правосторонний вывих выявлен у – 26 (12,6%) детей. У 55 (26,7%) детей был выявлен двухсторонний вывих. Общее количество вывихов, с учетом двухсторонних, составило 261 сустав. До обращения в клинику 162 (78,6%) детям лечение не проводилось. В целом до поступления 44 (21,4%) больным проводилось консервативное лечение отводящими шинами различной конструкции.

Результаты и их обсуждение. Более ранняя диагностика и лечение рассматриваемой патологии в возрасте до одного года в основной группе связано со следующими обстоятельствами:

- налаживанием методики осмотра ортопеда и проведением УЗИ тазобедренных суставов в родильном доме в г. Душанбе;
- усовершенствованием оказания медицинской помощи в домах здоровья с акцентированием внимания на раннюю диагностику и лечение рассматриваемой патологии;
- повсеместным внедрением УЗИ в раннюю диагностику и лечение патологий опорно-двигательного аппарата;
- укреплении института семейной медицины в стране.

Необходимо отметить, что в последние годы в стране наметились серьезные успехи в совершенствовании организации и качестве оказания медицинской помощи рассматриваемому контингенту больных, что заметнее проявляется в г. Душанбе. Намечившаяся тенденция в сторону раннего выявления патологии тазобедренного сустава связана с усилением взаимодействия семейных врачей и детских ортопедов. В результате вышеперечисленных мероприятий в стране, особенно в городе Душанбе, отмечается более ранняя диагностика ВВБ, в том числе у детей первого года жизни. Решение вопроса ранней диагностики обсуждаемых заболеваний позволило также решить вопрос о раннем начале консервативных мероприятий.

Ранняя диагностика основывалась на выявлении ранних симптомов и, в случае их обнаружения – в проведение УЗИ тазобедренных суставов. У 206 (100,0%) больных определяли ограничения движения в тазобедренных суставах. Симптом наружной ротации конечности был положительным у 159 (77,1%) больных. Асимметрия бедренных складок выявлена у 23 (12,1%) больных, ягодичных – у 163 (79,1%), а у 188 (91,3%) больных отмечено их сочетание. В связи со слабым развитием связочно-мышечного аппарата тазобедренного сустава у 108 (52,9%) детей определяется положительным симптом Маркса-Ортолани. Из-за бокового и высокого смещения проксимального отдела бедренных костей у 62 (30,1%) пациентов отмечалось выраженное выступание большого вертела, у 15 (7,3%) - незначительное выступание большого вертела. Относительное укорочение нижней конечности было отмечено у 107 (51,9%) детей. Величина укорочения варьировала от 1 до 3 и более сантиметров, в среднем составила 1,1±0,4 см.

Кроме ранних симптомов, независимо от сроков обращения, обращали внимания на выявление факторов риска развития ВВБ. В частности, рождение в многодетной семье выявлялось в 74,8%, недоношенность – в 52,9%, дисплазия соединительной ткани – в 47,5%, внутричерепная гипертензия – в 46,5%, отягощенный акушерский анамнез – в 46,1%, низкая масса тела – в 35,9%, рахит – в 31,5%, семейные формы – в 17,5%.

В основной группе в возрасте до 3 месяцев, считающийся оптимальным в плане диагностики рассматриваемой патологии, поступили 21,0% пациентов, в то время как в контрольной группе, напротив, этот показатель был статистически достоверно ниже (12,9%), $P < 0,05$. Аналогичные закономерности установлены в возрастном интервале 4-6 лет (соответственно 39,0% и 17,8%, $P < 0,05$). Напротив, в контрольной группе отмечается статистически значимое преобладание больных в возрасте 7-9 лет по сравнению с контрольной группой (соответственно 56,4% и 24,8%, $P < 0,05$). В целом медиана возраста в основной группе была статистически значимо ниже, чем в контрольной группе (соответственно $6,4 \pm 0,2$ и $7,8 \pm 0,5$, $P < 0,05$). Эти же закономерности определяются и в анализируемых возрастных группах. В возрасте до 6 месяцев основным методом диагностики рассматриваемой патологии является УЗИ тазобедренных суставов. В связи с этим проводим результаты диагностики рассматриваемой патологии с помощью данного метода исследования. В возрасте до 6 лет суммарный удельный вес дисплазии в контрольной группе был статистически значимо выше, чем в основной группе (соответственно 40,3% и 31,9%, $P < 0,05$). Напротив, частота вывиха в основной группе была выше, чем в контрольной группе (соответственно 46,8% и 36,1% $P < 0,05$). С целью проведения сравнительного анализа эффективности результатов диагностики рассматриваемой патологии по данным УЗИ и рентгенографии, используя критерии определения тяжести патологии по данным УЗИ, установлена частота диагностики по данным УЗИ у детей в возрасте до 6 месяцев. По результатам сравнительного анализа чувствительность УЗИ составила 100,0%, специфичность – 91,2%. Отрицательные результаты были связаны с трактовкой диагноза «вывиха» как «подвывиха» у 10 (8,8%) пациентов. В первые три месяца ($n=35$) дисплазия тазобедренных суставов установлена у 23 (11,2%) пациентов, подвывих – у 5 (2,4%) и вывих – у 3 (1,5%), их сочетание – у 4 (1,9%) пациентов. В возрасте 4-6 месяцев ($n=59$) в 8 (3,8%) наблюдениях установлена дисплазия, в 5 (2,4%) – подвывих, в 41 (19,9%) – вывих и в 5 (2,4%) – их сочетание. Суммарный удельный вес дисплазии тазобедренных суставов в возрастном интервале до 6 месяцев в нашем материале составил 31 (15,0%). Необходимо отметить, что из общего числа больных в возрасте до 6 месяцев ($n=94$) частота выставленного этого диагноза был значительно больше, но в 63 (30,6%) случаях в процессе динамического наблюдения этот диагноз был переквалифицирован на подвывих или вывих тазобедренного сустава. В возрастном интервале от 7 до 12 месяцев ($n=112$) суммарный удельный вес подвывиха составил 10 (4,9%), вывиха – 88 (42,7%) и их сочетания – 14 (6,8%). При сравнительном анализе тяжести патологии в группах сравнения в основной группе установлено увеличение удельного веса дисплазии на 4,1% (соответственно 18,7% и 14,8%). В контрольной группе установлено статистически значимое увеличение частоты вывиха по сравнению с основной группой (соответственно 73,8% и 67,6%, $P < 0,05$). Частота подвывиха в группах сравнения была приблизительно одинаковой (соответственно 13,7% и 11,5%, $P < 0,05$).

Реализация тактики максимально ранней диагностики способствовала улучшению результатов диагностики обсуждаемой патологии. Это проявлялось в статистически значимом снижении частоты асептического некроза с 15,8% до 1,9% ($P < 0,05$), контрактуры тазобедренного сустава – с 18,8% до 3,8% ($P < 0,05$), остаточных явлений – с 14,9% до 4,7% ($P < 0,05$), снижении частоты применения закрытого вправления с 7,9% до 1,9% ($P < 0,05$) и функционального лечения с 9,9% до 2,9% ($P < 0,05$) после безуспешного вправления вывиха, уменьшении продолжительности лечения по сравнению с применением традиционных подходов (соответственно $4,7 \pm 0,3$ месяцев и $5,8 \pm 0,2$ месяцев, $P < 0,05$) и снижении частоты неудовлетворительных результатов по сравнению с традиционными подходами (соответственно 7,6% и 22,8%, $P < 0,05$).

Выводы:

1. Реализация вышеприведенных подходов способствовала достижению к моменту начала лечения увеличения более легких форм обсуждаемого заболевания.
2. Ранняя диагностика способствовала снижению удельного веса неудовлетворительных исходов составляет по сравнению с литературными данными (соответственно 7,6% и 11%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовченко А.Я., Копейкин И.И., Полищук Т.А. К вопросу о ранней диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей // Здоровье Украины. -2007. -№ 3. -С. 16-18.
2. Джамалбекова Э. Д. Ранняя диагностика и лечение дисплазии тазобедренного сустава у детей в грудном возрасте. Бюллетень науки и практики. -2019. - Т. 5. -№9. –С. 59-67.
3. Каменских М. С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей : автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.15. Каменских Максим Сергеевич. Пермь, 2012. 15 с.
4. О причинах неудач консервативного лечения детей с вывихом бедра [Текст] / И. Ю. Поздников, В. Е. Басков, Д. Б. Барсуков, П. И. Бортюлев : тезисы V Евразийского конгресса травматологов-ортопедов и III Съезда травматологов-ортопедов Кыргызстана, посвященного 80-летию профессора С.К. Кожоматова «Современная травматология и ортопедия – перспективы, проблемы и пути решения» (26-28 августа 2016 года), Ыссык-Куль, Кыргызстан// Травматология и ортопедия Центральной Азии. – 2016. – № 2. – С. 116–117.
5. Сафронова Д. П., Халезова Г. В., Юдина Е. В. Современные технологии в диагностике тазобедренных суставов у новорожденных и детей раннего возраста // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. -2017. -Т. 1. -№3. -С. 13-16.

Кариева М. З., Раззокова А. А.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА

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

Актуальность. По данным литературы, за последние 5 лет врожденные патологии тазобедренного сустава занимают одно из первых мест среди врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей. Они диагностируются в 0,15–4,45% случаев [2]. В структуре врожденных ортопедических заболеваний врожденный вывих бедра (ВВБ)

занимает одно из первых мест, составляя до 15,0% [1]. Это определяет важность и актуальность проблемы, так как наиболее полное восстановление анатомических структур и функций тазобедренных суставов у детей происходит при ранней диагностике и комплексном, своевременно начатом лечении. Вопросы диагностики рассматриваемой патологии у детей до одного года относятся к числу малоизученных разделов клинической ортопедии, что объясняется отсутствием стандартов [1, 3]. В литературе тезис о зависимости клинической картины обсуждаемой патологии в зависимости от возраста ребенка никем не оспаривается. Но, в связи с внедрением в клиническую практику УЗИ, в литературе продолжают дискуссии относительно роли этого методов исследования в ранней диагностике обсуждаемого заболевания.

Цель исследования. Оптимизация диагностики ВВБ у детей до одного года с применением результатов УЗИ.

Материал и методы исследования. В основу наших наблюдений положен анализ результатов лечения 206 детей с врожденным вывихом бедра (ВВБ) в возрасте до одного года. Пол больных: девочки - 164 (79,6%), мальчики - 42 (20,4%). В зависимости от возраста больные согласно общепринятой градации распределялись следующим образом: до 3 месяцев - 17,0%, от 4 до 6 месяцев - 28,6%, от 7 до 9 месяцев - 40,3% и от 10 до 12 месяцев - 14,1%. у 151 (73,3%) ребёнка установлен односторонний и у 55 (26,7%) двухсторонний вывих. Среди односторонних вывихов у 125 (60,7%) детей установлен левосторонний вывих.

Диагностика ВВБ проводилась с помощью клинических, рентгенологических методов и результатов УЗИ. В связи с отсутствием в литературе окончательно сформировавшегося консенсуса среди исследователей относительно трактовки результатов УЗИ в качестве окончательной версии диагноза брались результаты рентгенографии, выполненной в возрасте 10-12 месяцев, т.к. к этому времени окостеневают основные костные элементы тазобедренного сустава.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенной работы нами систематизированы результаты диагностики рассматриваемой патологии у детей первого года жизни. Учитывая результаты исследования и особенности течения и диагностики рассматриваемой патологии, нами выделены четыре периода диагностики соответственно общепринятым градациям деления детей до года по возрастным категориям. В рамках каждого периода учтены особенности диагностики рассматриваемой патологии в различные возрастные периоды, а также целесообразность применения различных методов исследования. Основной задачей разработанных подходов является эффективное применение современных методов исследования с учетом анатомо-физиологических особенностей развития тазобедренного сустава.

У детей в возрасте до 3 лет приоритет необходимо отдавать применению УЗИ тазобедренных суставов. Как было отмечено выше, данное исследование нами применялось, начиная с родильного дома. В случае установления диагноза по данным УЗИ, выставляли диагноз и назначалось соответствующее лечение отводящими шинами. Отсутствие данных по обсуждаемой патологии в этом возрастном интервале, как показывает наш опыт, не является показанием для исключения лечения. В настоящее исследование включены пациенты, у которых достоверно был установлен врожденный вывих бедра, в том числе и те, у которых первоначально по данным УЗИ диагноз был исключен. Этим пациентам назначалось превентивное лечение щадящими методами (широкое пеленание, применение двух памперсов, исключение применения «гахворы») и повторное исследование после трех месяцев. Данное тактическое решение объясняется несколькими причинами:

- результаты УЗИ не всегда являются достоверными и зависят от множества факторов, в том числе и субъективного фактора;
- хотя метод УЗИ позволяет визуализировать мягкотканые компоненты тазобедренного сустава, в последующем у больных с отсутствием данных по поводу врожденного вывиха бедра, рентгенография в отдаленном периоде позволяет установить этот диагноз. Последующая тактика диагностики аналогична у детей в возрасте 4-6 месяцев, к изложению которой и переходим.

В возрасте 4-6 месяцев приоритет отдается совместному применению УЗИ и рентгенографии тазобедренных суставов. В этом возрастном периоде, в отличие больных в возрасте 7-9 месяцев, более важное значение придается результатам УЗИ, с которого следует начинать диагностические мероприятия. В случае установления типов II, ПА, ПБ, ПВ; ША, ШБ и IV, в отличие от предыдущей группы, возникала необходимость в подтверждение диагноза методом рентгенографии. В случае совпадения результатов УЗИ и рентгенографии необходимо достоверно установить рассматриваемый диагноз и назначить соответствующее лечение отводящими шинами. При отсутствии рентгенологических критериев необходимо прибегнуть к данному методу через три месяца. В тех случаях, когда по данным УЗИ установлены типы суставов IA, и IB также необходимо прибегнуть к рентгенографии. В случае подтверждения диагноза по данным рентгенографии назначается лечение отводящими шинами. При отсутствии убедительных данных диагноз исключается, т.к. имеется корреляция данных по результатам двух методов исследования. Приоритетное значение результатов УЗИ в этом возрастном периоде объясняется несколькими причинами:

- данный метод направлен на выявление мягкотканых компонентов тазобедренного сустава, которые в ранние периоды оставляют основу данного анатомического образования;
- применение метода рентгенографии имеет множество недостатков, прежде всего из-за хрящевой структуры проксимального отдела бедра в этом возрастном периоде, а также из-за ошибок интерпретации результатов рентгенографии;
- отсутствием главного ориентира для диагностики, а именно ядра окостенения головки бедра;
- встречались случаи установления рассматриваемого диагноза в отдаленном периоде по данным рентгенографии.

В возрасте 7-9 месяцев применяется аналогичный подход, но более важное значение в плане диагностики отдается применению рентгенографии тазобедренных суставов. Поэтому диагностику рассматриваемой патологии в данном возрастном периоде следует начинать с применения данного метода исследования. С ее помощью достоверно можно установить врожденный вывих бедра в следующих ситуациях:

- если четко визуализируется ядро окостенения головки бедра и, ориентируясь на него, можно установить дислокацию головки бедра;

- имеются убедительные данные в пользу врожденного вывиха бедра с применением диагностических схем.

В остальных случаях, учитывая наличие хрящевых структур проксимального отдела бедра в этом возрастном периоде, необходимо дополнительно прибегнуть к применению УЗИ. При выявлении по данным УЗИ II, ПА, ПБ, ПВ, ША, ШБ и IV типов сустава прибегали к превентивному лечению с повторной рентгенографией через три месяца. Если выявлялись типы IA и IB суставов, то исключали рассматриваемый диагноз в связи с корреляцией данных между двумя методами исследования.

В возрасте 7-12 месяцев решающее значение в установление диагноза отдается применению рентгенографии. Если по данным этого метода исследования определяли признаки рассматриваемой патологии, то окончательно выставляли диагноз и назначали лечение. При отсутствии этих признаков окончательно исключали рассматриваемый диагноз, т.к. к этому времени появляется ядро окостенения головки бедра и другие костные элементы тазобедренного сустава, которые позволяют объективно установить признаки врожденного вывиха бедра. Результаты дополнительного применения УЗИ, как показывают наши наблюдения, не имеют никакого значения по причине более значимой диагностической значимости рентгенографии в этом возрастном периоде.

Установленные в ранние периоды (до 6 месяцев) диагнозы по клиническим данным и результатам УЗИ сопоставлялись с результатами рентгенографии по формированию основных костных элементов тазобедренного сустава к годовалому возрасту. По результатам сравнительного анализа чувствительность УЗИ составила 100,0%, специфичность – 91,2%. При этом под термином «чувствительность» УЗИ подразумевали выявление хотя бы одного из описанных в литературе патологических типов тазобедренного сустава. Под «специфичностью» результатов УЗИ подразумевалось отнесение выявленной патологии к одному из общепринятых патологическим форм развития тазобедренного сустава (дисплазия, подвывих и вывих). Отрицательные результаты были связаны с трактовкой диагноза «вывиха» как «подвывиха» у 10 (8,8%) пациентов.

Таким образом, в ходе выполнения настоящего раздела работы изучены особенности диагностики и определены алгоритмы диагностики рассматриваемой патологии в различные возрастные периоды, которые может широко использоваться в ранней диагностике обсуждаемой патологии.

ВЫВОДЫ

1. Комплексная диагностика ВВБ у детей в возрасте до 6 месяцев обязательно должна проводиться с применением УЗИ.
2. Результаты исследования свидетельствуют о высокой информативности УЗИ в диагностике ВВБ у детей до одного года, чувствительность УЗИ составила 100,0%, специфичность – 91,2%.
3. Учитывая прогредиентное течение ВВБ, у детей в возрасте до 10 месяцев при сочетании ранних клинических симптомов с отрицательным результатом УЗИ необходимо прибегнуть к превентивному консервативному лечению ВВБ отводящими шинами.
4. Окончательное исключение диагноза ВВБ у детей до одного года необходимо проводить по результатам рентгенографии после формирования костных структур тазобедренного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

6. О причинах неудач консервативного лечения детей с вывихом бедра / И. Ю. Поздникин, В. Е. Басков, Д. Б. Барсуков, П. И. Бортюлев : тезисы V Евразийского конгресса травматологов-ортопедов и III Съезда травматологов-ортопедов Кыргызстана, посвященного 80-летию профессора С.К. Кожоматова «Современная травматология и ортопедия – перспективы, проблемы и пути решения» (26-28 августа 2016 года), Ыссык-Куль, Кыргызстан// Травматология и ортопедия Центральной Азии. – 2016. – № 2. – С. 116–117.
7. Платонов А.В., Герасименко М.А. Организационные подходы к диагностике и восстановительному лечению дисплазии тазобедренных суставов у детей первого года жизни. «Хирургия. Восточная Европа. -2018, -Т. 7, № 2. –С. 201-206.
8. Сертакова А. В. Патогенетическое обоснование новых принципов диагностики степени тяжести и оценки эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.01.15;14.03.03 / А. В. Сертакова. – Саратов, 2013. – 26 с.

Кариева М. З., Раззокова А. А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИМИ ШИНАМИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА В ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

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

Актуальность. По данным литературы, во всем мире патологии тазобедренного сустава, в том числе врожденный вывих бедра (ВВБ) отнесены к числу наиболее приоритетных медико- социальных проблем общества и медицинской науки [1,5]. Анализ литературы показывает, что многие авторы раннюю диагностику и лечение врожденного вывиха бедра рассматривают как наиболее эффективный путь улучшения ее результатов [2, 3, 4]. Однако, в связи с применением новых методов исследования, таких как УЗИ, имеются дискуссионные вопросы при определении показаний к консервативному лечению рассматриваемой патологии отводящими шинами.

Цель исследования. Совершенствование показаний к консервативному лечению ВВБ отводящими шинами у детей первого года жизни.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 206 детей с ВВБ в возрасте до одного года. Девочек было 164 (79,6%), мальчиков - 42 (20,4%). Возраст больных: до 3 месяцев – 17,0%, 4-6 месяцев – 28,6%, 7-9 месяцев – 40,3% и 10-12 месяцев – 14,1%. Одностороннее поражение отмечено у 151 (73,3%) детей. У 55 (26,7%) детей был

выявлен двухсторонний вывих. По стороне поражения левосторонний вывих отмечен у 125 (60,7%) детей, правосторонний - у 26 (12,6%) детей.

Результаты и их обсуждение. Лечение отводящими шинами проводилось по результатам диагностики ВВБ с учетом возраста детей. Основанием для углубленного обследования детей на предмет наличия или отсутствия ВВБ являлось наличие общеизвестных клинических симптомов. В качестве инструментальных методов, в зависимости от возраста ребенка, применялись УЗИ и/или рентгенография тазобедренного сустава. У детей в возрасте до 3 месяцев диагностика проводилась с применением УЗИ, в возрасте от 4 до 9 месяцев – с применением УЗИ и рентгенографии и в возрасте свыше 9 месяцев – с применением рентгенографии. По результатам анализа нами литературы относительно оценки результатов УЗИ по критериям Графтаони систематизированы в обобщенном виде. В литературе выделяют 4 типов или 10 подтипов развития сустава по данным УЗИ, на которых остановимся более подробно:

- I тип (нормальный сустав) - костная часть крыши видна хорошо, хрящевая часть – треугольной формы с гипохонгенной структурой. Лимбус узкий, расположен кнаружи от головки. Угол альфа - больше 60 градусов, бетта меньше 55 градусов;

- IB тип (транзиторный) - хрящевая часть крыши расположена на более коротком расстоянии над головкой бедра. Лимбус расширен и укорочен, центрация головки не нарушена;

- II тип (задержка развития) - хрящевая часть преобладает над костной частью. Определяются расширение хрящевой части крыши вертлужной впадины, нечеткая визуализация костной части, умеренное уплощение наружного края вертлужной впадины. Угол альфа – 43-60 градусов, бетта - 66-77 градусов;

- ПА (замедленное формирование с задержкой развития) - угол альфа - 50-51 градусов, бетта -70 градусов. Примечание: оценивается у детей до 3 месяцев;

- ПБ (дисплазия, требующая ортопедического лечения) - угол альфа - 50-51 градусов, бетта -70 градусов. Примечание: оценивается у детей после 3 месяцев.

- ПВ (небольшая децентрализация) - определяется путем проведения функциональных проб.

- III тип – (тяжелая задержка развития) - отнесение лимбуса кнаружи со стойкой децентрации головки бедра (подвывих). Угол альфа меньше 43 градусов, бетта - больше 77 градусов;

- ША (тяжелая задержка развития)- без структурных изменений крыши;

- ШБ (тяжелая задержка развития) - повышение экзогенности крыши вертлужной впадины, обусловленное структурной перестройкой хрящевой части крыши;

- IY - (тяжелая задержка развития сустава с развитием вывиха) - головка бедренной кости находится в надацетабулярной части. Определяются «пустая» ацетабулярная ямка, резкое уплощение костного края крыши вертлужной впадины, лимбус резко деформирован и не визуализируется. Угол альфа - 37 градусов, бетта - меньше 43 градусов.

В возрасте до 3 месяцев (35 или 17,0% наблюдений) у 11 (31,4%) из 35 больных до применения отводящих шин лечение проводилось методом широкого пеленания. Среди них 5 больных были из основной и 4 – из контрольной группы. Остальным больным изначально применялись отводящие шины. В целом (n=35) в этом возрастном интервале у 23 (65,7%) пациентов установлен односторонний и у 12 (34,3%) – двухсторонний вывих. Общее количество суставов составило 47, в том числе 31 – из основной и 16 – из контрольной группы. Показания для лечения отводящими шинами в обеих группах определялись по данным УЗИ тазобедренных суставов. К ним были отнесены II, ПА, ПБ, ПВ, III, ША, ШБ и IY типы суставов по данным УЗИ. При установлении этих типов суставов больным назначались отводящие шины. Больным с типами суставов IA и IB типов, учитывая их сочетания с клиническими признаками рассматриваемой патологии, назначалось широкое пеленание. Учитывая наличие крепко внедрившего в сознание матерей привычки тугого пеленания детей в “тахворе” с ними проводились обстоятельные беседы о вреде такого подхода. При этом в качестве серьезных аргументов приводились фотографии и рентгенограммы других больных, а также видеобеседы с другими матерями с негативными и позитивными результатами.

В возрасте 4-6 месяцев (59 или 28,6% наблюдений) у 46 (78,0%) пациентов установлен односторонний и у 13 (22,0%) – двухсторонний вывих. Общее количество суставов составило 72, в том числе 47 – в основной и 25 – в контрольной группе. Показания для лечения отводящими шинами в этом возрастном периоде являлись:

- типы суставов II, ПА, ПБ, ПВ, III, ША, ШБ и IY по данным УЗИ;

- необходимость проведения превентивного лечения при наличии IA и IB типов вывиха по данным УЗИ при их сочетании с клиническими признаками рассматриваемой патологии.

Необходимость проведения превентивного лечения при наличии IA и IB типов сустава по данным УЗИ при их сочетании с клиническими признаками была обусловлена несколькими причинами:

- гипердиагностика наносит меньше вреда, чем отказ от превентивного лечения отводящими шинами;

- наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют о вероятности до 41% диагностических ошибок по результатам УЗИ [И013, Д127], т.е. при применении УЗИ описано присутствие субъективного фактора [Р028].

При применении вышеописанного превентивного лечения, основанного на выявлении только клинических данных, без никакой агрессии, связанной с проводимым неинвазивным, недорогим и простым лечением удастся минимизировать последствия отсроченного лечения. В этом возрастном периоде противопоказано проведение рентгенографии, которую необходимо отсрочить до достижения 6 месячного возраста.

В возрасте 7-9 месяцев (83 или 40,3% наблюдений) у 60 (72,3%) пациентов установлен односторонний и у 23 (27,7%) – двухсторонний вывих. Общее количество суставов составило 99, в том числе 35 – в основной и 64 – в контрольной группе. В этом возрастном периоде арсенал методов диагностики пополняется рентгенографией. Появление ядра окостенения головки бедра способствует более правильной интерпретации рентгенологических данных. Показания для лечения отводящими шинами в этом возрастном периоде являлись:

- установление вывиха, подвывиха или дисплазия по данным рентгенографии;

- типы суставов II, ПА, ПБ, ПВ, III, ША, ШБ и IY по данным УЗИ на фоне отсутствия рентгенологических данных.

У пациентов с типами суставов II, ПА, ПБ, ПВ, III, ПА, ПБ и IV по данным УЗИ на фоне отсутствия рентгенологических данных проводимое лечение, как в предыдущем возрастном интервале, носит превентивный характер. Необходимость проведения превентивного лечения при наличии IA и IB типов сустава по данным УЗИ при их сочетании с клиническими признаками также была обусловлена вышеперечисленными, как в предыдущем возрастном периоде, причинами, а именно отсутствием вреда от гипердиагностики, чем от отказа превентивного лечения отводящими шинами, а также несовершенством данных УЗИ и присутствием субъективного фактора при их интерпретации.

Наконец, у пациентов в возрасте 10-12 месяцев (29 или 14,1% наблюдений) в 22 (75,9%) наблюдениях установлен односторонний и в 7 (24,1%) – двухсторонний вывих. Общее количество суставов составило 43, в том числе 23 – в основной и 20 – в контрольной группе. В этом возрастном периоде, в связи формированием основных костных элементов тазобедренного сустава, рентгенография позволяла безошибочно определить рассматриваемую патологию. Показаниями для лечения отводящими шинами являлись наличие врожденного вывиха или подвывиха тазобедренного сустава.

Проведение лечения по предложенным показаниям позволило снизить частоту асептического некроза с 15,8% до 1,9% ($P<0,05$), контрактуры тазобедренного сустава – с 18,8% до 3,8% ($P<0,05$), остаточных явлений ВВБ – с 14,9% до 4,7% ($P<0,05$), частоту неудовлетворительных результатов – с 22,8% до 7,6%, ($P<0,05$) по сравнению с традиционными подходами.

Выводы

1. Результаты исследования убедительно свидетельствуют об эффективности использования для диагностики и оценки результатов лечения метода УЗИ в возрасте до 3 месяцев и рентгенографии в возрасте 10-12 месяцев. В остальные возрастные периоды (от 4 до 9 месяцев) оценка эффективности результатов лечения должна проводиться с одновременным применением этих методов исследования.
2. Проведение консервативного лечения ВВБ по оптимизированным показаниям относится к эффективным путям улучшения результатов рассматриваемой патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

9. Лозовая Ю. И. Оценка динамики развития тазобедренного сустава у детей в условиях сохраняющегося патологического процесса (врожденный вывих бедра: диагностика и лечение): автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.19. Лозовая Юлия Ивановна; ГОУ ВПО РГМУ. –Москва.-2011. 26 с.
10. Гончаренко В. А., Стронина С. Н., Клестова Е. О. Врожденный вывих бедра: частота, структура, анализ методов диагностики и лечения // Молодой ученый. -2016. -№3 (107). -С. 257-259.
11. Мирзоева С. М., Курбанов С. Х., Курбанова Р. Т., Мирзобеков К. С. Ранняя диагностика и лечение врожденной патологии тазобедренных суставов у детей // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2017. -№4 (24). -С. 42-46
12. Сафронова Д. П., Халезова Г. В., Юдина Е. В. Современные технологии в диагностике тазобедренных суставов у новорожденных и детей раннего возраста // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. -2017. -Т. 1. -№3. -С. 13-16.
13. Mitchell PD, Redfern RC. Brief communication: Developmental dysplasia of the hip in medieval London. Amer. J. Phys. Anthropol. -2011. -№144(3). –P. 479-484.

Карим-заде Б.Д., Мирзоев А.С.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Лаборатория стволовых клеток при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Увеличение количества послеоперационных осложнений, в том числе длительно незаживающих ран, является серьезной проблемой, требующей разработки новых методов лечения[2]. Применение антибиотиков в послеоперационном периоде не всегда эффективно, поскольку приводит к развитию резистентности микроорганизмов к антибиотикам [1]. Кроме того, длительно незаживающие раны могут быть вызваны нарушением микроциркуляции и репаративных процессов в области операции. Введение аутоплазмы, насыщенной тромбоцитами, является эффективным методом лечения длительно незаживающих ран, поскольку способствует высвобождению факторов роста новых сосудов и ускорению заживления [3].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения осложненных послеоперационных ран.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры общей хирургии №1 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино было прооперировано 34 пациента с 2021-2023 годы. Структура нозологических форм оперированных больных представлена следующим образом: 7 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей, 21 - с хронической трещиной заднего прохода и 6 - с острым аппендицитом. Мужчин было 9 (26,4%), женщин - 25 (73,6%). Средний возраст составлял 54 года. Сопутствующие заболевания выявлены у 20 (58,9%) больных. Структура сопутствующей патологии следующая: ожирение II-III степени и сахарный диабет у 9 (45%) больных, ожирение II-III степени у 8 (40%) и атеросклероз магистральных сосудов у 3 больных (15%).

Семи больным была выполнена комбинированная флебэктомия (операция Троянова-Тренделенбурга, Бэбкокка, Нарата и ушивание сосудов по Соколову) с разрезами длиной от 1 до 12 см. В послеоперационном периоде у данной группы больных отмечалась лимфорея и длительно незаживающие раны. Двадцати одному больному с хронической трещиной заднего прохода было выполнено иссечение с подслизистой боковой сфинктеротомией с введением аутоплазмы, насыщенной тромбоцитами в объеме от 4 до 6 мл более 3 раз для форсирования пареза сфинктера заднего прохода и ускорения заживления. Шести больным выполнена классическая аппендэктомия по поводу флегмонозного

аппендикита с локальным перитонитом. Осложнение в данной группе было связано с толстой подкожножировой клетчаткой с толщиной от 6 до 14 см. Комплексное лечение включало: промывание раневой полости растворами 3% перекиси водорода для предупреждения анаэробной инфекции и предупреждения кровотечения, промывание раствором повидонайодина (Вавеган). С адекватным дренированием, в среднем в течении 5-8 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 регос препараты ацетилсалициловой кислоты в дозировке от 50 до 100 мг (тромбоасс) в сутки. Локально выполнялась дарсонвализация раны и окружающих тканей. При дарсонвализации улучшается микроциркуляция и образуется озон, который является мощным антисептиком. При поверхностных ранах использовали грибовидную насадку, а при хронической трещине - ректальную малую насадку. Курс дарсонвализации составлял от 8 до 12 процедур при средней мощности, с экспозицией 15-18 мин. Также больным вводили аутоплазму, насыщенную тромбоцитами непосредственно вокруг раневой поверхности со шприцом 29G в объеме от 5 до 15 мл плазмы на расстоянии 1 см между местами инъекции 2 и более раз.

Результаты исследования. Средний период заживления ран после комплексного лечения составлял от 10 до 18 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. Также следует отметить, что введение аутоплазмы насыщенной тромбоцитами является мощным фактором для ускорения репаративных процессов, посредством ускорения роста новых сосудов. Больные были выписаны в периоде от 11 до 21 суток. Отмечалось полное заживление ран в 27 случаях первичным натяжением, а в 7 случаях вторичным натяжением, хотя следует отметить, что при вторичном натяжении образовались рубцы не более 0,4 см толщиной.

Выводы. Комплексный подход к лечению длительно незаживающих послеоперационных ран, включающий оперативное вмешательство, медикаментозное лечение и физиотерапевтические процедуры, является эффективным и безопасным у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Список литературы.

1. Нехрикова С. В. Длительно незаживающие послеоперационные раны промежности и анального канала //Анналы хирургии. – 2013. – №. 5.
2. Гостев В. и др. Оценка чувствительности MRSA к оксациллину, цефокситину, ванкомицину и даптомицину// Антибиотики и химиотерапия. 2013. Т. 58, №9-10. С. 13-20.
3. Таранова Н. Ю. и др. Плазмолифтинг как инновационный метод лечения заболеваний пародонта на этапе послеузовского обучения //Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №. 4-1. – С. 253-255.

Карим-заде Г.Д., Маликов М.Х., Мамадаминова Х.Х.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Одной из актуальных и не до конца решенных остаётся проблема хирургического лечения последствий травм верхней конечности. Независимо от широкого использования современной диагностической технологии, оказания адекватной помощи при травмах по сей день сохраняется высокий процент функциональной несостоятельности конечности как последствия повреждения анатомо-функциональных структур в сочетании с мягкоткаными дефектами [1,2]. Остаются малоутешительными функциональные результаты первичной реконструкции, связанные с характером травмы, фактором повреждения и локализацией поражения [3,4]. Неблагоприятными в прогностическом отношении остаются результаты реконструкции при сочетании повреждения СНП, сухожилий и костей, когда им сопутствует как мягкотканый, так и костный дефект [1,2,3]. Анализ литературы показывает, что частота неудовлетворительных результатов после традиционных реконструктивных вмешательств у больных с последствиями тяжелой травмы структур верхней конечности достигает до 60% [2,4]. Основными факторами развития высокого показателя неудовлетворительных результатов является недооценка степени тяжести поражения и неполноценное восстановление анатомических структур, несвоевременное укрытие обширных мягкотканых дефектов [3,4,5]. Вместе с тем немаловажное значение имеют и сроки проведения операции, и объём оказанной помощи на этапах медицинской эвакуации [3,5]. Из-за неудовлетворенности функциональными результатами часть пациентов с последствиями травм верхней конечности, после выполнения основных этапов хирургического лечения и проведения реабилитации, нуждается в повторных корригирующих оперативных вмешательствах.

Цель работы. Улучшение функциональных и эстетических результатов лечения больных с последствиями травм верхней конечности путем проведения корригирующих операций.

Материалы и методы исследования. В отделении пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии были подвергнуты хирургическому лечению 159 больных с последствиями травм верхней конечности. При проведении основного этапа операций были использованы 162 васкуляризированных кожно-фасциальных и кожно-костных сложносоставных аутоотрансплантатов. Из общего числа использованных трансплантатов в свободном виде были пересажены 33 (20,7%) и несвободном – 129 (81,1%) трансплантатов. Больным были проведены реконструктивно-восстановительные операции на анатомических структурах в 62,2% случаев. В послеоперационном периоде осложнения возникли в 22% случаев. Приживление пересаженных трансплантатов отмечалось в 93,1% случаев. Некроз пересаженного лоскута отмечался в 5,9% случаев. Повторные корригирующие операции в сроки от 6 месяцев до года потребовались 29 пациентам, что составило 18,2%.

Для выявления функционального состояния верхней конечности пациентам проводили клиническую оценку

изменений, включая применение инструментальных методов исследования, доплерографии, электронейромиографии, МРТ и МСКТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем пациентам с последствиями травм верхней конечности, поступившим в позднем периоде наблюдений, были выполнены различные виды корригирующих оперативных вмешательств. Коррекция пахового лоскута ввиду избыточной толщины и ограничения функции кисти, также для улучшения эстетического вида кисти, была выполнена в 8 случаях, из них прямое иссечение и уменьшение размеров выполнено в 5 случаях, в остальных 3 случаях – малая липосакция. Невротизация ранее пересаженного пахового лоскута на кисть путем направленной реиннервации выполнена в 6 случаях, при это использовали кожную ветвь лучевого нерва в качестве нервного трансплантата. При восстановлении локтевого нерва и развитии в отдаленном периоде «когностической деформации» кисти в 5 случаях выполнили операцию Zancolli с модификацией по предложенной нами методике для восстановления отведения мизинца. В 4 случаях выполнен тенотомия сухожилий после ранее выполненной ауто сухожильной пластики. Капсулотомия межфаланговых и пястно-фаланговых суставов была выполнена в 4 случаях для устранения вторичного артродеза. Вторичная сгибательная контрактура кожная форма устранена применением Z- пластики в 3 наблюдениях.

В послеоперационном периоде фиксация кисти гипсовой лонгетой в физиологическом положении проводилась в течение 2 недель, в то же время начинали раннюю реабилитационную терапию, давали дозированную нагрузку в виде пассивной разработки. Через 3 недели проводили тепловые процедуры, электрофорез с рассасывающими растворами (лидаза, калия йодид), лечебный массаж. Заживление ран у всех пациентов первичное, осложнений со стороны ран не отмечалось. Во всех случаях проведенной корригирующей операции были получены хорошие функциональные и эстетические результаты.

Выбор оптимального метода реконструкции, установления показания к различным вариантам корригирующих операций зависят от развившегося осложнения и сроков, прошедших после выполнения основных этапов операции. Решение ряда сложных вопросов непосредственно были связаны с сочетанным характером поврежденных структур верхней конечности при последствиях травм. При этом сложности возникали при реконструкции поврежденных СМП, сухожильно-мышечного аппарата, костей, которым сопутствовали посттравматические дефекты покровных тканей. Одни авторы придерживаются тактики первоочередного восстановления подлежащих сосудисто-нервных пучков, сухожилий, обосновывая свою тактику тем, что запоздалая реконструкция структур, особенно поврежденных нервных стволов и артерий может негативно оказать влияние на окончательные результаты реконструкции [2,4]. Другие придерживаются мнения, что реконструкция, проведенная в условиях дефицита покровных тканей, намного задерживая регенерацию, может свести на нет результаты операции [3,5]. Достижения хороших отдаленных функциональных результатов при реконструкции структур верхней конечности в плотную связаны с внедрением микрохирургических способов операции, использования прецизионной техники. Широкое применение совершенных методов операции в реконструктивной микрохирургии верхней конечности, заметно улучшая результаты лечения, способствовало расширению диапазона вмешательства при ранее неоперабельных ситуациях. К корригирующим вмешательствам относятся оперативные вмешательства, выполняемые после выполнения основных этапов оперативного вмешательства с возникновением нарушений, приводящих к ограничению функции конечности или неудовлетворенным эстетическим результатам. По данным литературы, необходимость в выполнении повторных корригирующих операций возникает до 34,5% случаев [5]. Выполнение повторных оперативных вмешательств способствуют восстановлению функциональной способности верхней конечности и улучшению качества жизни пострадавших.

Выводы.

1. Адекватная оценка функционального состояния верхней конечности после проведения радикальных оперативных вмешательств проводится с использованием современных методов исследования и изучением местно-пластического ресурса поврежденной конечности.
2. Конкретизация корригирующих операций в отдаленном периоде после основного этапа операций позволила улучшить как функциональные, так и эстетические результаты операции.

Список литературы.

1. Шибаев Е.Ю. Тактика лечения посттравматических дефектов мягких тканей конечностей /Е.Ю. Шибаев [и др.] //Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». -2018.- Том 7.-№ 1. – С. 37-43.
2. Sifi N. Pedicled groin flap surgical technique for reconstruction of hand skin defects /N. Sifi [et al.] // Case Rep Orthop Res.- 2022.- N5.-P. 18–23.
3. Байтингер В.Ф. Осложнения после свободной пересадки комплексов тканей на микрососудистых анастомозах / В.Ф. Байтингер, К.В. Селянинов // Анналы пластической и реконструктивной хирургии. – 2018. - № 1. - С. 59-67.
4. Маликов М.Х. Реконструктивно-восстановительные операции на верхней конечности при тяжелых последствиях травм / М.Х. Маликов, Г.Д. Карим-заде // Вестник академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. - 2015. - № 2. - С.30-42.
5. Родоманова Л.А. Атипичные способы реваскуляризации кровоснабжаемых тканей в реципиентной зоне /Л.А. Родоманова [и др.] //Анналы пластической и реконструктивной хирургии. - 2018.- №1. - С.100-101.

Карим-заде Х.Дж.¹, Бандаев И.С.², Каримов Н.М.³
СТРУКТУРА ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЛАЗНОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В Г. ВАХДАТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

1 – кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
2 – кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
3 – врач-офтальмолог городского центра здоровья г. Вахдат

Актуальность. Заболевания органа зрения занимают пятое место в структуре общей заболеваемости и согласно прогнозам, в ближайшие десятилетия потребность в офтальмологической помощи во всем мире возрастет, что связано с ростом населения и увеличением числа пожилых. Согласно ВОЗ, офтальмологическая служба должна быть доступной, комплексной, ориентированной на потребности людей, интегрированной в первичную медико-санитарную помощь, последняя в свою очередь должна обеспечивать эффективное направление больных в учреждения вторичной и третичной помощи для своевременного лечения патологий органа зрения. Комплексная, ориентированная на потребности людей офтальмологическая помощь относится к медицинским услугам, которые предоставляются с целью обеспечения непрерывной деятельности по укреплению здоровья населения, включающая профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, которые обеспечиваются на разных уровнях медико-санитарной помощи. Первичный уровень офтальмологической службы в Республике Таджикистан представлен врачами-офтальмологами, работающими в городских и сельских центрах здоровья. Для планирования и улучшения работы первичного уровня необходимы надежные данные о распространенности заболеваний глаз и нарушений зрения. В связи с этим изучение структуры глазной патологии на примере городского центра здоровья и оценка его деятельности представляется актуальным.

Цель исследования. Изучить структуру и распространённость глазной патологии и проанализировать деятельность глазного кабинета городского центра здоровья в городе Вахдат Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Был произведен ретроспективный анализ данных по отчетам глазного кабинета районного центра здоровья города Вахдат за период с 2018 по 2019 годы.

Результаты исследования.

В глазном кабинете городского центра здоровья г. Вахдат работают 2 врача-офтальмолога при трёх имеющихся врачебных должностях. Из офтальмологического оборудования в наличии имеются офтальмоскоп, таблицы для проверки остроты зрения, набор стекол для подбора очков, щелевая лампа, функционирующая с перебоями, а также скиаскопические линейки и таблица Рабкина. За 2 года в условиях глазного кабинета районного центра здоровья было обследовано 14623 пациентов, из которых 5410 (36,9%) обратились с жалобами на патологию органа зрения, а остальные были обследованы в рамках профилактических осмотров. При этом 655 (4,5%) больных были направлены на стационарное лечение в г. Душанбе в республиканские глазные клиники. Среди них 517 (78,3%) человек имели диагноз возрастная катаракта, 32 (5,4%) – посттравматическая катаракта, глаукома – 36 (5,9%), травмы органа зрения у взрослых – 20 (3,5%) и у детей – 29 (4,3%).

На диспансерном учете состоят 697 (4,8%) человек, среди них 80 (11,5%) с глаукомой, 138 (19,8%) – с катарактой, 50 (7,1%) – с врожденной патологией органа зрения, аномалиями рефракции – 111 (15,9%) человек (миопией – 80, гиперметропией – 31), травмами органа зрения – 68 (9,8%) взрослых и 76 (10,9%) детей.

Инвалидность зарегистрирована у 349 взрослых и у 37 детей и подростков.

В рамках военного призывного обследования врачами-офтальмологами данного медицинского учреждения были обследованы 2262 призывников, из которых 1270 были признаны годными к прохождению военной службы в армии.

На профилактических осмотрах было обследовано 16626 школьников и 1815 детей, посещающих дошкольные учреждения. Среди школьников было выявлено 262 (1,6%) ребенка с патологией органа зрения, из которых у 104 (39,7%) после проведения лечения наступило полное выздоровление. Среди дошколят 72 (4,0%) имели различные глазные заболевания и 35 (48,6%) выздоровели после проведенного лечения.

Выводы.

Таким образом, на основании проведенного анализа было выявлено, что обращаемость пациентов с патологией органа зрения составляет 36,9%. Широкое применение профилактических осмотров позволяет выявить глазную патологию на ранних стадиях. Преемственность в лечении больных между уровнями медико-санитарной помощи сохранена. В городском центре здоровья г. Вахдат, несмотря на неполноценное оснащение медицинским оборудованием, проводится комплекс мероприятий, соответствующий нормам лечебно-профилактических мероприятий, проводимых на первичном уровне медико-санитарной помощи.

Список литературы.

1. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328717>, по состоянию на 28 января 2020 г.).
2. Содикова Д.Н. Этапы развития хирургии глаз в период государственной независимости Республики Таджикистан. / Содикова Д.Н., Карим-заде Х.Д., Салимова Р.Г. // Национальный журнал глаукома. – 2018. - №17(1). – с.70-74.
3. Абдуллозода Дж. А. От съезда к съезду – достижения таджикской офтальмологии. / Абдуллозода Дж. А., Мирзоев С.М., Содикова, Д.Н. Махмадзода Ш.К. // Материалы 2-го съезда офтальмологов Республики Таджикистан. Душанбе. - июнь 2023г.-с. 12-20.

Актуальность. Использование фейерверков и пиротехнических изделий широко распространено в праздновании различных торжеств и фестивалей во многих странах мира. Частота травм глаза и его придатков составляет около 20% от всех фейерверковых травм [1-2]. Глазные ранения, связанные с пиротехникой, могут привести к разрушительной потере зрения [3,4]. Исследования показали значительное снижение травматизма в некоторых странах после введения запрета на продажу и использование таких изделий для всеобщего использования [4,5]. В Республике Таджикистан в 2008 году были приняты меры на законодательном уровне, предусматривающие административную и уголовную ответственность за незаконный оборот пиротехнических материалов и изделий. В связи с этим изучение частоты офтальмотравм в результате использования пиротехники представляется актуальным.

Цель исследования. Анализ особенностей травм органа зрения у детей, вызванных пиротехническими материалами с 1993 по 2022 годы.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ случаев пиротехнического повреждения органа зрения среди детей (в возрасте до 15 лет), находившихся на стационарном лечении в детских глазных отделениях ведущих офтальмологических центров Республики Таджикистан в период с 1993 по 2019 годы. Травмы были классифицированы согласно Бирмингемской классификации травм глаза на открытые травмы глаза (ОТГ) и закрытые травмы глаза (ЗТГ), а также травмы придатков. Критерии слепоты и слабовидения были установлены согласно классификации ВОЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. За исследуемый период времени в глазных стационарах получали лечение с пиротехническими травмами органа зрения 31 детей (36 глаз) в возрасте от 4 до 15 лет ($M \pm m$, $10 \pm 0,5$), среди которых преобладали мальчики - 28 (89,7%), девочек было 3 (10,3%). В 5 случаях (17,2%) травмы были двухсторонними. В среднем в год 2,4 ребенка при использовании пиротехники получает травму органа зрения, требующую стационарного лечения. Частота офтальмотравм на 1 млн. детского населения составила $5,6 \pm 1,2$ до 2008 года и $2,9 \pm 0,5$ после введения запрета, что не имеет статистически значимой разницы ($p=0,37$). Травмы в основном (79,3%) происходят в декабре-январе, во время новогодних праздников.

Отмечается преобладание закрытых травм глаза 18 детей (23 глаза, 63,8%), среди которых контузии глазного яблока наблюдались в 6 (26,1%) глазах, поверхностные инородные тела - в 3 (13%), ожоги - в 14 (60,9%) глазах. При этом гифема встречалась в 2 (9,5%) глазах, гемофтальм - в 1 (4,8%), катаракта - в 2 (9,5%), увеит - в 1 (4,8%) глазу, эрозия роговицы - в 2 (4,8%) глазах.

Открытые травмы глаза встречались в 13 (36,1%) глазах, при этом рана в области роговицы отмечалась в 9 (69,2%) глазах, корнео-склеральной области - в 2 (15,4%), склеры - в 1 (7,7%) глазу, выпадение содержимого глазного яблока - в 2 (15,4%) глазах. Внутриглазные инородные тела были диагностированы в 4 (30,8%) случаях.

Проникающие ранения сопровождались выпадением сосудистой оболочки в 6 (46,2%) глазах, истечением стекловидного тела - в 4 (19%), гифемой - в 2 (15,4%), гемофтальмом - в 1 (7,7%), катарактой - в 6 (46,2%), увеитом - в 2 (15,4%), эндофтальмитом - в 1 (7,7%) глазу и ожогом 1-2 степени - в 1 (7,7%) глазу.

Все дети получили соответствующее клинике травмы лечение. Во всех глазах с проникающими травмами, кроме одного, была проведена первичная хирургическая обработка (ПХО). В одном глазу из-за выраженного разрушения глазного яблока, не поддающегося восстановлению, пришлось провести первичную энуклеацию.

При ЗТГ в результате пиротехнических травм отмечается благоприятный функциональный исход в большинстве случаев, в то время как при ОТГ острота зрения в основном - низкая: так, слепота ($Visus < 0,05$) развилась в 7 глазах из 13 (53,9%), слабовидение ($Visus$ от 0,06 до 0,1) - в двух (15,4%) случаях.

Таким образом, у 7 детей из 31 (22,6%) с пиротехническими травмами органа зрения развилась слепота ($Visus \leq 0,05$) на пораженном глазу, из которых у 2 (6,5%) полностью отсутствовало светоощущение. Слабовидение ($Visus$ от 0,06 до 0,1) отмечалось у 3 пациентов (9,7%).

При проникающих травмах в глазах с неблагоприятным функциональным исходом отмечается умеренная корреляционная связь с ранами в области роговицы ($p < 0,05$, $r = 0,691$), наличием внутриглазных инородных тел ($p < 0,05$, $r = 0,563$) и развитием катаракты ($p < 0,05$, $r = 0,618$).

Выводы. В результате проведенного исследования наблюдается снижение частоты пиротехнических офтальмотравм в детском возрасте с 5,6 до 2,9 на 1 млн. детей после введения запрета на ввоз и продажу пиротехнических изделий в 2008 году. В 22,6% случаев развилась односторонняя слепота, из которых у 6,5% отмечалась полная безвозвратная потеря зрения. Неудовлетворительные функциональные результаты были связаны с проникающими травмами в области роговицы, наличием внутриглазных инородных тел и развитием катаракты. С целью дальнейшего нивелирования пиротехнических офтальмотравм, необходимо ужесточить контроль на ввоз и продажу пиротехнических изделий, а также повысить информированность населения о возможных побочных эффектах их использования.

Список литературы.

1. Hoskin AK. Eye injuries from fireworks used during celebrations and associated vision loss: the international globe and adnexal trauma epidemiology study (IGATES). / Hoskin AK, Low R, de Faber JT, et al. IGATES Fireworks study group. // Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. – 2022. – No. 260(1). – p.371-383.
2. Turgut F, Bograd A, Jeltsch B, Weber A, Schwarzer P, Ciotu IM, Amaral J, Menke MN, Thommen F, Tandogan T, Tappeiner C. Occurrence and outcome of firework-related ocular injuries in Switzerland: A descriptive retrospective study. / Turgut F, Bograd A, Jeltsch B, et al. // BMC Ophthalmol. 2022. – No. 22(1). – p.296.
3. AlGhadeer H. Fireworks ocular injury in Saudi children: profile and management outcomes. / AlGhadeer H,

- Khandekar R. // Sci Rep. – 2022. –No. 12(1). –p.5942.
4. Gabel-Pfisterer A, Böhringer D, Agostini H; Feuerwerks-Verletzungen-Studiengruppe. [Pandemic-related sales ban of fireworks in Germany leads to a significant reduction of firework-related eye injuries]. / Gabel-Pfisterer A, Böhringer D, Agostini H; Feuerwerks-Verletzungen-Studiengruppe. // Ophthalmologie. - 2022. – No.119(12).-p.1257-1266.
 5. de Faber JT. National studies from the Netherlands and Finland and the impact of regulations on incidences of fire-works-related eye injuries. /de Faber JT, Kivelä TT, Gabel-Pfisterer A. // Ophthalmologie. – 2020.-No.117(Suppl 1).-p. 36-42.

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

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

Актуальность. Независимо от использования современных методов остеосинтеза, после первичного перелома, остается высокий процент повторных переломов на фоне нарушенного костного метаболизма [2]. Биометрические характеристики фаз опоры и ходьбы прямо зависят от структуры и целостности костного аппарата. Стабильно функциональный остеосинтез с использованием наkostных пластин, компрессирующих винтов и стержневых систем обеспечивает наиболее раннее восстановление кинематического баланса.

Травматические и метаболические изменения опорно-двигательного аппарата безусловно являются одним из самых тяжелых состояний пострадавших, которые приводят к длительной потере трудоспособности, инвалидизации, психоэмоциональному состоянию, а также иногда летальному исходу. Переломы костей имеют не только травматический характер, но также, возникают в результате изменения структуры костной ткани, являющиеся последствием нарушения костного метаболизма, причиной которого в основном являются возрастные изменения и другие обменные нарушения. Проведение профилактических мер для возникновения переломов и ранней диагностики заболевания, обходятся многократно дешевле, чем проведение и исходов лечения переломов. Результаты лечения будут положительными, у пациентов высокой группы риска, когда они получают препараты, улучшающие костный метаболизм до возникновения первого перелома [1].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов, у которых отмечаются переломы на фоне нарушения костного метаболизма и посттравматического генеза.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании проводилось изучение результатов обследования, лечения, реабилитации и оценка отдаленных результатов 97 пациентов с последовательными низкоэнергетическими переломами за период 2022 по 2023 гг., получивших лечение в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе ТНМЦ РТ «Шифобахш». Изучено частота возникновения переломов посттравматических переломов, а также переломы возникающих на фоне нарушения костного метаболизма. Среди пациентов преобладали лица пожилого возраста. Доминирующим фактором, приводящим к возникновению переломов, являлось изменение костной структуры на фоне нарушения костного метаболизма. Основной контингент пациентов составили женщины - 70 (72,2%), мужчин было 27 (27,3%); средний возраст – $60 \pm 6,5$ лет. Больше всего у женщин переломы возникли в результате незначительной травмы, в период постменопаузы на фоне метаболических изменений костной ткани [3]. Изучены ближайшие и отдаленные результаты на фоне консервативного и хирургического лечения пациентов через 1 месяц, 6 месяцев и год. Клиническая картина повреждений и заболевания определялись на основе анамнеза, жалоб, осмотра пациента, механизма травмы, соматического фона и возраста. У всех пациентов по локализации и тяжести повреждения чаще всего отмечались переломы крупных сегментов позвоночного столба.

Пациентам проводились следующие диагностические методы исследований:

1. R-графия;
2. Денситометрия;
3. КТ, МРТ;
4. Лабораторное исследование;
5. Ортопедическое исследование.

Учитывая состояние костной ткани и возрастные изменения, пациентам к выбору методов лечения проводился индивидуальный подход. Хирургическое лечение проведено 57 (60,1%) пациентам. Накостный остеосинтез пластиной LSP – 43 (45,6%), БИОС – 8 (8,2%), артропластика – 4 (4,2%), закрытая репозиция и остеосинтез аппаратом Илизарова – 2 (2,1%). Консервативное (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки и др.) – 40 (39,9%) пациентам.

Результаты исследования. Чаще всего у пациентов отмечались переломы области проксимального отдела плечевой кости, дистального отдела лучевой кости, области шейки бедренной кости, дистального отдела костей голени, а также позвоночника. Проведенный анализ результатов лечения в ближайшем и отдаленном периоде гласит о том, что проведенный ранний остеосинтез имеет положительную перспективу для восстановления кинематического баланса, ранних функциональных возможностей и вертикализации пациентов. Анализ результатов лечения переломов на фоне нарушения метаболизма в костной ткани, а также переломов травматического характера показал, что одной из причин возникновения осложнений у пациентов непосредственно связано с используемыми методами лечения и состояния костной ткани. Учитывая низко энергичность травмы и метаболические изменения костной структуры, пациентам в до и после операционном периоде рекомендовано было применение препаратов подавляющие резорбцию костной ткани и одновременно усиливающие ее формирование [4]. Из числа оперированных больных осложнения наблюдались в 8 (8,2 %) случаях, в том числе нагноение послеоперационных ран – у 3 (2,6 %), металлогранулема – у 4 (4,1%), неврит лучевого нерва – у 1 (1,5%). В зависимости от состояния костной ткани в послеоперационном периоде пожилым паци-

ентам применена дополнительная внешняя иммобилизация в виде гипсовых повязок и бандажей с целью профилактики повторных переломов. У тех пациентов которым проводилось консервативное лечение, наблюдались следующие виды осложнений: стойкие контрактуры суставов – 6 (30%), ложные суставы – 1(5%), неправильно сросшийся перелом – 3(15%), деформация конечностей – 2 (10%).

В настоящем исследовании проведен сбор статистического анализа клинического материала и инструментальных исследований, а также ретроспективный анализ результатов хирургического и консервативного лечения остеопоротических переломов по данным клиники травматологии и ортопедии ТГМУ и НМЦ «Шифобахш».

Выводы. В результате проведенного исследования достоверно доказано преимущество хирургического лечения переломов, возникающих при незначительной травме у пациентов с нарушением костного метаболизма, и также раннее восстановление структурно-кинematicких возможностей при применении различных методов остеосинтеза.

Стабильно - функциональный остеосинтез в настоящее время является методом выбора лечения при каскаде низкоэнергетических переломов и возникающих на фоне нарушения костного метаболизма для ранней вертикализации, социальной и психоэмоциональной реинтеграции пациентов.

Список использованной литературы

1. Камиллов Ф.Х., Минасов Б.Ш., Куоавский В.А., Зарудий Ф.А., Щепанский В.О. // Монография «Остеопороз, принципы диагностики, лечения и профилактики» Уфа-2005.
2. Минасов Т.Б., Минасов Б.Ш. Эффективность комбинированной терапии постменопаузального остеопороза с использованием препаратов двойного действия // Журнал «Травматология и ортопедия России». 2011. №4(62). С 92-94.
3. Рожинская Л.Я., Дзеранова Л.К., Марова Е.И. и др. Применение кальция и витамина D для профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе // Остеопороз и остеопатии, -2001. -№1-с.29.
3. Ермакова И.П. Биохимические маркеры обмена костной ткани и их клиническое использование // Лаборатория-2001. -№1. -с.3-5.
4. Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н. Остеопороз // Душанбе-2023.

Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Таджиева З.Г.

СИНДРОМ ГРЕНБЛАДА-СТРАНДБЕРГА (ПСЕВДОКСАНТОМА ЭЛАСТИЧЕСКАЯ)

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Международная глазная клиника «Солим-мед». Таджикистан.

Актуальность. Псевдоксантома эластическая (ПКЭ) – это редкое наследственное системное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которого лежит патологическая минерализация рыхлой соединительной ткани, с преимущественным поражением кожи, органа зрения и сердечно-сосудистой системы [1, 2]. Распространенность в популяции 1:25 000–100 000. Женщины болеют чаще мужчин (2:1). Заболевание характеризуется внутрисемейной и популяционной гетерогенностью [3]. Редко манифестирует в детском возрасте, чаще симптомы выявляются во второй или третьей декаде жизни [3,4]. В некоторых случаях болезнь не диагностируется до развития офтальмологических и сердечно-сосудистых осложнений, что влечет экономические и социальные проблемы. Кожные проявления данного заболевания впервые описал F. Balzer в 1884 году и назвал их «эластическая ксантома». J. Darier в 1896 году на основании гистологического анализа кожных изменений назвал данное заболевание «псевдоксантома эластическая». Шведский офтальмолог E. Groenblad и норвежский дерматолог J. Strandberg (1929) сообщили о случаях сочетания псевдоксантомы с ангиоидными полосами сетчатки. Впоследствии такое сочетание офтальмологи стали называть синдромом Гренблада-Страндберга [5]. Этиология ПКЭ до настоящего времени не известна. В основе патогенеза заболевания лежит мутация гена ABCC6 (расположенного на коротком плече хромосомы 16), кодирующего АТФ-зависимый белок-переносчик MRP6. Известно более 300 мутаций гена, включая миссенс- и нонсенс-мутации, интронные мутации, небольшие делеции и инсерции, которые были описаны у пациентов с ПКЭ [1,2].

Цель исследования. Изучить офтальмологические клинические проявления ПКЭ на клиническом случае.

Материал и методы исследования. Было проведено полное офтальмологическое и клиническое исследование пациентки с редким генетическим заболеванием: эластическая псевдоксантома (синдром Гренблада-Страндберга). Методы исследования включали визометрию, офтальмоскопию, рефрактометрию, оптикокогерентную томографию (ОКТ), А, В-сканирование глазного яблока. Больной была проведена консультация кардиолога для исключения рисков ишемии и поражения сосудов, консультация гастроэнтеролога для исключения желудочно-кишечного кровоизлияния и консультация дерматолога.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентка Ш., 40 лет, жалуется на снижение зрения левого глаза в течение недели. Из анамнеза отрицает сопутствующие заболевания.

При клиническом осмотре на коже шеи с двух сторон видны папулезные желтоватые поражения кожи в виде «куриная шея», эти изменения на коже у нее с детства. Папулы диаметром 2-3 мм, с четкими границами, округлых очертаний, уплощенной формы, телесного цвета, безболезненные (Рис.1 а,б).

Офтальмологическое обследование: авторефрактометрия OD (правый глаз) – 0,5\cyl+0,5; OS (левый глаз)+0,75\cyl+0,25; биомикроскопия: норма. Объективно: Visus: OD – 1.0, OS – 0.15 н/к. OU: Передний отрезок в норме. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно розового цвета, границы четкие, размер экскавации к диску составляет V-0.1, H-0.1, наблюдаются ангиоидные полосы (трещины мембраны Бруха) которые расходятся от зрительного нерва по средней периферии, а также на периферии пигментное изменение, в макулярной области: OD: незначительное пигментное изменение и незначительные маленькие друзы, отека и кровоизлияния нет, OS, наблюдается субретинальная и интратретинальная геморрагия (хороидальная неоваскуляризация). Данные ОКТ: OD – Небольшая миграция нейрорепителлия, незначительные друзы, отека и хороидальной неоваскуляризации нет. OS – субретинальное и

интратретиальное скопление жидкости, субретиальный гиперрефлективный материал (хороидальная неоваскуляризация)

Данные ОКТ: OD – небольшая миграция нейроэпителия, незначительные друзы, отёка и хороидальной неоваскуляризации нет. OS – субретиальное и интратретиальное скопление жидкости, субретиальный гиперрефлективный материал (хороидальная неоваскуляризация), (рис.2). Больная направлена на проведение Anti VEGF терапии левого глаза.



Рисунок 1а,б. Пациентка Т. 40.лет. Кожа шеи в виде «Куриная шея».

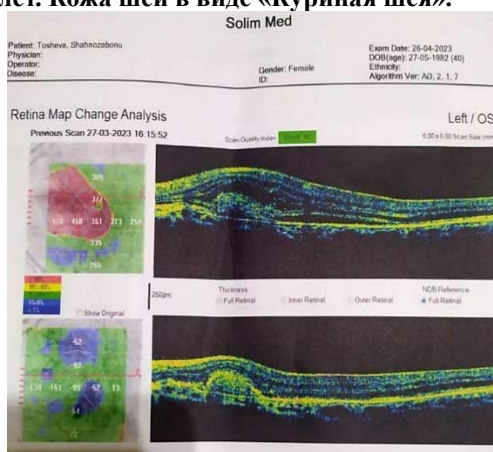


Рисунок 2. ОКТ левого глаза пациентки Т. 40 лет.

Больная проходила обследование у кардиолога и терапевта, и сдала анализы на липидный обмен. Данные в момент обследования нормальные.

Выводы. Псевдоксантома эластическая – редкое наследственное системное заболевание с вовлечением соединительной ткани, преимущественным поражением кожи, глаз и сердечно-сосудистой системы. Глазные проявления характеризуются специфическими поражениями сетчатки и хориоидеи. Ранняя диагностика зависит от дерматолога и необходимо обследование со стороны смежных специалистов - терапевта, офтальмолога и кардиолога.

Литература.

1. Marconi B. Pseudoxanthoma elasticum and skin: Clinical manifestations, histopathology, pathomechanism, perspectives of treatment / B. Marconi [et al.] // Intractable Rare Dis. Res. – 2015. – № 4 (3). – P. 113-122.
2. Uitto J., Li Q., Jiang Q. Pseudoxanthoma elasticum: molecular genetics and putative pathomechanisms // J. of Invest. Dermatol. – 2010. – № 130 (3). – P. 661-670.
3. Li Q., Kingman J., Sundberg J.P., Levine M.A., Uitto J. Etidronate prevents, but does not reverse, ectopic mineralization in a mouse model of pseudoxanthoma elasticum (Abcc6-/-) // Oncotarget. 2016.
4. Uitto J. Molecular genetics of heritable skin diseases: pseudoxanthoma elasticum as a paradigm of China-US collaboration / J. Uitto, G. Wang // J. of invest. Dermatol. – 2015. – №17. (1). – P. 20-21.
5. Тимохов В.Л. Синдром Гренблада – Страндберга / В.Л. Тимохов, А.В. Русановская // Офтальмологические ведомости. – 2014. – № 7(4). – С. 69-72.

Каримов М.Б., Мехди Гачарния, Махмадзода Ш.К., Зиёзода М.Р.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ БОСТОНСКОГО КЕРАТОПРОТЕЗА БОЛЬНЫМ С ОЖГОВЫМИ БЕЛЬМАМИ РОГОВИЦЫ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Глазные отделения ГУ НМЦ РТ, «Шифобахш». Таджикистан.

Актуальность. Заболевания и повреждения роговицы составляют около 25% от всей глазной патологии и занимают четвертое место в структуре причин прогрессирующего снижения зрения и слепоты в мире [1,2]. Удельный

вес таких пациентов среди слепых и слабовидящих людей колеблется в пределах от 10 до 50% [3]. Основным методом зрительной реабилитации пациентов с роговичной слепотой и слабовидением является операция пересадки роговицы – оптическая кератопластика, выполняющаяся обычно в вариантах сквозной, послойной или эндотелиальной [4,5,6,7,]. При сосудистых бельмах роговицы с тотальной лимбальной недостаточностью, если лимбальная трансплантация невозможна (по причине отсутствия источника аллогенных стволовых клеток лимба или не поддающегося коррекции тяжелого нарушения увлажнения глазной поверхности), а также после неоднократных безуспешных лимбальных аллотрансплантаций) оптической операцией выбора остается использование синтетических и биосинтетических материалов (эксплантация роговицы) – кератопротезирование. В настоящее время единственно возможным методом восстановления зрительных функций у пациентов с ожоговыми и дистрофическими бельмами 4-5 категории (по классификации Н.А. Пучковской и В.М. Непомящей, 1973) является аллопластика роговой оболочки (кератопротезирование) [1-3].

Цель исследования. Анализ результатов имплантации Бостонского кератопротеза 1 типа (БК) у пациентов с ожоговыми бельмами 3-5 категорий.

Материал и методы исследования. Имплантация БК проведена 5 пациентам (5 глаз) в возрасте от 41 года до 55 лет, которые все были лицами мужского пола. У всех больных отмечались выраженная поверхностная и глубокая васкуляризации роговицы, в связи с чем проведение оптической кератопластики было нецелесообразным. Методы исследования включали визометрию, тонометрию, биомикроскопию, ОКТ, ультразвуковое А/В - сканирование, а также бактериологические и серологические исследования. Обследование проводили до операции, в различные сроки послеоперационного периода, а также в случае необходимости – при развитии осложнений. Срок наблюдения варьировал от 1 до 3 лет.

Имплантацию БК выполняли в сроки от 1 до 3 лет после ожога. На всех оперируемых глазах ранее неоднократно были выполнены оперативные вмешательства: укрепление бельма, кератопластика, ЭЭК, блефарорафия. Острота зрения (ОЗ) до операции у всех пациентов была снижена до 0,05-1/∞ gr. certa. Внутриглазное давление (ВГД) составило 15,6±2,9 мм рт.ст. Длина передне-задней оси глаза составила от 22,20 до 26,19 мм. Ультразвуковое В-сканирование в 3 случаях выявило деструкцию стекловидного тела.

Во всех случаях для аллопластики роговой оболочки был использован Бостонский кератопротез 1 типа (производства Massachusetts Eye & Ear Infirmary, Boston, США): пациентам применена задняя пластина диаметром 8,0 мм, толщиной 0,8 мм, с центральным отверстием для оптической части и 16 периферическими отверстиями (диаметром 1,2 мм), располагающимися в 2 ряда (по 8 отверстий в каждом ряду). Диск донорской роговицы выбирали диаметром 9,0 мм. В его центре трепаном диаметром 3,0 мм выкраивали отверстие, в которое вводили оптический цилиндр, на заднюю поверхность роговицы накладывали опорную пластину, в центральное отверстие которой входил оптический цилиндр, который затем фиксировали титановым разомкнутым запорным кольцом.

После чего проводили трепанацию ложа роговицы реципиента трепаном 9,0 мм. Выполняли синехиотомию, а у 1 пациента – экстракцию катаракты по типу «открытое небо» с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). Роговично-протезный комплекс помещали в подготовленное ложе реципиента и фиксировали 14 - 16 узловыми швами (нейлон 10/0), с чем проведение оптической кератопластики было нецелесообразным.

Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную, противовоспалительную (кортикостероиды) и слезозамещающую терапию. Повышение ОЗ после операции отмечали в 5 случаях. К 7 дню послеоперационного периода у 1 пациента ОЗ с коррекцией повысилась – до 0,6; у 2-х пациентов – до 0,4; еще у 2-х пациентов – до 0,1. В течение дальнейшего наблюдения за пациентами состояние имплантированного кератопротеза контролировали при помощи биомикроскопии и ОКТ.

Послеоперационные осложнения в сроки до 1 месяца отмечены у одного пациента (20%), наблюдали вторичную глаукому, которая была компенсирована консервативно. В период от 1 до 6 мес. основные осложнения были следующие: - у 2 пациентов (40%) было развитие стромального некроза. Пациентам была проведена антибактериальная, противогрибковая терапия и послойная кератопластика консервированной роговицей. Удалось добиться полной эпителизации донорской роговицы без ее фистулизации; - у 2-х больных (40%) были отмечены признаки вторичной глаукомы, которые были компенсированы гипотензивной терапией. У 1 пациента (20%) через 10 мес. после операции развилась вторичная катаракта со снижением зрения с 0,4 до 0,1. Произведена YAG-лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика с восстановлением остроты зрения до 0,3. В сроки от 1 года до 3 лет послеоперационного периода осложнений не было отмечено. По полученным нами в данном исследовании результатам можно заключить, что основным осложнением кератопротезирования при ожоговых бельмах является стромальный некроз и вторичная глаукома. Они выявлены нами в 40% глазах с ожоговыми бельмами.

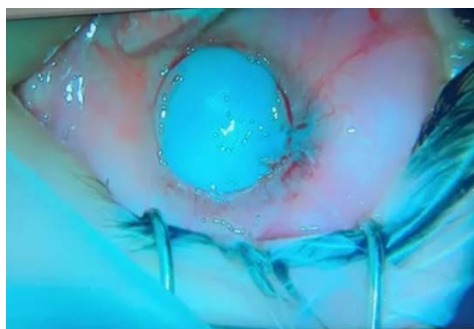


Рис. 1. Глаз пациента С. 30 лет. До операции.



Рис. 2. Глаз пациента С. 30 лет. Первые часы после



Рис. 5. Глаз пациента М., 46 лет, после 1 месяца после имплантации БК.

операции.

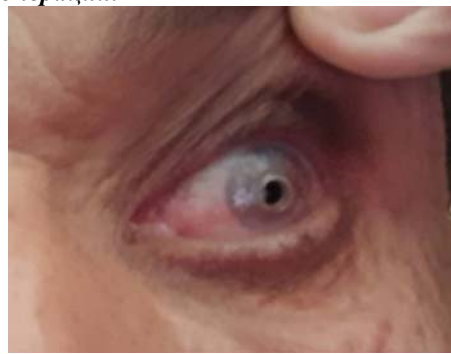


Рис. 5. Глаз пациента О., 51 год. 3 года имплантации БК

Выводы. На основании анализа результатов имплантации БК у пациентов с бельмами 3-4 категории, во всех случаях в среднесрочном и отдаленном периодах получили повышение ОЗ в пределах от 0,1 до 0,6. Основными осложнениями кератопротезирования при ожоговых бельмах является стромальный некроз и вторичная глаукома. Несмотря на наличие вышеуказанных осложнений Boston KPro позволяет вернуть зрение пациентам с обратимой роговичной слепотой, при которой этот метод является единственным методом зрительной реабилитации больных с осложненными бельмами роговицы 3-4 категорий различного генеза на длительный срок.

Литература.

1. Global initiative for the elimination of avoidable blindness, World Health Organization, Geneva. – 1997. – P. 48.
2. Pascolini, D. Global estimates of visual impairment: 2010 / D. Pascolini, S.P. Mariotti // Br. J. Ophthalmol. –2012. – Vol. 96. – № 5. – P. 614-618.
3. Либман, Е.С. Слепота и инвалидность по зрению у населения России / Е.С. Либман // VIII съезд офтальмологов России. Тез. докл. – Москва, 2005. – С. 78-79.
4. Forrester, J.V. Corneal Transplantation: An Immunological Guide to the Clinical Problem / J.V. Forrester, L. Kuffova // Imperial College Press, London. – 2004. – P. 194.
5. Reinhard, T. Corneal Disease: Recent Developments in Diagnosis and Therapy / T. Reinhard, F. Larkin // Springer-Verlag-Berlin, Heidelberg. – 2013. – P. 121.
6. Ожоги глаз: руководство для врачей / В.В. Нероев, Р.А. Гундорова, П.В. Макаров и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2013. – 224 с.
7. Dohlman, C.H. Introduction to the use of the Boston Keratoprosthesis. / C.H. Dohlman [et al.] // Expert Rev. Ophthalmol. – 2006. – № 1. – С. 41-48.

Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Хайдаров З.Б.
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА
 Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Посттравматический эндофтальмит (ПТЭ) является одним из грозных осложнений повреждения глазного яблока, который зачастую приводит к слепоте и слабовидению, а в некоторых случаях и потере глаза [1].

Частота ПТЭ в результате открытых травм глаза (ОТГ) во всех возрастных группах колеблется, по данным литературы, от 1,4% до 45,8% [2]. Существуют разные подходы к тактике лечения эндофтальмита: некоторые авторы считают необходимым при появлении острого посттравматического эндофтальмита проведение немедленной витрэктомии, полагая, что данный шаг позволяет полностью устранить очаг инфекции - стекловидное тело [3,4]. Однако данный подход требует наличия витреоретинального хирурга, доступной операционной для проведения витрэктомии, что зачастую трудновыполнимо. Кроме того, проведение витрэктомии затруднительно при наличии отека роговицы, воспалительных явлениях в переднем отрезке, которые зачастую сопровождают эндофтальмит. Другой консервативный подход включает в себя интравитреальное введение антибиотиков [5,6].

Цель исследования. Оценить эффективность интравитреального введения антибиотиков при остром эндофтальмите, развившемся после открытых травм глаза.

Материал и методы исследования. Были проанализированы истории болезни больных, пролеченных по поводу посттравматического эндофтальмита в 1 глазном отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2017 по декабрь 2022 гг. Все больные были мужского пола в возрасте от 28 до 52 лет (в среднем 32±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). Пациенты с возникновением эндофтальмита после катаракты и гипотензивной операции были исключены из исследования.

Все пациенты прошли полное офтальмологическое обследование, включающее определение остроты зрения, биомикроскопию, тонометрию, офтальмоскопию, ультразвуковое исследование, рентгенографию орбиты с рентген локализацией инородного тела по методу Комберга - Балтина. Дополнительные данные, такие как возраст пациента, пол, время возникновения эндофтальмита после операции, методы лечения учитывались.

При диагностировании эндофтальмита интравитреально вводились антибиотики Ванкомицин 1 мг/мл и Цефтазидим 2,25 мг согласно стандартной методике: после обезболивания в виде инстилляций пропаракана конъюнктивальная полость санировалась промыванием раствором бетадина 1%. Затем в 3,0-3,5 мм от лимба в области цилиарного

тела трансконъюнктивально вводился антибиотик в инсулиновом шприце в стекловидное тело. Каждый антибиотик вводился индивидуальной иглой.

Результат оценивался по развитию клинической картины, и при наличии отрицательной динамики через 12-24 часа 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 короткой схеме per os.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных имело место развитие эндофтальмита как осложнение проникающих ранений глазного яблока. 20 (90,9%) больных составили мужчины и только 2 (9,1%) женщины. У 18 (81,8%) из них причиной развития эндофтальмита стали проникающие ранения с наличием инородных тел в глазу, у 4-х (18,2%) вследствие проникающего ранения без инородного тела.

У 6 (27,3%) больных 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 пациентов, у 6 – 0,005-0,01, у 2-х - неправильная проекция света.

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. Интравитреальное введение антибиотика цефтазида и ванкомицина в сочетании преднизолоном per os при посттравматических эндофтальмитах является достаточно эффективным методом, который позволяет сохранить глазное яблоко и дает возможность в последующем реабилитировать зрительные функции.

Литература.

1. Гундорова Р.А. Нероев В.В. Кашникова В.В. Травмы глаза. Москва, РФ: ГЭО-ТАР-Медиа; 2014. 560 с.
2. Карим-Заде Х.Д. Посттравматический эндофтальмит у детей в Таджикистане. / Х.Д. Карим-Заде // Ж. Вестник Авиценны. – 2021. – № 23(2). – С. 184-200.
3. Халатян С. Современные возможности диагностики и лечения эндофтальмитов. Вестник офтальмологии. – 2020. – № 136(4). – С. 258-64.
4. Dehghani A.R., Rezaei L, Salam H, Mohammadi Z, Mahboubi M. Posttraumatic endophthalmitis: incidence and risk factors. / A.R. Dehghani [et al.] // Glob J Health Sci. – 2014. – № 30(6). – P. 68-72.
5. Neß, T. Endophthalmitis [Endophthalmitis] / T. Neß // Ophthalmologie. – 2018. – Vol. 115, № 8. – P. 697-706.
6. Endophthalmitis caused by Gram-positive organisms with reduced vancomycin susceptibility: literature review and options for treatment / N. Relhan [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2016. – Vol. 100, № 4. – P. 446-452.

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

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

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

Актуальность.

Экстрагениальная патология (ЭГП) беременных – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов и состояний, объединённых лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями или классическими акушерскими осложнениями беременности. Согласно исследованиям современных ученых, большое влияние на течение гестационного процесса оказывает экстрагениальная патология матери [2]. Высокий удельный вес экстрагениальных заболеваний (ЭГЗ) способствует росту акушерских осложнений при беременности и в послеродовом периоде [3]. В настоящее время число женщин, страдающих хроническими соматическими заболеваниями неуклонно растёт [1]. По данным различных авторов, среди ЭГП ведущее место занимают хронические неспецифические заболевания почек, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания эндокринной системы и т.д. [4]. В целом, все эти заболевания могут протекать у женщины до беременности в хронической бессимптомной форме. Однако, фоновая соматическая патология у беременных может стать причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Женщины среднего и позднего репродуктивного возраста чаще имеют отклонения в состоянии здоровья, поскольку с возрастом отмечается снижение индекса здоровья в целом. Таким образом, изучение экстрагениальной патологии у беременных остаётся актуальной темой, так как может способствовать улучшению акушерских и перинатальных исходов.

Цель исследования. Установить влияние экстрагениальной патологии на течение беременности и родов у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек.

Материал и методы исследования.

В исследование были включены 770 беременных женщин с ЭГЗ, родоразрешённых на базе родильного дома №1 города Душанбе. Всем женщинам была разработана аналитическая карта, которая включала следующие параметры: возраст, паритет, соматический анамнез и сопутствующие заболевания, репродуктивный анамнез, течение и исход настоящей беременности.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин варьировал от 17 до 42 лет и в среднем составил 25,9±5,6 года. Беременные были, преимущественно, из числа женщин активного репродуктивного возраста – 20 – 34 лет. Возрастной состав обследованных групп приведен в таблице 1, который колебался в пределах 17 – 42 лет.

Таблица 1

Возрастной состав обследованных групп (лет)

Возрастной состав	n=770	%
До 20 лет	66	8,6
20-34	612	79,5
35 и более	92	11,9
Средний возраст	25,9±5,6	

Как видно из таблицы, средний возраст обследованных женщин составил 25,9 лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста (до 20 лет) составили 8,6%, активного репродуктивного возраста, (20-34 лет) – 79,5%, а позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) – 11,9%.

Возраст наступления менархе соответствовал 14,2±1,54 годам.

При анализе гинекологической патологии, наиболее часто встречались эрозия шейки матки у 10,7% и кольпит у 8,2% женщин.

При изучении паритета родов выявлено первородящих 54,2%, повторнородящих с паритетом 2-3 – 31,6% и многорожавших с 4 и более родами – 14,2% (таблица 2).

Таблица 2

Распределение обследованных женщин по паритету родов

Паритет	Число n=770	%
I	418	54,2
II-III	243	31,6
IV и >	109	14,2

При анализе экстрагенитальной патологии с наибольшей частотой встречались: диффузное увеличение щитовидной железы – 29,2%, заболевания почек – 25,7%, анемии легкой степени тяжести – 18,6%, варикозная болезнь вен нижних конечностей – 6,8%, заболевания органов пищеварения – 4,7% (таблица 3).

Таблица 3

Структура экстрагенитальной патологии

Структура заболеваний	n=770	%
Диффузное увеличение щитовидной железы	225	29,2
Заболевания почек	198	25,7
Анемия легкой степени тяжести	143	18,6
Варикозное заболевание вен нижних конечностей	52	6,8
Заболевания органов пищеварения	40	5,2

Изучение течения гестационного периода у беременных женщин показало, что особенностью течения беременности у этого контингента женщин является ранний токсикоз и угроза невынашивания.

Срок беременности, в котором наступили роды составил 39±2,3 недели, в 57 (7,4%) случаях произошли преждевременные роды.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 90,4% женщин, остальные 9,6% – путем операции кесарева сечения.

Операция вакуум-экстракции плода была проведена 8 (1,04%) родильницам, основным показанием к ней явился дистресс плода. Частота травм родовых путей составила 22,3%, в структуре которых преобладали разрывы промежности I степени (9,9%) и разрывы слизистой задней стенки влагалища (9,7%).

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что беременность на фоне экстрагенитальной патологии имеет осложненное течение и представлена угрозой прерывания в I и II триместрах, а в III триместре – угрожающими преждевременными родами. Также у этого контингента пациенток отмечен высокий процент абдоминальных родоразрешений.

Список литературы:

1. Лечение беременных женщин с экстрагенитальной патологией и пути повышения эффективности / З.Ж. Енсеенова, З.А.М. Жукембаева, А. Б.Айсаутов, Г. Е.Жуматаева [и др.] // Вестник КазНМУ – 2017. – №3. – С. 3-4.
2. Особенности течения родов у женщин с урогенитальной инфекцией на фоне экстрагенитальной патологии / А.А. Бообекова, Э.К. Жантайбекова, Ч.А. Орозова, Ч.К. Калканбаева // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 2. – С. 30-34
3. Репина М.А. Экстрагенитальные заболевания в структуре материнской смертности Санкт-Петербурга // Журнал акушерства и женских болезней. - 2015. - Т. 64. - №2. - С. 92-96.
4. First-trimester placental growth factor for the prediction of preeclampsia in nulliparous women: the great obstetrical syndromes cohort study / A. Boutin, S. Demers, C. Gasse, Y. Giguère, // Fetal Diagnosis and Therapy. – 2019. – № 45 (2). – P. 69-75.

Актуальность. Показано, что кроме повышенной восприимчивости беременных к вирусу гриппа у них чаще встречаются тяжелые и осложненные формы инфекции. Представлены данные о связи заболевания беременных женщин гриппом с аномалиями развития новорожденных. Акушерская тактика определяется индивидуально для каждой беременной в зависимости от периода родовой деятельности.

Цель исследования - является изучение особенностей клинического течения и исходов гриппа на фоне беременности.

Методы и материал. Основным методом профилактики гриппа является вакцинация, которая разрешена со II триместра беременности. Результаты исследований эффективности введения гриппозных вакцин беременным женщинам неоднозначны - от очень высокой эффективности до ее отсутствия. Полагают, что оценить эффективность довольно трудно из-за небольшого количества вакцинируемых беременных женщин, не превышающего 10%. Если учесть данные о том, что образование антител при вакцинации беременных и небеременных женщин не различается, можно считать, что вакцинация против гриппа может существенно снизить заболеваемость гриппом и частоту пост-гриппозных осложнений [4]. При правильной организации вакцинации беременных против гриппа можно добиться существенного снижения заболеваемости, госпитализации и смертности не только беременных женщин, но также и новорожденных детей, поскольку титры антител в крови матери и в крови пуповины после иммунизации были равны. Установлено, что более высокие уровни антител к вирусу гриппа обнаруживаются в образцах пуповинной крови младенцев, рожденных матерями, которые были привиты в течение беременности, по сравнению с новорожденными, матери которых не были привиты [1].

Известно, что женщины в последние месяцы беременности и перед родами менее устойчивы к любым, особенно вирусным, инфекциям, а потому более склонны к заболеванию гриппом. В ряде исследований было показано, что во время ежегодных эпидемических вспышек заболеваемость беременных весьма высока. Кроме того повышенной восприимчивости беременных к вирусу гриппа, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы инфекции. Под влиянием гриппозной инфекции резко снижается сопротивляемость организма беременной, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем, что способствует активации латентных заболеваний. Общая иммуносупрессия при беременности связана с продуктами и метаболизмом некоторых гормонов: хорионического гонадотропина, прогестерона, альфа-фетопропротеина и другими факторами [4]. Еще одна причина тяжелого течения гриппа при беременности связана с высокой потребностью в кислороде организма матери и плода. Поглощение кислорода прогрессивно усиливается во II и III триместрах беременности. Растущий плод оказывает давление на диафрагму, что делает дыхательные движения затрудненными, особенно при физической нагрузке и движении. Поэтому любое снижение функции легких сильно отражается на общем состоянии беременных женщин. Более того, при беременности из-за высокой потребности в кислороде повышена чувствительность к гипоксии. В случае развития гипоксии наблюдается высокий уровень продукции деструктивных активных форм кислорода. Свободные радикалы кислорода понижают способность легких и плаценты к транспорту кислорода, а при развитии гриппа вызывают генерализованную провоспалительную реакцию. Активные формы кислорода являются индукторами транскрипционных факторов, регулирующих активность генов, кодирующих продукцию провоспалительных цитокинов. На этом фоне возможно развитие нарушений микроциркуляции и свертывания крови, что приводит к таким грозным осложнениям, как тромбоз легочной артерии. Инфекционно-токсические факторы гриппозной инфекции способствуют возникновению гиповитаминозов и гиперацидоза, что в совокупности с другими нарушениями приводит к различным осложнениям, вплоть до прерывания беременности и гибели плода [2].

Один из наиболее хорошо изученных неблагоприятных эффектов гриппа - это гипертермия. Исследования показали, что гипертермия у беременных в течение I триместра удваивает риск возникновения дефектов медуллярной трубки и может быть связана с другими врожденными дефектами и неблагоприятными исходами у плода. Имеющиеся данные позволяют предположить, что риск возникновения врожденных дефектов, связанных с температурой, может быть снижен путем применения жаропонижающих препаратов и/или мультивитаминов, содержащих фолиевую кислоту. Показано, что высокая температура у матери во время родов является фактором риска в плане неблагоприятных неонатальных последствий для развития ребенка, включая судороги, энцефалопатию, церебральный паралич и смерть новорожденного [1]. Высокую температуру у беременных женщин необходимо снижать из-за угрозы развития осложнений для плода. Ацетоминофен (парацетамол) представляется лучшим препаратом выбора для лечения гипертермии во время беременности.

Результаты. Отмечено, что при доношенной беременности у заболевших гриппом чаще наблюдались осложнения при родах, чем у беременных, не болевших гриппом [5]. Таким образом, наиболее частое осложнение во время беременности - синдром потери плода (самопроизвольные аборт, внутриутробная гибель плода, преждевременные роды). Имеются сообщения о связи заболевания беременных женщин гриппом во II и III триместрах с дефектами головного или спинного мозга, расщеплением губы или неба или с аномалиями сердечнососудистой системы новорожденных [2]. Авторы полагают, что эти врожденные уродства не связаны непосредственно с действием на плод вируса, скорее обусловлены повышением температуры тела при гриппозной инфекции, поскольку при применении лекарств, понижающих температуру, частота врожденных уродств у новорожденных снижалась. Другие авторы показали, что заболевание беременных женщин гриппом существенно повышало риск рождения детей с врожденными уродствами головного и спинного мозга, а также установили связь между гриппом у беременных женщин и частотой опухолей мозга или нейробластом у детей [3]. У младенцев от матерей с гриппозными пневмониями чаще развивались внутриутробная пневмония, церебральная ишемия, внутри желудочковые кровоизлияния, судорожный и вегетовисцеральный

синдромы, транзиторная дисфункция миокарда [5]. У некоторого числа новорожденных, родившихся от женщин, больных гриппом, и инфицированных трансплацентарно, антител к вирусу гриппа не обнаружено, и увеличение титра не наблюдалось, т. е. обнаружено отсутствие иммунологического ответа, что свидетельствует об иммунологической толерантности. Это связывается с уничтожением у плода лимфоидных клеток к данному антигену [3]. Вследствие этого ребенок приобретает способность и после рождения не отвечать образованием антител на новую встречу с данным антигеном. Эпидемиологические наблюдения позволили установить возможную связь гриппа у женщин во II триместре беременности с заболеванием детей через ряд лет после рождения шизофренией, аутизмом и лейкоемией [4].

Акушерская тактика определяется индивидуально для каждой беременной консилиумом врачей. Грипп, перенесенный в ранние сроки беременности, не является медицинским показанием к прерыванию беременности, но женщины должны быть предупреждены о возможности высокого риска перинатальных осложнений. Тяжелое течение гриппа в I триместре нередко приводит к спонтанным абортam и несостоявшимся выкидышам. Акушерская тактика во II и III триместрах требует тщательного наблюдения ряда специалистов: инфекциониста, акушера-гинеколога, реаниматолога. По данным акушеров, прерывание беременности во II триместре и родоразрешение в разгар гриппа сопровождаются высокой частотой осложнений как со стороны матери, так и плода [5].

Вывод. В настоящее время накопились убедительные данные о том, что грипп у беременных может отрицательно влиять не только на здоровье самой женщины, но также на плод и даже новорожденного. Было показано, что грипп при беременности, особенно с осложнениями, может приводить к выкидышу и смерти плода, рождению нежизнеспособного ребенка с последующим летальным исходом.

Таким образом, грипп у беременных является серьезной междисциплинарной проблемой, требующей взаимодействия врачей различных специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокрыницкая Т.Е., Шаповалов К.Г., Ларева Н.В. и др. Интенсивная терапия тяжелых осложненных форм гриппа А(H1N1) и сезонного гриппа беременных. Здоровье: журнал для руководителя и главного бухгалтера. 2010; 1: 9-11.
2. Убоженко И.В., Симакова А.И., Боровская Н.А. и др. Анализ вспышки высоко патогенного гриппа в г. Владивостоке в 2009 г. В кн.: Материалы II ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. М.; 2010: 331 с.
3. Киселев О.И., Покровский В.И. Грипп при беременности: сочетание функциональной и инфекционной иммуносупрессии. СПб.; 2012: 24-6; 10-1.
4. Климов В.А. Инфекционные болезни и беременность. М.; 2009: 262-5.
5. Кузьмин В.Н. Проблема вируса гриппа А(H1N1) и особенности заболевания у женщин во время беременности. Лечащий врач. 2010; 1: 66-8.

Каримова У.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

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

Актуальность. Среди проблем, возникающих во время беременности и родов, преэклампсия и дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) в современном акушерстве занимают одно из ведущих мест [1]. Преэклампсия – является осложнением второй половины беременности, проявляющаяся артериальной гипертензией и протеинурией. Частота преэклампсии в мире колеблется в диапазоне от 2 до 8%, а в Республике Таджикистан – от 4 до 6% [2,3]. Дородовый разрыв плодных оболочек – осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плода и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности. Согласно имеющимся данным, ДРПО осложняет 9-12% всех родов и варьирует в широких пределах от 2,7 до 17% в доношенном сроке беременности и до 49-58% при преждевременных родах [4,5]. По данным отечественных авторов, частота ДРПО в Таджикистане составляет около 16% [6]. В отечественной литературе имеются многочисленные работы при преэклампсии и ДРПО по отдельности, однако, незначительны исследования при сочетании ДРПО с тяжелой преэклампсией. Таким образом, изучение данных вопросов, является чрезвычайно актуальным.

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек в сочетании с тяжелой преэклампсией (ТПЭ).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 984 беременных женщин и рождений с дородовым разрывом плодных оболочек и тяжелой преэклампсией, госпитализированные в городской родильный дом №1 г. Душанбе за период 2019-2022 гг.

Основную группу составили 94 женщины, беременность которых осложнилась тяжелой преэклампсией в сочетании с ДРПО. Группу сравнения составили 70 беременных с тяжелой преэклампсией (подгруппа А) и 770 женщин с ДРПО (подгруппа Б), а также 50 практически здоровых беременных в качестве группы контроля.

Для анализа разработана специальная анкета, где учитывался возраст женщины, паритет, соматический анамнез, акушерский анамнез, течение данной беременности и исходы родов. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил в основной группе 28,6±6,7, в подгруппе А-26,5±6,3, в подгруппе Б-25,9±5,6, и в группе контроля 24,2±4,5. Юных беременных оказалось выше в группе сравнения - 10%, в то время, как в основной группе их оказалось на 3,6% меньше. Беременные в позднем репродуктивном возрасте в основной группе - (21,2%) в 2,1 раза превышали данную возрастную группу сравнения (10,2%).

Анализ паритета обследованных женщин показал, что около половины беременных основной группы и группы

сравнения относились к первородящим.

В основной группе и группе сравнения первородящих оказалось в 2,6 - 2,7 раз больше, чем в группе контроля.

В основной группе и группе сравнения А первородящих оказалось в 2,7 раз больше, а в подгруппе Б группы сравнения в 2,5 раза больше, чем в группе контроля (таблица 1).

Таблица 1. Распределение обследованного контингента по паритету

Паритет	Группы n =984							
			Группа сравнения					
			Подгруппа А, n=70		Подгруппа Б,n=770			
	п	%	п	%	N	%	п	%
I	51	54,3	35	50,0	418	54,3	10	20
II-III	24	25,5	17	24,3	243	31,6	34	68
IV и >	19	20,2	18	25,7	109	14,2	6	12

В основной группе и группе сравнения первородящих оказалось в 2,6 - 2,7 раз больше, чем в группе контроля.

В основной группе и группе сравнения А первородящих оказалось в 2,7 раз больше, а в подгруппе Б группы сравнения в 2,5 раза больше, чем в группе контроля.

Во время беременности пациентки основной группы чаще переболели острыми респираторными вирусными инфекциями, чем женщины в группе сравнения. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности у женщин с ДРПО (подгруппа Б) и у женщин основной группы, чем у пациенток подгруппы А.

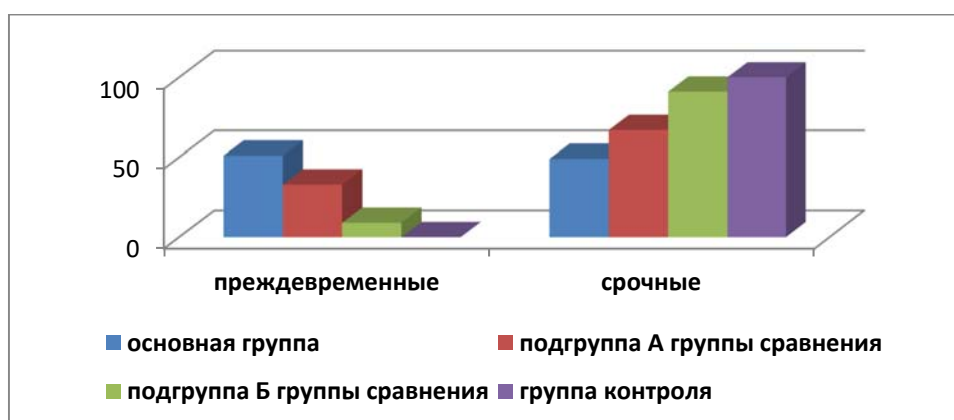
Среди использованных методов родовозбуждения, самая низкая эффективность оказалась при использовании раствором окситоцина, что потребовало изменения протокола и присоединения простагландинов.

Родостимуляция в основной группе проводилась на 1,1% чаще, чем в подгруппе А и 0,8% реже, чем в подгруппе Б.

Общая продолжительность родов оказалась самой длительной в основной группе, однако она не отличалась от группы контроля.

Продолжительность безводного периода оказалась выше в подгруппе Б из группы сравнения и основной группе.

Общее число преждевременных родов при наличии преэклампсии оказалось в 4,9 раз больше, чем только при ДРПО. При наличии преэклампсии каждые третьи роды произошли преждевременно при сроке гестации 36 недель и менее и на 3% оказались больше, чем в подгруппе А группы сравнения. В основной группе в совокупности удельный вес преждевременных родов составил 43,9%.



Общая продолжительность родов оказалась самой длительной в основной группе, однако она не отличалась от группы контроля.

Продолжительность безводного периода оказалась выше в подгруппе Б группы сравнения и основной группе.

Общее число родов у обследованных произошло в 984 случаях, из них вагинальным путём у 872(88,6%) обследованных, абдоминальным – у 112 (11,4%).

Сравнительный анализ среди обследованных групп показал, что в группе контроля все роды прошли вагинальным путем.

В основной группе удельный вес вагинальных родов оказался самым низким и составил 72,3%, в 1,1 и 1,3 раза ниже, чем в подгруппах А и Б группы сравнения соответственно.

Среди 164-х беременных 28 пациенток, госпитализированных с преэклампсией, были подвергнуты абдоминальному родоразрешению, что составило 23,2 % случаев.

При сочетании преэклампсии и ДРПО (основная группа) путем кесарева сечения (КС) была родоразрешена каждая третья женщина, в то время, как при отсутствии ДРПО данная операция проводилась в 1,6 раза реже, а при отсутствии преэклампсии - в 2,9 раза меньше.

Больше всех подвергнуты абдоминальному родоразрешению пациентки в основной группе, удельный вес КС в данной подгруппе превышал подгруппу А из группы сравнения в 1,6 раза, а подгруппу Б группы сравнения в 2,9 раза.

Выводы. Таким образом, у женщин с ДРПО в сочетании с ТПЭ беременность протекает на фоне угрозы пре-

рывания беременности. У женщин данного контингента отмечается высокая частота преждевременных родов и абдоминального родоразрешения.

Список литературы.

1. Камилова М.Я., Рахматуллоева ДМ, Давлятова ГК, и др. / Ранние и поздние преэклампсии: течение беременности, родов и перинатальные исходы. // Ж. Вестник Авиценны, 2016;4(69):34-38.
2. Радзинский В.Е., Фукс А.М. / Акушерство – М. // ГЭОТАР-Медиа, 2016, 608 с.
3. Симанов И.В. / Особенности течения родов при преэклампсии различной степени тяжести на современном этапе // Научные результаты биомедицинских исследований, 2020;6(2):289-297
4. Boutin A, Demers S, Gasse C, Giguère Y, Tétu A, Laforest G, Bujold E. (2019). / First-trimester placental growth factor for the prediction of preeclampsia in nulliparous women: the great obstetrical syndromes cohort study. // Fetal Diagnosis and Therapy. 45(2): 69-75
5. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaitong P, Bosco M, Suksai M, Gotsch F./ Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome // American journal of obstetrics and gynecology, 2022,226(2): S786-S803.
6. Wenas A.F., Al-Massawi H.Y./ Association between gestational hypertension and preeclampsia with spontaneous prelabor rupture of membrane // Med. J. Babylon 2022; 19(2); P. 281-287

¹2Кодиров А.Р., 2Сафарзода А.М., 3Кодиров З.А.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТАМПУТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹ГУ «Городской медицинский центр № 1 им. Карима Ахмедова» Управления здравоохранения г. Душанбе

²Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

³Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Несмотря на прогресс медицины и значительные успехи в лечении различных осложнений сахарного диабета (СД), проблема лечения больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей до настоящего времени остаётся нерешенной [1, 5]. В структуре причин всех нетравматических ампутаций нижних конечностей диабетический её генез составляет 50-70% случаев [3, 4], а значительная часть пациентов лечатся в общехирургические стационары, врачи которых не имеют достаточного опыта ведения подобных больных [1, 2]. Этим обусловлено отсутствие патогенетического подхода при выборе, как консервативного, так и хирургического вмешательства.

Несмотря на достигнутые некоторые успехи в профилактике гнойно-некротических осложнений после ампутации у больных СД, далеко не всегда достигается первичное заживление ран [3]. При этом подобные осложнения со стороны ампутационной культы развиваются в 5-40% случаев [2]. Более того, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, высоковирулентной инфекции, а также вышеуказанные осложнения обуславливают высокий процент летальности больных, достигающей 25-50% [1-5]. В связи с этим, совершенствование хирургической тактики, разработка новых тактических подходов и более эффективных методов профилактики послеоперационных осложнений считаются актуальными.

Цель исследования – улучшение результатов ампутаций нижних конечностей у больных с диабетической гангреной.

Материал и методы. Работа основана на опыте хирургического лечения 198 больных (основная группа), которым выполнены ампутация нижних конечностей по поводу диабетической гангрены по предложенному нами алгоритму. Контрольную группу составили 146 пациентов, перенесшие ампутацию нижних конечностей по поводу той же патологии по стандартным методикам. По возрасту, длительности и тяжести заболевания, а также характеру осложнений обе группы были сопоставимы.

Возраст больных варьировал от 48 до 76 лет, составляя в среднем $54 \pm 2,4$ года. Лиц мужского пола было 126 (63,6%), женщин – 72 (36,4%). У всех больных отмечалась СД II типа, при этом легкая форма отмечена у 12 больных, у 84 средней тяжести, и у 102 пациентов тяжелая форма.

При анализе результатов ампутаций, мы использовали классификацию уровней усеечения конечностей по F.Fisher et al. (1997).

Всем больным с диабетической гангреной, с целью изучения периферического кровообращения использовали доплерографическое исследование и дуплексное сканирование. С целью профилактики послеоперационных раневых осложнений были проведены следующие мероприятия.

Начиная с 3 суток производили динамическое ультразвуковое исследование ампутационной культы с целью раннего выявления жидкостных скоплений. У 66 пациентов во время операции производили забор участка мышечной ткани с уровня усеечения конечности для морфологического исследования.

В 96 наблюдениях при высоком риске развития осложнений проводили лазерное облучение крови (ВЛОК) с исследованием следующих параметров иммунитета – IgA, IgM, IgG, а также Т и В лимфоцитов. Бактериологическое исследование так же проводилось на 5, 7, 10 сутки из содержимого проточного дренажа, установленного в ампутационной культе. Антибактериальная терапия проводилась путем парентерального и внутриартериального (3-4 инфузии) введения препаратов цефалоспоринового ряда.

Результаты исследования и их обсуждение. В контрольной группе больных (n=146) усеечения конечности при диабетической гангрене проводились по классическим методам на стандартных уровнях. У больных основной группы уровень ампутации обосновывался и устанавливался строго дифференцированно на основании изучения регионарного кровообращения, а также экспресс-морфологического исследования мышечной ткани.

В 74 наблюдениях были выполнены ампутации на уровне голени - по методу Burgess (n=38) и ампутация с формированием двух равнозначных (переднего и заднего) лоскутов (n=32). На уровне бедра во всех случаях использовали двулопастный фасциопластический способ ампутации. Трансфеморальная ампутация выполнена в 69 наблюдениях. В 89 случаях при формировании культи установили проточно-промывной дренаж.

В большинстве наблюдений по данным морфологического исследования биоптатов мышечной ткани и других мягких тканей, был отмечен микротромбоз и сдвиг в мелких сосудах мышц бедра и голени на уровне ампутации с явлениями воспалительной инфильтрации мышц.

По данным бактериологического исследования, в структуре выделенных микроорганизмов преобладали штаммы *S. Aureus* и *S. Hemolyticus*.

С целью профилактики образования гематомы, которая является частой причиной гнойных осложнений, в 46 наблюдениях при ампутации на уровне голени и в 36 случаях на уровне бедра использовали гемостатические пластины «Тахокомб» на опил костей.

У 65 больных с диффузными поражениями сосудов перед выполнением ампутации производилась катетеризация нижней эпигастральной артерии или пункция бедренной артерии с внутриаrтериальным введением антибиотиков.

Анализ длительности койко-дней у больных, перенесших ампутацию конечностей в основной ($22 \pm 1,4$) и контрольной группе ($31 \pm 2,2$) показал значительное превышение данного показателя у больных контрольной группы. Частота гнойно-некротических осложнений оказалась значительно выше в контрольной группе; в этой группе реампутации выполнены в 7 случаях. Необходимо отметить достоверную разницу в частоте нагноений между основной и контрольной группой, у которых были выполнены ампутации на уровне стопы.

Общее число гнойных осложнений ампутационной культи в основной группе составил 51 (25,7%), в контрольной группе отмечено 65 (44,5%) нагноений. Реампутаций в основной группе пациентов было выполнено в двух случаях, после трансметатразального усечения конечности. Во всех случаях повторные ампутации были выполнены на уровне нижней и средней трети голени.

Летальные исходы в основной группе, были отмечены в 2 наблюдениях. В группе сравнения летальных исходов было 8.

Заключение. Разработанная нами тактика лечения и профилактики гнойно-некротических осложнений после ампутаций нижних конечностей при нейро-ишемической форме диабетической стопы и диабетической гангрене, позволили уменьшить частоту раневых осложнений до 26,2%.

Литература

1. Гончаренко, О.В. Критическая ишемия нижних конечностей у больных сахарным диабетом и облитерирующим атеросклерозом / О.В. Гончаренко // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2016. - № 1 (26). - С. 115-118.
2. Критическая ишемия культи бедра: частота, клиническое значение и диагностика / Е.М. Васильченко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 8. - С. 50-55.
3. Критическая ишемия нижних конечностей у гериатрического пациента / Г.Г. Барамидзе [и др.] // Московская медицина. - 2019. - № 6. - С. 14.
4. Критическая ишемия нижних конечностей: современные аспекты диагностики и лечения / Н.С. Абушов [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2021. - № 3. - С. 57-67.
5. Фомин, Н.В. Критическая ишемия нижних конечностей при сахарном диабете / Н.В. Фомин, Р.В. Фомина // Международный студенческий научный вестник. - 2018. - № 5. - С. 63.

Кротков К.О., Якубцевич Р.Э.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИИ НА СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (АКШ), МАММАРНО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (МКШ) В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК)

Кафедра анестезиологии-реаниматологии УО «ГрГМУ». Гродно

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца по-прежнему занимает лидирующие позиции среди заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ). По данным Tsao CW et al. в 2020 году примерно 19,1 миллиона смертей во всем мире были связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями. С учетом возраста смертность на 100 000 человек составляла 239,8. Самые высокие показатели смертности от ССЗ в 2020 году были в Восточной Европе и Центральной Азии [1]. Ежегодно по всему миру проводится свыше 2 миллионов различных кардиохирургических оперативных вмешательств. Но нельзя отрицать факт того, что одним из основных интраоперационных нарушений в кардиохирургии является нестабильная гемодинамика. Коррекция данного нарушения является основной проблемой в кардиоанестезиологической практике. В настоящее время в отечественной литературе появляются данные о успешном применении экстракорпоральной аутогемомангнитотерапии (ЭАГМТ) как экстракорпорального метода лечения и профилактики ССЗ. Согласно научным обзорам литературы данный метод может способствовать улучшению основных показателей гемодинамики, коронарного кровотока, а также изменять реологические свойства крови [2]. Но данных о применении ЭАГМТ в кардиоанестезиологии в отечественных и зарубежных источниках единичны, что требует дальнейшего исследования.

Цель исследования. оценить степень влияния ЭАГМТ на систолическое артериальное давление у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в периоперационном периоде при проведении аорто-коронарного шунтирования

(АКШ), маммарно-коронарного шунтирования (МКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы исследования. проведён ретроспективный анализ историй 100 пациентов с диагнозом «ИБС», которым выполнялось оперативное вмешательство по реваскуляризации миокарда (АКШ, МКШ в условия ИК) с сентября 2021 по апрель 2023 года. По полу, возрасту, структурному, функциональному состоянию левого желудочка, дооперационному, интраоперационному применению препаратов, параметров ИВЛ пациенты были сопоставимы. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе (50 пациентов) ЭАГМТ не применялась. Во 2-й группе (50 пациентов) применялась ЭАГМТ. Оценивался показатель инвазивного систолического артериального давления. Параметр исследовался на 2-х этапах оперативного вмешательства: спустя 10 минут после индукции в анестезию, через 10 минут после введения расчётной дозы протамина. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программы «Statistica 12». Статистические параметры признаков описывали медианами (Me) и интерквартильными размахами (значения 25-го и 75-го перцентилей). Значимость результатов оценивали методом независимых признаков – с помощью непараметрических критериев Манна Уитни (Mann–Whitney U test), Вилкоксона (Wilcoxon matched pairs test). Критический уровень статистической значимости составлял $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Выполним анализ показателя систолического артериального давления на двух этапах анестезиологического пособия у группы №1, отмечается статистически значимое снижение систолического артериального давления после этапа искусственного кровообращения с 99 (96;106) мм.рт.ст. до 95 (90;99) мм.рт.ст. с процентным убытком до -5,2 (-30;21,9) %. В группе №2 выявлено статистически значимое ($p \leq 0,05$) увеличение систолического артериального давления с 97 (92;102) мм.рт.ст. до 101 (96;105) мм.рт.ст, процентный прирост данного показателя составил 4,8 (-18,5;28,7) %. Найдена статистически значимая разница ($p \leq 0,01$) между систолическим давлением 101 (96;105) мм.рт.ст. в группе №2 и группы №1 95 (90;99) мм.рт.ст. после применения ЭАГМТ. Стоит отметить процентное статистически значимая разница ($p \leq 0,01$) между процентным приростом систолического артериального давления 4,8 (-18,5;28,7) % в группе №2 и процентным убытком до -5,2 (-30;21,9) % группы №1.

Выводы. В группе пациентов, где применялась экстракорпоральная магнитная обработка крови показатели процентного прироста систолического артериального давления, так и процентного прироста статистически значимо ($p \leq 0,01$) выше по сравнению с группой, в которой не применялся данный метод. ЭАГМТ может применяться в качестве дополнительного метода коррекции, а также профилактики гемодинамических нарушений в интраоперационном периоде в ардиохирургической практике.

Список литературы.

1. Tsao CW, Aday AW, Almaraz ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, Boehme AK, Buxton AE, Carson AP, Com-modoreMensah Y, Elkind MSV, Evenson KR, Eze-Nliam C, Ferguson JF, Generoso G, Ho JE, Kalani R, Khan SS, Kissela BM, Knutson KL, Levine DA, Lewis TT, Liu J, Loop MS, Ma J, Mussolino ME, Navaneethan SD, Perak AM, Poudel R, Rezk-Hanna M, Roth GA, Schroeder EB, Shah SH, Thacker EL, VanWagner LB, Virani SS, Voecks JH, Wang N-Y, Yaffe K, Martin SS; on behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association [published online ahead of print Wednesday, January 26, 2022]. Circulation. doi: 10.1161/CIR.0000000000001052
2. Перспективы использования магнитных полей в кардиологической практике/Р.Э. Якубцевич и соавторы. // Медицинские новости. – 2022. – №10. – С. 4–7.

Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Солиев О.Ф.

ХИРУРГИЯ ТРАВМЫ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

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

Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии

Актуальность. Производственные и транспортные катастрофы, участвовавшие в последнее время террористические акты и локальные военные конфликты - вот неполный перечень факторов, способствующих росту общего травматизма. При этом неуклонно растёт и частота травм сосудов, среди которых особая роль отводится повреждениям подколенной артерии. [2,3,4,5]. Особенностью последних является то, что за короткое время наступает декомпенсация кровообращения, и у большинства пострадавших до поступления в специализированные учреждения развиваются необратимые изменения в тканях, вплоть до гангрены [2,4,5]. Этим, вероятно, и обусловлен высокий процент неудовлетворительных результатов лечения [1,4,5].

Открытые и тупые травмы на уровне коленного сустава нередко сопровождаются сочетанными повреждениями многих анатомических структур. Особую опасность представляют повреждения магистральных сосудов, из-за развития острой ишемии конечности [1,2,4]. Тяжесть ишемии конечности зависит также от характера травмы конечности. Так, более благоприятными являются колото-резанные ранения, при котором часто имеют место боковые, изолированные повреждения артерии. При таком виде травмы зона повреждения сосуда, разрушения коллатеральных путей минимальны. Особо тяжело протекают огнестрельные травмы. При этом обычно имеют место массивные сочетанные повреждения костей и мышц с разрушением коллатеральных сосудов, что ещё больше отягощает течение ишемии.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при травматических повреждениях подколенной артерии.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ хирургического лечения 37 больных с травматическими повреждениями подколенной артерии. Из 37 пострадавших мужчин было 32, женщины - 5. Возраст больных колебался от 7 до 73 лет, в среднем составил 26,5 лет. Среди этиологических факторов преобладали огнестрельно-пулевые ранения - 19 (51,3%) больных. У 17 больных была выявлена сопутствующая травма подколенной

вены, у 5 нервных стволов и у 15 перелом костей. У большинства пострадавших с огнестрельными ранениями имели место, сочетанное повреждение костей, мышц и подколенной вены. Из общего числа пострадавших 6 были первично доставлены в специализированную клинику, остальные 31 из других лечебных учреждений. Из всех 37 поступивших ясное сознание было у 25, заторможенность - у 11, состояние наркотического сна - у 1 больного.

Полное пересечение сосуда наблюдалось при тяжелых травмах и нередко при резаных ранениях. Для тупых травм сосуда характерным был продолженный тромб с исключением множества коллатеральных сосудов. Из 19 больных с огнестрельными ранениями у 16 имелось сквозное ранение.

Следует отметить, что боковое повреждение в основном было обусловлено колото-резанными ранениями и в редких случаях - костными отломками при огнестрельных ранениях. Тромбоз артерии имел место в результате контузии или сдавления гематомой. Отсутствие пульсации дистально поврежденной подколенной артерии имело у 34 больных, у 3-х больных в одном из вышеуказанных артериях определялась резко ослабленная пульсация, что было обусловлено боковым повреждением подколенной артерии и сохранностью ее проходимости дистальнее места повреждения. Наружное кровотечение различной интенсивности отмечено у 20 больных.

При повреждениях подколенной артерии важное значение имели сроки ишемии, от которых в основном и зависели исходы лечения. До 6 часов от момента травмы поступили 19 (51,4%) больных, от 6 до 24 часов - 6, свыше 1 суток - 12, которые в основном поступили из дальних районов. Отмечалась прямая связь между сроками и тяжестью ишемии ($P < 0,05$). При повреждениях подколенной артерии в большинстве (73%) случаев отмечалась декомпенсация кровообращения с развитием критической ишемии, что подчеркивает гемодинамическую ответственность этого сегмента в кровообращении конечности.

Диагностика повреждения магистрального сосуда при открытых травмах для специалиста обычно не представляет особых затруднений, тем не менее, в определенных ситуациях, при наличии отягчающих факторов, обнаружить травму артерии не специалистам не всегда бывает под силу. Такими факторами являются: тяжелое шоковое состояние пострадавшего, сочетанные повреждения нервов, сосудисто-органные повреждения, когда превалирует клиника повреждения внутренних органов и т.д. При тупых травмах диагностика ранения сосуда всегда затруднена. Дополнительные методы диагностики в силу таких обстоятельств как: шоковое состояние пострадавшего, отсутствие условий и времени, не всегда проводились. 24 больным производилась ультразвуковая дуплексная ангиосканирование, интраоперационная электродиагностика с использованием ЭКС-4 применялась с целью определения жизнеспособности мышечных тканей. В затруднительных случаях диагностики повреждения подколенной артерии и для получения информации о состоянии дистального русла, а также для выбора хирургической тактики в 7 случаях произведена артериография по Сельдингеру.

Результаты исследований. Хирургическая тактика определялась после оценки тяжести ишемии нижних конечностей, общего состояния больного, характера травмы.

Из всех 37 больных с повреждением подколенной артерии первичная ампутация по показаниям была выполнена 7 больным, реконструкция сосуда - 27, другие виды паллиативной операции (фасциотомия мышц голени и декомпрессия сосуда) для улучшения кровообращения - 2 и лигатуры сосуда - 1 больному. Основным видом реконструкции являлось аутовенозное протезирование подколенной артерии (48,7%).

Всего вторичная ампутация нижней конечности по поводу влажной гангрены произведена 5 (16,7%) больным, из за послеоперационных осложнений. Суммарная частота первичной и вторичной ампутации конечности при травматических повреждениях подколенной артерии составила 32,4% (12 случаев).

Выводы.

1. Повреждения подколенной артерии с полным ее пересечением, тромбозом, в подавляющем большинстве случаев (73%) приводили к декомпенсации кровообращения, что показывает его гемодинамическую значимость. Только при боковых повреждениях подколенной артерии с развитием пульсирующей гематомы, кровообращение может быть субкомпенсированным.

2. Определяющими моментами при выборе хирургической тактики являются: оценка общего состояния и кровообращения конечности пострадавшего; учет срока ишемии; адекватный объем предоперационной подготовки; оценка жизнеспособности мышц; реваскуляризация или первичная ампутация конечности по показаниям; определение показаний к перевязке сосуда; профилактика гнойно-некротических осложнений и реперфузионного повреждения тканей.

3. В ближайшем послеоперационном периоде специфические осложнения отмечались у 33,3% больных при травме подколенной, что приводило к вторичной ампутации конечности (16,7%) Общая частота ампутаций при травмах подколенной артерии составила 32,4%.

4. Травматические повреждения подколенной артерии относительно редкое сосудистое повреждения, но они несут значительную заболеваемость, несмотря на эволюцию хирургического лечения. Ранняя диагностика и быстрая реваскуляризация необходимы для улучшения заболеваемости и общей смертности.

Список литературы.

1. Ятрогенные повреждения сосудов при вмешательствах на коленном суставе: клинический случай. / Ахмедов Б.Г., Зотиков А.Е., Харазов А.Ф., Басирова Н.М., Абросимов А.В., Кожанова А.В., Дружинина Н.А.// Политравма /POLYTRAUMA. 2022.I № 3, С.62-66.
2. Sciarretta JD, Perez-Alonso AJ, Ebler DJ, Mazzini FN, Petrone P, Asensio-Gonzalez JA. Popliteal vessel injuries: complex anatomy, difficult problems and surgical challenges. Eur J Trauma Emerg Surg . 2012;38(4):373–391.
3. Sciarretta JD, Macedo FI, Otero CA, et al. Management of traumatic popliteal vascular injuries in level I trauma center: a 6-year experience. Int J Surg . 2015;18:136–141.
4. Feliciano DV. For the patient: evolution in the management of vascular trauma. J Trauma Acute Care Surg . 2017;83(6):1205–1212.

Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Толибов Ш.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВИЗИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Актуальность. Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что широкое внедрение в клиническую практику современного внутреннего стабильно-функционального остеосинтеза при переломах костей конечностей позволяет оптимизировать сроки консолидации переломов, начать раннее полноценное восстановительное лечение и, как следствие, добиться хороших анатомических и функциональных результатов лечения в 85-97% случаев [5, 1]. Так, при остеосинтезе пластинами LC-DCP средние сроки консолидации отломков длинных костей конечностей при переломах составили 12-16,4 недель, а при интрамедуллярном остеосинтезе без рассверливания костномозгового канала - 15,7 [2]. Нарушения консолидации костных отломков при остеосинтезе пластинами по классической методике отмечены у 6,4-9,1% больных, а при использовании пластин с ограниченным контактом - у 2,5% [3].

Анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов показал, что при оперативном лечении переломов костей частота осложнений варьирует от 10,5 до 20,3% [5].

Материал и методы. За период 2015 по 2018гг под нашим наблюдением находились 87 больных в возрасте от 18 до 67 лет, которым был выполнен ревизионный остеосинтез. Из них 72 (82,7%) человека были трудоспособного возраста. Женщин было 23 (26,4%), мужчин - 64 (73,6%).

Сроки, прошедшие с момента первой операции остеосинтеза до обращения в нашу клинику, составили от 6 мес. до 5 лет.

Показаниями для выполнения ревизионных операций были: ложные суставы у 43 больных (49,4%); неправильно сросшиеся переломы с угловой и ротационной деформацией - 26 (29,8%); неправильно сросшиеся переломы с функционально значимым укорочением - у 11 (12,6%), остеомиелит у 7 (8,1%) больных. Необходимо отметить, что по данным рентгенограммы у большинства больных (73,4%) нарушение консолидации и деформация сопровождались миграциями, переломами металлических конструкций и нестабильностью остеосинтеза.

Всем больным было показано повторное оперативное вмешательство, среди которых преобладали следующие: остеосинтез блокирующими штифтами с применением ауто и ксено пластики (12), остеосинтез блокирующими штифтами без применения костной пластики (23), корригирующий остеотомия с фиксацией пластинами (26), реостеосинтез с корригирующими остеотомиями, дополненный костной ауто- или ксеннопластикой (13), реостеосинтез с удлинением на гвозде в аппарате внешней фиксации (6), и реостеосинтез в аппарате внешней фиксации (7).

Необходимо отметить, что в 64 из 87 наблюдений (73,5%) необходимость выполнения ревизионных операций была обусловлена ошибками, допущенными в ходе предшествующих вмешательств. У 23 больных проанализировать возможные ошибки при выполнении более ранних операций на основании данных медицинской документации, рентгенограммы и результатов обследования больных не представлялось возможным.

В нашей клинике, обследовании больных включало ортопедическое, общеклиническое, рентгенографическое, КТ и доплерографическое исследование. При этом предоставляла возможность оценивать частоту и характер нарушений консолидации, частоту и виды миграции металлических конструкций, степень нарушений функции оперированной конечности, частоту и выраженность нарушения регионарного кровоснабжения или иннервации, степень нарушений статико-динамических функций поврежденных конечностей, сроки лечения больных в стационаре и продолжительность нетрудоспособности, а также частоту перевода больных на инвалидность.

Результаты и обсуждения. Результаты повторных операций изучены у 76 из 87 (87,3%) больных в сроки от одного года до трех лет. Установлено, что у 51 (67,1%) больных отмечены консолидация отломков костей, восстановление анатомической оси и длины конечности. Следует отметить, что средние сроки сращения костных отломков у них были близки к среднестатистическим данным, характерным для переломов костей данной локализации.

У 21 больного (27,6%) средние сроки сращения отломков костей после выполнения ревизионного остеосинтеза превысили среднестатистические в 1,5-2 раза. При этом у 7 из них этот процесс был связан с физиологической перестройкой костных ауто- и ксенотрансплантатов. У всех 21 больного была восстановлена анатомическая ось сегмента. Однако у троих (14,2%) из них отмечено укорочение сегмента до 3 см. Кроме того, у 4 из 21 пострадавшего (19,3%) отмечалось временное ограничение движений в смежных суставах.

У 1 больного (1,3%) были зарегистрированы переломы блокирующих винтов интрамедуллярного фиксатора с нарушением анатомической оси конечности. У трех больных (3,9%) развилась свищевая форма остеомиелита. У этой категории больных была необходимость проведения повторных и более сложных реконструктивных вмешательств. Так был проведен реостеосинтез в сочетании с резекцией части диафиза поврежденной кости. При этом сращение костных отломков было достигнуто во всех наблюдениях, хотя нарушение оси сегментов и ограничение движений в смежных суставах наблюдавшихся у 3 из 4 больных рассматриваемой группы.

Средние сроки пребывания в стационаре с учетом реабилитационного лечения у 65 (85,5%) больных составили $21,3 \pm 7,4$ дней, а средние сроки лечения с момента получения травмы - $16,5 \pm 3,2$ мес. При этом 69 (90,7%) больных вернулись к прежней работе. Значимое снижение трудоспособности отмечено у 4 (5,2%) больных и у 3 (3,9%) переведены на инвалидность.

Проведенный анализ ошибок у 64 из 87 больных, допущенных при первичном остеосинтезе, позволил разделить их на организационные, диагностические и лечебно-тактические. При этом большинство из них было допущено при накостном остеосинтезе 52 (81,3%) и меньше при выполнении интрамедуллярного остеосинтеза 12 (18,7%).

Допущенные ошибки при накостном остеосинтезе составили 52 (81,3%) и были обусловлены: применением пластин, не предназначенных для данного сегмента - у 8 (15,3%), некорректным выбором пластины по длине - у 16 (30,7%), неадекватным выбором типа пластины при выраженном остеопорозе - у 7 (13,4%), нетипичной установкой пластины - у 5 (9,6%), несоблюдением соотношения длины пластины к характеру перелома - у 13 (25%) и неправильной установкой пластин у 3 (5,7%) больных.

При интрамедуллярном остеосинтезе лечебно-тактические ошибки были выявлены у 12 из 64 больных (18,7%): неправильный подбор гвоздей по длине и диаметру - у 3 больных (25%); несвоевременная динамизация гвоздя при поперечных или косопоперечных переломах, приводившая к замедленной консолидации или формированию ложного сустава - у 4 (33,3%); динамизация гвоздя без наличия показаний при оскольчатых переломах, приводившая к укорочению конечности - у 3 (25%); отказ от использования концевой колпачка, вызывавшее технические трудности при удалении гвоздей - у 2 (16,6%).

Выводы. Необходимо отметить, что (73,5%) ревизионных операций после остеосинтеза длинных костей конечностей обусловлены ошибками, допущенными при первичном вмешательстве. Ошибки при первичном накостном остеосинтезе встречаются значительно чаще (81,3%), чем при выполнении первичного интрамедуллярного остеосинтеза (18,7%). При этом лечебно-тактические ошибки существенно преобладают над диагностическими и организационными как при накостном, так и при интрамедуллярном остеосинтезе.

Правильно выполненные ревизионные операции с применением современных методик остеосинтеза обеспечивают консолидацию переломов костей при восстановлении длины сегмента, осевых соотношений и опорности конечности, что, по нашим данным, позволяет вернуть к прежней или аналогичной работе 90,7% больных.

Неблагоприятный фон, на котором проводится ревизионный реостеосинтез, может приводить к снижению функциональных результатов и замедлению темпов консолидации костных отломков, что, по нашим данным, приводит к инвалидности 3,9% больных.

Рассмотренные ревизионные операции относятся к разряду сложных и требуют углубленного общеклинического и специального обследования больных, обязательного предоперационного планирования и строгого соблюдения технологий повторного остеосинтеза, что определяет целесообразность их проведения только в специализированных клиниках травматологии и ортопедии.

Литература

1. Анаркулов, Б.С. Выбор остеосинтеза при переломах длинных костей скелета (обзор литературы) [Текст] / Б.С. Анаркулов // Медицина Кыргызстана. - Бишкек, 2010 - №3 - С. 9-14.85.
2. Будников, И.В. Опыт применения блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза в травматологическом отделении многопрофильной больницы [Текст] / И.В. Будников, А.Ю. Докалин, В.Н. Мишустин // Материалы IX съезда травматологов-ортопедов России. Саратов. - 2010. - С. 104.
3. Музыченко, П.Ф. Проблема материаловедения в травматологии и ортопедии [Текст] / П.Ф. Музыченко // Травма - 2012. - №1 - Том 13. - С. 94- 97.
4. Рушай, А.К. Особенности лечения травматического остеомиелита длинных костей у больных после применения различных видов остеосинтеза [Текст] / А.К. Рушай // Травма - 2010. - №3. - Том 11. - С. 34-37.
5. Фоос, И.В. Совершенствование хирургической тактики при лечении больных с ошибками внутреннего остеосинтеза и неинфекционными [Текст] / И.В.Фоос // дисс. канд.меднаук.СПб, 2015. - 148 с.

Курбанов У.А.1,2,3, Давлатов А.А.1,2, Джононов Д.Д.1.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ГАНГРЕНЫ ФУРНЬЕ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»¹
Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино²
ГОУ Хатлонский государственный медицинский университет³

Актуальность.

Гангрена Фурнье характеризуется острым началом, молниеносным течением, тяжёлым общим состоянием пострадавших, некрозом покровных тканей полового члена и/или мошонки, оставляя обширных дефектов кожных покровов у выживших больных [1, 2, 3, 4, 5]. Это заболевание в литературе имеет множество синонимов, таких как молниеносная гангрена наружных половых органов, эпифасциальный некроз, гангренозное рожистое воспаление мошонки, флегмона мошонки и другие [2, 3, 4].

Для хирургического лечения дефектов покровных тканей при последствиях гангрены Фурнье применяются способы аутодермопластики, местно-пластические способы операции, а также региональные несвободные кожно-фасциально-кровооснабжаемые лоскуты [3, 4, 5]. Однако в связи со скудностью публикаций по данной проблеме актуальным по сей день остаются вопросы хирургического лечения последствий гангрены Фурнье, связанные с обширной утратой покровных тканей мошонки и/или полового члена. Вместе с тем, редкость случаев с данной патологией не позволило на сегодняшний день выработать общепринятую тактику устранения обширного дефекта покровных тканей, что свидетельствует об актуальности проблемы и необходимости в проведении дальнейших научных исследований.

Цель исследования. Цель настоящей работы является изучение возможностей различных способов хирургического устранения дефектов покровных тканей при последствиях гангрены Фурнье.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2008 по 2023 года оперированы 11 мужчин с последствиями гангрены Фурнье в возрасте от 40 до 68 лет. Время от начала заболевания до поступления в наше отделение составляло от 16 до 28 суток (в среднем 22 дня), а период от начала заболевания до укрытия дефекта продлился от 30 до 38 суток (в среднем 34 суток). Во всех случаях перевод больных в наш Центр осуществлялся после полного завершения

острой фаза заболевания, нормализации температуры, исчезновении признаков интоксикации, проведении некрэктомии и появлении грануляции на дне раны. Следует отметить, что после госпитализации в отделении больным проводили дополнительные подготовительные мероприятия для выполнения пластических операций. К этим мероприятиям относились ежедневные активные перевязки с текущей некрэктомией и санацией раны, использованием асептических повязок с растворами антисептиков.

Следует отметить, что в 4 случаях дефект покровных тканей располагался на дистальной половине полового члена. В 4 случаях дефект захватывал большую часть мошонки и в 3 случаях – мошонки и полового члена. Площадь дефектов составляла от 24 до 128 кв.см. В одном случае с дефектом покровных тканей полового члена имел место свищ уретры.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным выполнены оперативные вмешательства под общим обезболиванием. Способов оперативных вмешательств выбирали в зависимости от площади и локализации дефектов покровных тканей. При площади дефекта от 24 до 30 кв.см, которые располагались на дистальной половине полового члена применили местно-пластические способы операции – широкая мобилизация сохранившейся части кожи полового члена с её перемещением в сторону дистального края дефекта покровных тканей (2 случая), укрытие дефекта способом Дьюформентал (2 случая). В одном из этих случаев, где имелся свищ уретры, для создания внутренней стенки последней использовали аутодермотрансплантат и только после этого дефект укрыли локальным лоскутом. В остальных 7 случаях, у которых дефекты были более широкими и равнялись от 80 до 128 кв.см использовали регионарные несвободные кожно-фасциально-кровооснабжаемые лоскуты. В 5 случаях дефекты покровных тканей в области мошонки укрыли кожно-фасциальными лоскутами с медиальной поверхности бедра.

В 2 случаях с площадью дефекта более 120 кв.см, когда дефект покровных тканей располагался как на мошонке, так и на половом члене использовали паховый лоскут для полового члена, а из контралатеральной стороны – кожно-фасциальный лоскут из медиальной поверхности бедра для мошонки (Табл.1).

Таблица 1. Применение способов операции в зависимости от площади дефекта покровных тканей.

Способ операции	Площадь дефекта	24-30 кв.см	80-94 кв.см	120-128 кв.см
Местно-пластические операции		4		
Медиальный лоскут бедра			5	
Медиальный лоскут бедра+паховый лоскут				2

Как видно из таблицы, чем больше площадь дефекта покровных тканей, тем сложнее способ оперативного вмешательства для его устранения. Следует отметить, что в обоих случаях применения пахового лоскута он использовался для полового члена и все 5 лоскутов из медиальной поверхности бедра – для формирования мошонки. Надо также отметить, что наряду с лоскутами во всех этих случаях для укрытия дефектов использовались и сохраненные местные ткани.

Ближайший послеоперационный период в 10 случаях протекал гладко, заживление ран было первичным натяжением, перемещенные лоскуты прижились. В одном случае после использования лоскута из медиальной поверхности бедра отмечалось частичное расхождение краев раны, где заживление произошло вторичным натяжением без отрицательного влияния на окончательный результат операции.

В отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до 7 лет наблюдали 10 оперированных больных. У больных в отдаленном периоде отмечалось значительное уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки перемещенных лоскутов из паховой области и медиальной поверхности бедра и покровные ткани по толщине были близки к естественным покровам реципиентной области. Функциональные и эстетические результаты операций больных вполне устраивали, о чем свидетельствовало удовлетворенность улучшением их качества жизни. Таким образом, достигнута полная медицинская и социально-бытовая реабилитация оперированных больных.

В литературе на сегодняшний день предложены множество способов формирования покровных тканей мошонки и полового члена при последствиях гангрены Фурнье. Нередко с этой целью перемещаются кожно-фасциальные лоскуты из медиальных поверхностей бедер и паховых областей [5]. Вместе с тем немало работ, где рассматриваются способы кожной пластики расщепленными или полнослойными кожными трансплантатами [2, 3, 4]. В некоторых работах этому вопросу уделено недостаточное внимание, ссылаясь на общепринятые способы формирования мошонки как при травматических дефектах тканей мошонки и полового члена [3].

В общем, по данным литературы для формирования как мошонки и полового члена, так и их покровных тканей используются, как правило, регионарные кожно-фасциальные лоскуты из бедер и паховых областей [1,5]. Мы также считаем, что наиболее целесообразным и эффективным является использование этих лоскутов при последствиях гангрены Фурнье.

Выводы.

Одним из постоянных проявлений гангрены Фурнье является образование дефекта покровных тканей мошонки и/или полового члена, что требует выполнения последующих хирургических вмешательств с целью его устранения. При относительно небольшой площади дефекта покровных тканей использованием местно-пластических операций вполне возможно эффективное его устранение, а при средней площади дефекта появляется необходимость в использовании регионарных кожно-фасциальных лоскутов. Когда площадь дефекта большая и составляет более 100 кв.см возникает потребность в использовании 2-3 региональных кожно-фасциальных лоскутов для полноценного устранения дефекта покровных тканей и получения желаемых функциональных и эстетических результатов.

Список литературы.

1. Хирургическое лечение последствий гангрены Фурнье /У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Д.Д.Джононов, З.А.Курбанов //Вестник Авиценны. – 2010. – № 3. – 13-18.
2. Leslie, SW. Fournier Gangrene./SW. Leslie, J. Rad, J.Foreman // In: StatPearls [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549821/>
3. Khan, M.A Case of Necrotizing Fasciitis Mimicking a Burn in an Elderly Patient / M.Khan // Case Rep Surg. 2023; 2023:3786364. PMID: 37013140. PMCID: PMC10066805. DOI: 10.1155/2023/3786364.
4. Thayer, J. Two-stage Neoscrotum Reconstruction Using Porcine Bladder Extracellular Matrix after Fournier's Gangrene / J. Thayer, BA.Mailey // PlastReconstrSurg Glob Open. – 2020. – Aug;8(8):e3034.
5. Moussa, M. Isolated Penile Fournier's gangrene: A case report and literature review / M. Moussa, M.Abou Chakra //Int J Surg Case Rep. –2019;62:65-68. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.08.012. Epub 2019 Aug 17. PMID: 31450216; PMCID: PMC6717123.

Курбанов У.А., Саидов И.С., Муродов Дж.К.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ОБШИРНЫХ ПЛОСКОСТНЫХ, СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА

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

Кафедра хирургических дисциплин №1 ХГМУ. Таджикистан.

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

Актуальность. Хирургическое устранение послеожоговых обширных плоскостных стягивающих рубцов различной локализации является одной из сложных и трудно разрешаемых проблем в комбустиологии и реконструктивно-пластической хирургии, и реабилитация этих больных занимает особую роль среди ожоговой травмы [1]. Возможности современной медицины позволяют успешно оказывать помощь пациентам с обширными ожогами различной локализации и тем самым повысить уровень выживаемости [2]. Однако, после выздоровления пациентов образуется грубая рубцовая ткань, рост и развитие которой зависят от глубины поражения тканей, индивидуальных особенностей организма больного и характера проводимой противорубцовой терапии [1,2]. Актуальность и большое практическое значение разработки вопросов хирургической коррекции послеожоговых обширных плоскостных рубцов определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и трудностями при выборе оптимального способа их устранения [1,2,3]. На сегодняшний день предложены различные способы оперативного устранения обширных плоскостных рубцов на поверхности тела, такие как частичное иссечение рубцов, полное иссечение рубцов с последующим замещением дефекта кожи полнослойным кожным трансплантатом, использование методики экспандерной дермотензии при сохранении здоровой кожи по соседству, свободное и несвободное перемещение кожно-фасциальных лоскутов, однако они не являются универсальными и каждая из этих методик имеет свои преимущества и недостатки [4,5]. Предлагаемый нами способ оперативного вмешательства позволяет одновременно устранить стягивающий характер рубца и уменьшить площадь послеожоговых рубцов.

Цель исследования. Изучить эффективность применения местно-пластических способов операций при устранении обширных плоскостных стягивающих рубцов на поверхности тела.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2020 по 2023гг. обратились 12 больных с обширными плоскостными стягивающими рубцами различной локализации. Возраст больных составил от 16 до 40 лет. При этом больные женского пола составили 10 (83,3%) а мужского пола 2 (16,7%). Давность получения ожога составила от 2-х до 36 лет. Площадь рубцов составила от 300 до 2500 см². Этиологическими факторами возникновения обширных плоскостных стягивающих рубцов в 4 (33,3%) случаях был кипяток и в 8 (66,7%) случаях – пламя. При этом в 4 (33,3%) случаях рубцы располагались на лице, в 2 (16,7%) случаях на верхних конечностях, в 2 (16,7%) случаев на передней поверхности грудной клетки, в 2 (16,7%) случаях на животе и в 2 (16,7%) случаев на нижних конечностях. Для устранения обширных плоскостных стягивающих рубцов на все области локализации был использован местно-пластические способы операции, такие как способ «butterfly», «eight-flap-plasty», «butterfly+Z-plasty».

Результаты исследования и их обсуждение. Надо отметить, что применением местно-пластических способов операций мы одновременно уменьшили общую площадь рубцов и устранили стягивающий его характер. Ближайший послеоперационный период в 10 (%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые треугольные лоскуты прижились без каких-либо осложнений. В 2 (%) случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза перемещённых кожных лоскутов, что не оказало существенного влияния на конечные результаты оперативного вмешательства. Отдалённые результаты были изучены у всех оперированных больных в сроки от 6 месяцев до 3-х лет. У всех наблюдавшихся пациентов общая площадь рубцов уменьшилась в разы, а стягивающий его характер был устранен. Результаты проведённых оперативных вмешательств удовлетворяли как пациентов, так и хирургов.

Выводы. Таким образом, применение местно-пластических способов операций для устранения обширных плоскостных, стягивающих рубцов на поверхности тела является оптимальным способом позволяющим, одновременно уменьшить общую площадь грубых рубцов и устранить стягивающий его характер, с получением хороших функциональных и эстетических результатов и, тем самым, улучшением качества жизни пострадавших.

Список литературы

1. Актуальные аспекты организации оказания помощи пострадавшим от ожогов / В. А. Порханов [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2017. Т. 18, № 1. - С. 45 - 49.
2. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожоговой травмы / В.И. Шаробаро [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 3. – С. 65-70.

3. Байтингер, В. Ф. Морфофункциональные особенности патологических кожных рубцов: состояние вопроса / В. Ф. Байтингер, К. Г. Пайтян // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2013. - № 1(44). – С. 28 - 34.
4. Выбор метода реконструкции у больных с последствиями ожогов лица / Н. Л. Короткова [и др.] // Голова и шея. – 2018. - № 1. – С. 46 – 51.
5. Clayton, N. A. Intensive swallowing and orofacial contracture rehabilitation after severe burn: a pilot study and literature review / N. A. Clayton, E. C. Ward, P. K. Maitz // Burns. – 2017. – V. 43, I. 1. – P. 7 – 17.

Курбон У.А., Махмудзода И.Х., Хомидзода И.ДЖ., Бустонов М.О.
ЗНАЧИМОСТЬ УСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В РИНОХИРУРГИИ
 Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Носовое дыхание - нормальный физиологический акт. Рефлексы, возникающие в слизистой оболочке полости носа, регулируют и поддерживают нормальную жизнедеятельность всего организма в целом. Длительное нарушение носового дыхания является причиной развития различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, а также нижних отделов дыхательных путей, отрицательно сказывается на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы [2].

Затруднение носового дыхания является одной из наиболее частых жалоб пациентов при первичном обращении к врачу-оториноларингологу. Деформация перегородки носа - одно из наиболее частых заболеваний в ринопластике, с которым приходится сталкиваться ЛОР-специалисту. На первый взгляд даже незначительное искривление перегородки носа со временем может привести к вазомоторной дисфункции сосудистой сети нижних носовых раковин с последующей фиброзной дегенерацией. В результате этого развивается хроническое повреждение нижних носовых раковин. Лечение данного контингента больных только хирургическое [3-5]. На сегодняшний день анализ степени назальной обструкции позволяет установить возможные причины ее возникновения и достигнуть успеха в дальнейшем решении вопроса о нормализации носового дыхания. На сегодняшний день хирургическая коррекция структурных нарушений в виде деформации перегородки носа, гипертрофии носовых раковин является основным методом устранения данной патологии^[4]. Выполняя латероконхотомии или конхэктомии нижней носовой раковины, хирург добивается улучшения носового дыхания за счёт увеличения просвета общего носового хода [1-5]. В большинстве случаев, несмотря на проведение операции по поводу деформации носа и носовой перегородки носа, носовое дыхание не восстанавливается. К этому приводит неустранение проблемы внутриносовых структур, как гипертрофия носовых раковин и послеоперационных синехий полости носа, в связи с чем нередко приходится проводить повторное хирургическое вмешательство.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости патологии внутриносовых структур в ринопластике.

Материал и методы исследования. В данном исследовании использованы сведения о 405 больных, которые обратились в РКБ Дангаринского района с января 2018 года по сентябрь 2023 года по поводу деформации наружного носа, нарушения носового дыхания и других заболеваний носа. Возраст больных колебался от 7 до 52 лет. Среди них представители мужского пола составили 165 человек и женского пола 240 пациенток. Всем больным кроме сбора анамнеза и проведения стандартных обследований как наружный осмотр и риноскопия, была также рекомендована компьютерная томография околоносовых пазух с 3D – моделированием. Всем больным была проведена операция под эндотрахеальным наркозом открытым доступом. Риносептопластика была проведена 319 больным и 86 больным открытая септопластика. В 148 случаях наряду с риносептопластикой была проведена латероконхотомия при незначительной гипертрофии нижних носовых раковин. В 108 случаях проводилась конхэктомия при тяжелых формах гипертрофии нижних носовых раковин. и в 3 случаях проводилась только конхэктомия, так как патологий носовой перегородки не наблюдалось и причинами нарушения носового дыхания являлась только гипертрофия нижних носовых раковин.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении КТ снимков наряду с деформацией наружного носа и искривления носовой перегородки были выявлены и другие нижеперечисленные внутриносовые патологии: гипертрофия нижних носовых раковин в 256 случаях, конхо булёза в 112 случаях, синуситы в 27 случаях, аденоидные разрастания в 17 случаях, полипозы в 12 случаях, кисты и полипы пазух носа в 31 случаях, инородные тела гайморовой пазухи носа в 3 случаях. При изучении компьютерной томографии 405 оперированных больных по поводу деформации носа и носовой перегородки у 256 больных отмечалась гипертрофия нижних носовых раковин. В большинстве случаев гипертрофия нижних носовых раковин отмечалась с противоположной стороны по отношению к деформации носовой перегородки и костного шипа. Но следует упомянуть, что в некоторых случаях (15) отмечалась двухсторонняя гипертрофия нижних носовых раковин, а в единичных случаях (4) - со стороны искривления перегородки.

Результаты проведённого анализа показали, что оперированным больным по поводу деформации наружного носа и искривления носовой перегородки, которым не проводилась латероконхотомия или конхэктомия нижних носовых раковин после операции отмечалось нарушение носового дыхания в связи с развитием синехии носовой полости. Во всех случаях проводились повторные операции по поводу ликвидации синехии с латероконхотомией и в двух случаях проводилась ликвидация синехии с конхэктомией нижних носовых раковин. В связи с этим при проведении операции по поводу деформации наружного носа и носовой перегородки одновременно проводилось устранение проблемы внутриносовых структур, при гипертрофии носовых раковин – конхэктомия в 108 случаях, при наличии конхо булёза - вазотомия носовых раковин в 112 случаях, латероконхотомия в 148 случаях. Результаты наблюдений показали, что одномоментное устранение деформации носа и внутриносовых структур улучшает носовое дыхание и позволяет избежать повторных хирургических вмешательств.

Выводы.

1. Гипертрофия нижних носовых раковин является одной из причин развития послеоперационной синехии носовой полости.
2. Изучение компьютерной томографии носа и околоносовых пазух позволяет выявить деформации наружного носа, носовой перегородки, а также патологии внутриносовых структур.
3. Одновременное устранение проблем внутриносовых структур наряду с риносептопластикой улучшает функциональные и эстетические результаты, а также позволяет избежать повторных хирургических вмешательств.

Литература

1. Особенности КТ анатомии нижней носовой раковины, которые следует учитывать при латерализации Царапки Г.Ю., Кунельская Н.Л., Товмасын А.С., Артемьева-Карелова А.В., Кочеткова Т.А., Мусаева М.М., Кишиневский А.Е. (Российская ринология 2020).
2. Хирургическое лечение вазомоторного ринита с учётом анатомических особенностей слизистой оболочки носовых раковин Артемьева-Карелова А. заслуженный деятель науки РФ, проф. А. И. Крюков. (Российская ринология 2018).
3. Хронический ринит: современный взгляд на проблему. А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Г.Ю. Царапкин, А.С. Товмасын, А.В. Артемьева-Карелова.
4. Объективная оценка функции носового дыхания у пациентов послехирургических вмешательств. Будковая М. А., Артемьева Е. С. (Российская ринология 2018).
5. Современные аспекты хирургического лечения хронического гипертрофического ринита (Оренбургский медицинский вестник, 2016).

Курбонов Дж.Дж., Солехов А.С., Холов И.Ш

МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К. и ЛДЦ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Желчекаменная болезнь является широко распространённым заболеванием, в структуре хирургических стационаров занимает второе место, уступив лишь острому аппендициту. На современном этапе развития гепатобилиарной хирургии мини доступ стала «Золотой стандарт» во всем мире. Однако применение данной методики операции у лиц пожилого возраста при деструктивном холецистите в связи ряд причин ограничен.

По данным отечественных авторов частота во время проведения миниинвазивных вмешательств (Рахматулаев Р.Р.-2014 (1), Мухидинов Н.Д. 2021г) составляет от 3-5 раз реже в период освоения миниинвазивных технологий в процессе накопления опыта частота осложнения уменьшается. Общая и послеоперационная летальность у больных острым калькулёзным холециститом старших возрастных групп составляет соответственно 1,9-8% и 6-33%, а при наличии сопутствующей патологии внепечёчных желчных путей возрастает до 43%, в 5-10 раз превышая аналогичные показатели для пациентов молодого возраста. Хирургическое лечение данного контингента больных сопровождается высоким риском в связи с массой сопутствующих заболеваний.

В последнее время распространение получают мини инвазивные методики выполнения холецистэктомии, из которых активно внедряется мини-инвазивная холецистэктомия (2,3,4,5).

Цель исследования. Внедрить и оценить мини доступа к желчному пузырю для выполнения холецистэктомии у больных с деструктивным холециститом в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы исследования. В клинике ЛДЦ «Вароруд» МЗ и СЗН РТ и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2010-2022 у 142 больных с деструктивным холециститом выполнен мини доступ при деструктивном холецистите 83 (54,4%) - в пожилом и старческом возрасте. Согласно классификации ВОЗ к пациентом отнесены лица от 60 до 74 лет - 69 (48,6%), старческого возраста от 75 до 85 лет - 14 (9,8%), в первые сутки от начала заболевания 7-больных (8,4%), в сроки от 1 до 2 суток 15 (18,1%), 3 и более суток 61 больных (73,5%).

Коморбидный синдром имел место у всех пациентов с частотой от 3 до 5 у каждого из них. Наиболее распространённой были ишемической болезни сердца (ИБС) обнаружен у всех обследованных. У 56 (39,4%) больных она сочеталась с ожирением 2-3 степени. Сахарный диабет у 14 (9,86%), гипертонической болезнью у 48 (33,8%), мочекаменной болезнью у 16 (11,3%), кроме того у 6 (4,2%) больных была перенесена ишемический инсульт.

Риск анестезии оценивали согласно классификации степеней риска общей анестезии Американской ассоциации анестезиологов (АА).

Диагностика острого холецистита осуществлялась после клинического осмотра, оценки лабораторно-биохимических анализов, результатов обзорной рентгенографии грудной и брюшной полости, УЗИ, фиброэзофагогастродуоденоскопия, при наличии затруднения в постановке диагноза применяли внутривенную урографию, а также КТ и диагностической лапароскопии.

Лечение больных осуществлялось с учётом иммунного статуса больных. Все пациенты были оперированы в сроке от 6 до 72 часов с момента госпитализации в клинику в связи с неэффективной консервативной терапии. Особенности холецистэктомии из мини-доступа является знание топографической анатомии и вариантов гепатобилиарной зоны а также, опыт в открытой билиарной хирургии, а также навыки работы в условиях ограниченного пространства с использованием аппарата Прудкова.



Рисунок-1.

Мы использовали методику правостороннего вертикального трансректального доступа длиной 4-6см, отступив на 2-3см от белой линии, а от края реберной дуги на 1см. Раздвигали мышцу и разводили в стороны, затем вскрывали заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота вместе с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. Для создания необходимого пространства в брюшной полости, обеспечивали оптимальные условия для выполнения холецистэктомии.

Результаты и их обсуждения. После выполнения мини- доступа с применением аппарата Прудкова обнаружены следующие формы деструктивного холецистита: катаральная форма- 11 (13,3%), флегманозная форма- 48% (57,8%), гангренозная форма- 21 (25,3%) и перфоративная форма- 3 (3,6%).

Во время операции была обнаружено что, у большинство больных жёлчный пузырь был отграничен от свободной брюшной полости благодаря воспалённому пряду большого сальника с рыхло паравезикального инфильтрата у 32 (38,6%). Паравезикальные инфильтраты вскрывали, увеличенный и напряжённый жёлчный пузырь пунктировали и эвакуировали застойной желчи, после чего он уменьшался в объёме, это способствовало хорошей визуализации элементы треугольника Кало, лигировали пузырный проток и артерию, субсерозно удалили желчный пузырь из его ложа.

С целью остановки кровотечения из ложи желчного пузыря у 30 (36,1%) пациентов выполняли временную туговую тампонаду марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором у 11 (13,2%) в связи с продолжающимся кровотечением, с электрокоагулятором 16 (19,2%) и ушивание ложи желчного пузыря у 3 (3,6%). С целью предотвращения повреждение общего желчного протока нами разработан способ профилактики интраоперационных осложнений при выполнении мини- инвазивной холецистэктомии(патентна изобретении ТЖ 63605. 11. 2014г- диссертация Курбанова Д.М.-2021г.). Схематическое изображение методики указано на рисунках – 2. Суть методики заключается в том что субсерозном фракционном введении физиологического раствора подогретой до 95°C с добавлением гентамицином с учетом чувствительности к антибиотикам в области ложи желчного пузыря пропитыванием желчного пузыря до состояния выраженного отека.

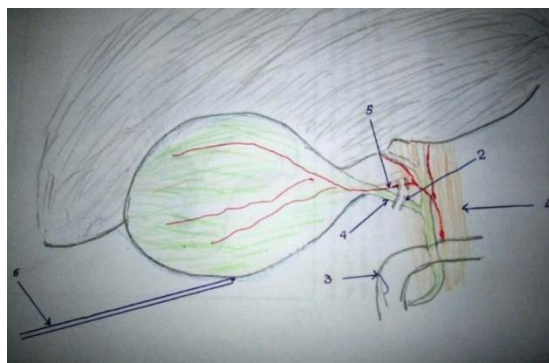


Рисунок-2.

После операции больные получали консервативную терапию в течение – суток, их рано активизировали, разрешая ходить через час после вмешательства. Средний койко-день составил 5,2. Швы сняты на 7-8 день. Умерла 2 (1,4%) пациентов 78 и 86 года, на 6-суток после операции от сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы

1. У лиц пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом при отсутствии разлитого перитонита мини-доступ для холецистэктомии должен стать методом выбора в открытой хирургии. Он позволяет коррекции холедохолитиаза, холангита, механической желтухи.
2. Показания к расширению мини – доступа является невозможность остановки кровотечения из пузырной артерии или желчного ложа пузыря.
3. Мини-инвазивная технология исключает возможность полной ревизии органов брюшной полости в связи с чем требуется всестороннее обследование с использованием современных технологий с целью исключения скрыто протекающей патологии.
4. Малая травматичность мини- доступа сокращает сроки интенсивной консервативной терапии, длительность введения ненаркотических анальгетиков, позволяет рано активизировать больных и восстановить функций органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, снижает частоту послеоперационных осложнений, средний койко- день и летальность.

Литература

1. Рахматуллаев Р.Р., Норов А.Х.- 2012г. Оптимизация методов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста:
2. Курбанов Д.М. – 2021г. Клиника, диагностика и хирургическое лечение осложнений лапароскопической холецистэктомии и методы их профилактики- стр.115 – докторская диссертация.
3. Диагностика и хирургическое лечение у больных пожилого и старческого возраста / Вардинец С., Лит О.М., Герасимчук Ю.М., Остапчук О.М. // Госпитальная хирургия- 2014.- №4. Стр.71-73.
4. Мини инвазивная технология в биллиарной хирургии/ Малоштан О.В., Бойко В.В., Тищенко О.М., криворучко И.А.- Харьков: СИМ, 2005-367стр.
5. Березенцкий Я.С. Лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни / Березницкий Я.С., Чухриенко Д.П. // Госпитальная хирургия.-1998.-№3-стр. 50-51.

Курбонова И.Ш., Шарипов Х.Ю., Хакимов С.А.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кафедра судебной медицины ГОУ ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Заболевания полости рта и глотки относятся к типичным сопутствующим заболеваниям, связанным с ВИЧ-инфекцией. Клинически они являются ранним признаком СПИДа. При этом снижается качество жизни, связанное со здоровьем полости рта, которое составляет примерно 10% от общей жизни. Как известно, ВИЧ-инфекция является медленно прогрессирующим инфекционным заболеванием, которое передается контактным путём [1,2]. Для этого заболевания характерно специфическое поражение иммунной системы и развитие тяжелой формы приобретенного иммунодефицита (СПИД), при котором развиваются оппортунистические инфекции, возникают злокачественные опухоли и аутоиммунные процессы, которые часто приводят к смерти больного [3,4]. Макроскопические и микроскопические изменения слизистых оболочек орофарингеальной области зависят от стадии инфицирования. При попадании ретровируса в организм он поражает клетки, и они теряют способность контролировать проникающие в организм возбудители грибковых, вирусных, бактериальных и других видов вторичной инфекции, а также малигнизированные клетки. У ВИЧ-инфицированных одним из ранних проявлений заболевания считаются поражения полости рта и слизистых оболочек ЛОР-органов. Наиболее часто при поражении ЛОР-органов вторичными инфекциями встречается кандидоз пищевода и глотки.

Согласно классификации Оральных исследований ВИЧ/СПИДа (OHARA), заболевания полости рта, связанные с ВИЧ, подразделяются на шесть групп: микозы, вирусные инфекции, идиопатические состояния, бактериальные, инфекции, заболевания слюнных желез и новообразования [4]. Проявления этих заболеваний зависят от стадии ВИЧ – инфекции и ранняя диагностика является актуальной.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения слизистых оболочек полости рта и глотки при различных стадиях ВИЧ – инфекции.

Материал и методы. Нами изучены изменения слизистых оболочек орофарингеальной области при различных стадиях ВИЧ инфекции у 23 больных, находившихся на лечение и диспансерном учете в г. Душанбе. Возраст больных составил от 28 до 51 года. Мужчин было 17 (73,9%), женщин -6 (26,1%). Заражение ВИЧ инфекции в основном было половым путём. Проводили клинические и биохимические методы исследования, а также специфические методы исследования, как ПЦР использовали систему «Abbot m 2000 гт». Количественная оценка РНК ВИЧ проводилась с использованием автоматизированного комплекса Abbott m2000 Real Time System методом полимеразной цепной реакцией на обратную транскриптазу (RT-PCR) invitro для определения уровня РНК ВИЧ-1 в диапазоне 20–10 млн копий/мл.

Микроскопические исследования проводили компьютерной системой «Leiramicrosystem», под микроскопом Olympus CX 21 Fs 1, камерой Digital Microscope Camera Specification MC – DO 48 U (E) с последующим фотографированием и увеличением 20,40,100.

Результаты и их обсуждение. В инкубационном периоде и в период первичной острой стадии ВИЧ инфекции патологических изменений со стороны слизистых оболочек полости рта не выявлены. У 3 больных в латентной стадии наблюдались изменения в виде углового хейлита, красных и белых трещин, язв в углах рта, чаще двусторонний. При посеве обнаружены инфекции Candida, а также Staphylococcus aureus стрептококки.

В третьей и четвертой стадии ВИЧ инфицирования у 2 больных обнаружены волосатая лейкоплакия полости рта, единственный патогномичный признак ВИЧ-инфекции. Определялись бело-серые лентовидные поражения на боковой стороне языка. Ширина полосок меньше 1 см, иногда вплоть до поражения спинки или нижней части языка (Рис.1).

Рис. 1 Лейкоплакия языка

Еще в 2 случаях выявлен псевдомембранный кандидоз, при этом - бляшки беловато-желтого цвета, кремового цвета, локализованные в полости рта, на щеках и в области миндалин. При микроскопии обнаружены гиф Candida (рис. 2)



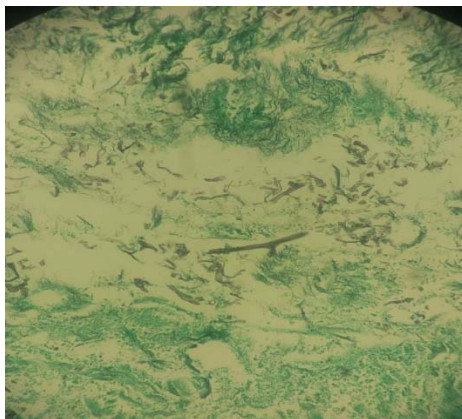


Рис. 2. Кандидоз слизистой оболочки видны гифы Candida.

В стадии СПИД-ассоциированный комплекс, или пре-СПИД в 3 случаях выявлен Herpeslabialis рецидивирующий афтозный стоматит в виде одиночных и множественных беловато-желтых язв, на неороговевающих тканях (слизистая щеки и губы, латеральный край языка, мягкое небо), четко окаймлены красным ореолом ((рис.3).



Рис. 3 Афтозный стоматит.

В 2х случаях обнаружен некротический язвенный стоматит, Поражение слизистой оболочки полости рта с обнажением подлежащей кости и распространением процесса на соседние ткани, язвенный гингивит и пародонтит за пределами слизисто-десневой границы.

В стадии собственно СПИД наблюдались у 2 больных саркомой Капоши – в виде ангиосаркомы. При этом папулы, сливаясь образовали инфильтраты. Они располагались на твердом и мягком небе ротовой полости, слизистой щеки. При микроскопии выявлены многочисленные тонкостенные сосуды, окруженные эндотелиальными и перителлиальными клетками, выраженная пролиферация пучков веретенообразных клеток - молодых фибробластов; некоторые из них атипичные, обнаруживаются митозы, ядра гиперхромные, крупные (рис.4).

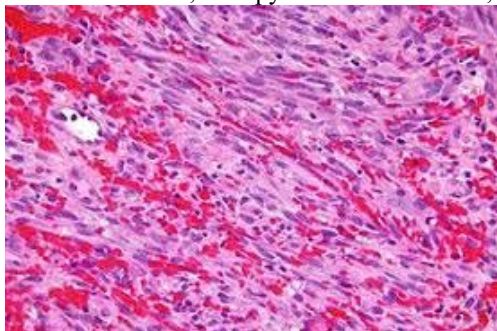


Рис.4 Синдром Капоши.

Выводы. Таким образом, клинические проявления заболеваний слизистой оболочки полости ротофарингеальной зоны, прежде всего, зависят от стадии ВИЧ –инфекции. В инкубационном периоде и в первой фазе ВИЧ –инфекции патологических изменений со стороны слизистых оболочек полости рта не выявляются. В основном поражения слизистых оболочек ротофарингеальной области наблюдаются во второй и последующих стадиях ВИЧ инфекции. В разгар СПИДа наблюдается злокачественное поражение в этой области в виде саркомы Капоши.

Литература.

1. Маковская Н.И. Воспалительные заболевания слизистых оболочек полости рта и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных /Н.И. Маковская// Дисс...канд.мед.наук-Санкт-Петербург 2015.-с.134
2. Рузиев М.М. Медико-организационные основы противодействия ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан /М.М. Рузиев//Дисс...док. мед. наук –Москва.-2019. -С. 372
3. Потекаев Н.С. Волосатая лейкоплакия как маркер ВИЧ-инфекции и СПИДа./Н.С. Потекаев, С.Н. Потекаев, Н.Н.Потекаев, О.В. Жукова // Клиническая дерматология и венерология. 2018;17(4):114-118
4. Eaton C. Human Herpesvirus-8 infection associated with Kaposi sarcoma, Multicentric Castleman's Disease, and Plasmablastic Microlymphoma in man with AIDS: A case report with review of pathophysiologic processes./Eaton C, Dorer R, Aboulafia DM. //Pathol Res Int 2011;647518.

Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Кучкорова К.Х.
ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
УДАЛЕНИЕ ЗУБА

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

Введение: В повседневной практической работе на хирургическом приеме, врач часто сталкивается с необходимостью проводить оперативные вмешательства по поводу сложного удаления нижнего третьего моляра. Эта проблема по данным различных авторов встречается в 54,6% случаях, а процент осложнений воспалительного, характера составляет 23,7-40,6%. Затрудненное прорезывание нижних третьих моляров приводит к патологическим изменениям корневой системы соседних зубов, межзубной, межкорневой костной ткани, а также способствует изменению височно-нижнечелюстного сустава.

Существует множество сообщений в литературе о выборах техники: лечения больных с данной патологией. Операция удаления нижнего третьего моляра часто оказывается сложной из-за анатомических особенностей расположения зуба, разнообразия формы, и количества корней, патологических изменений в окружающих его костной ткани. Выполнение операции сопровождается значительным повреждением костной и мягких тканей, ретромолярной зоны. Особое влияние на этиологию воспалительных осложнений оказывает бактериальная обсемененность перикоронарного пространства, а также структура содержимого костного кармана ретромолярной зоны нижней челюсти. Огромное внимание оказывается третьим молярам в стоматологии детского возраста и ортодонтии, для профилактики и лечения зубочелюстных аномалий.

После сложной операции удаление зуба нижнего третьего моляра заживление в лунке удаляемого зуба не всегда протекает гладко, есть высокая вероятность развития различных гнойно-инфекционных осложнений таких как альвеолит лунки зуба, ретромолярный абсцесс и различные флегмонозные процессы околочелюстных тканей которые вызывают состояние нетрудоспособности пациентам молодого, среднего и пожилого возраста. Применение современных антисептических средств и препаратов ускоряющие реминерализацию кости в лунке зуба обеспечивает благоприятное местное воздействие на заживление лунки зуба после сложной операции удаление третьего моляра нижней челюсти.

В связи с выше изложенным, особое значение приобретает поиск современных антисептических препаратов обладающих высокими противовоспалительным, антибактериальными ранозаживляющими способностями и костеобразующими свойствами актуальным считается в практике хирургической стоматологии.

Цель исследования: Целью данной работы является повышение эффективности лечения больных с применением препаратов Элюдрил про и Остеогенон после выполнения сложной операции удаление зуба третьего моляра нижней челюсти.

Материал и методы: Обследовано 56 пациента в возрасте от 18 до 34 лет, обратившихся по причине болезненности и нарушение функции в акте жевания в области нижней челюсти. По методу проводимого лечения больные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 25 пациентов которым были проведены операции по удалению зуба мудрости нижней челюсти, было назначено традиционная методика лечения. То есть после сложного удаления зуба мудрости всем больным этой группы было назначено антибактериальный препарат Ципрофлоксацин по 1 таблетке 2 раза в день, болеутоляющий препараты по выбору, при болях и местное полоскание ротовой полости солевым раствором в течении 5 дней.

Вторую группу составили 31 пациентов которым после удаления зубов была произведена антисептическая обработка самой лунки и окружающей слизистой оболочки полости рта препаратом Элюдрил про. Кроме того больным этой группы было назначено препарат Остеогенон в таблетированной форме. После выполнения сложной операции удаление зуба третьего моляра нижней челюсти в составе комплексного лечения больным назначили препарат Остеогенон по 1 таб. 2 раза в сутки, течение 21 дней. Больным этой группы раствор Элюдрил ПРО назначен в виде местного орошения полости рта в течении 5 дней.

Больным обеих групп проводили клиническое, рентгенологическое, мультиспирально компьютерно томографическое (МСКТ) и иммунологические обследования.

Обоим группам больных проводили микробиологические обследования, материалом для микробиологического исследования являлся экссудат после удаления зуба. Сбор материала проводили сразу после операции удаление зуба и спустя трое суток.

Результаты и их обсуждение: Среди больных в первой группе пациентов после сложной операции удаления зуба мудрости на нижней челюсти у 9-х больных наблюдалось альвеолит лунки удаленного зуба. Всем больным назначено соответствующая комплексная терапия для предотвращения местного осложнения альвеолита где применена антибактериальная, десенсибилизирующая и симптоматическая терапия. На 5-е сутки из 9 больных у 6-ох признаки воспалительного процесса лунки удаленного зуба затихла, боли прекратились, коллатеральный отек спал. У двоих больных воспалительный процесс лунки удаленного зуба перешел в хроническую форму где потребовалось добавочная комплекс мероприятий.

Вторую группу составили пациенты которым была произведена антисептическая обработка самой лунки и окружающей слизистой оболочки полости рта препаратом Элюдрил про в составе хлоргексидина диглюконата, хлорбутанола, натрия докзата оказывающий широкий спектр действие в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных бактерий, осложнения после сложного удаления зуба мудрости типа альвеолита в отличие от первой группы не наблюдалось, только из 31 больных у двоих наблюдался долговременный коллатеральный отек и дискомфорт в месте удаленного зуба мудрости, причиной того у этих больных отмечался гиперчувствительность составным частям Элюдрил ПРО, где было принято замена препарата. Кроме того всем больным этой группы был назначен препарат стимулирующий остеобластов, Остеогенон в таблетированной форме по 1 таб. 2

паза в сутки, течение 21 дней. Благодаря содержанию Оссеина в Остеогеноне обеспечивает лучший остеогенный эффект и усиливает действие минерального компонента – гидроксиапатита обеспечивающий сохранение высоты и толщину костной ткани альвеолярного отростка нижней челюсти.

Положительные действия препарата Остеогенона наблюдали на рентгенологическом исследовании после 3-х месяцев.

Из данных микробиологических исследований у больных первой группы где применяли традиционный метод лечения, следует, что сразу после операции удаления больного зуба выявлялись ассоциации различных видов микроорганизмов. Наиболее часто встречались ассоциации двух микроорганизмов (*Staph. aureus* и *Bacteroides*;) - у 13 (52%) пациентов, реже ассоциации трёх микроорганизмов - у 7 (28%) пациентов. Сочетание четырёх микроорганизмов выявлены у 5 (20%) пациентов. Через трое суток после оперативного вмешательства у 8 (32%) человек стала высеваться монокультура, ассоциации двух микроорганизмов выявлены - у 12 (48%), ассоциации трёх микроорганизмов — у 5 (20%). Ни у одного из пациентов в раневом отделяемом не выявлены ассоциации четырёх микроорганизмов.

По данным приведённых микробиологических исследований у больных второй группы где применяли современный антисептический препарат Элюдрил ПРО и остеорегенеративный препарат Остеогенон, следует, что сразу после удаления зубов мудрости в операционной ране выявлялись ассоциации микроорганизмов, как, и у пациентов группы сравнения. Наиболее часто встречались ассоциации трёх микроорганизмов - у 4 (12,9%) пациентов. Ассоциации четырёх микроорганизмов отмечены у 5 (16,1%) пациентов, двух микроорганизмов - 3 (9,6%) пациентов. Ни у одного из пациентов в операционном поле после сложного удаления зуба мудрости на нижней и верхней челюсти также как и в первой группе пациентов, не выявлялась монокультура микроорганизмов.

Через трое суток после оперативного вмешательства стала высеваться монокультура микроорганизмов — у 1 (3,2%) человек, ассоциации двух микроорганизмов выявлены - у 2 (6,4%) человек. Ни у одного из пациентов в операционном поле после удаления зуба не выявлены ассоциации из трёх и четырёх микроорганизмов. Следовательно наметилась положительная тенденция в нормализации микробного пейзажа ротовой полости.

Таким образом местное применение современного антисептика «Элюдрил ПРО» до и после удаления зубов мудрости на нижней и верхней челюсти а также применение остеорегенеративного препарата в таблетированной форме «Остеогенон» по данным микробиологических исследований способствовали сокращению сроков пребывания больных в стационаре и быстрейшему, качественному восполнению лунки после удаления зуба.

Заключение: Таким образом, результаты показали, что крайне важным является первичное заживление лунки удаленного зуба мудрости нижней челюсти для восстановления целостности альвеолярной кости. Уменьшение объема костной ткани усложняет дальнейшее протезирование пациентов съёмными и несъёмными конструкциями. Недостаток костной ткани может привести к невозможности или несостоятельности костной ткани. Операция сложное удаление зуба мудрости нижней челюсти с использованием современных антисептиков и остеорегенеративных препаратов обеспечивает заживление лунки удаляемого зуба первичным натяжением и предупреждает воспалительные осложнения данной области, которое обеспечивает возможностью дальнейшего полноценного протезирования, что ведет к улучшению качества жизни пациентов.

Список литературы:

35. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.

36. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.

37. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров, НС Исмаилов. Результаты применения антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием. 2021/11.

38. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитии переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.

39. DD Ibragimov, UM Mavlyanova, UB Gaffarov, F KUCHKOROV, NM Akramov. The case of hemifacial microsomia in blood brothers. THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука. 2021, 9. Стр. 793-795.

40. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). 2022, 1(1). Стр. 414-418.

41. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаилов. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.

42. А.Н. Ахмедов Д.Д. Ибрагимов, Ф.Ш. Кучкоров, О.А. Рузигаев, Н.Ш. Худойбердиев. Эффективность местного применения антисептического раствора и спрея при лечении периостита челюстей. Актуальные вопросы современной науки и инноватики. Вестник науки. 2023/6/16. Стр. 30-35.

43. Кучкорова Камола Холмат кизи Ибрагимов Даврон Дастамович, Мардонова Нигора Парда кизи, Кучкоров Фирдавс Шералиевич. Результаты хирургического лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюсти. Научный потенциал – 2023. Новая наука. 2023/5/29. Стр. 208-214.

44. Musaev Jamshid Khasanovich Ibragimov Davron Dastamovich, Kuchkorov Firdavs Sheralievich. Improving the effectiveness in the complex treatment of periostitis of the jaws with the use of drugs decasan and stomorad. Interdisciplinary research, education and innovation. International scientific conferences ConferencII. 2023/5/25, 6. Стр. 8-14.

Лемеш А.В., Шейбак В.М., Дорошенко Е.М.
СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ КАРБАПЕНЕМОВ НА
ФОНД СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность.

Благодаря широкому спектру действия и безопасности карбапенемы представляют собой широко используемый класс антибиотиков, особенно при лечении внутрибольничных инфекций, включая инфекции, вызванные микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью. Спектр антибактериальной активности карбопенемов включает большинство клинически значимых грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных штаммов бактерий [1]. Концентрация свободных аминокислот в биологических жидкостях и тканях является интегральной характеристикой метаболизма, позволяющей оценить межорганный перенос азота в форме аминокрупп между кишечником, печенью как центральным органом метаболизма и мозгом, реагирующим на изменения концентраций аминокислот-предшественников нейротрансмиттеров. Оценка пула свободных аминокислот в плазме крови (специфического азот-содержащего метаболома) позволяет оценить вклад в изменяющуюся картину отдельных органов и тканей.

Цель исследования.

Провести сравнительный анализ эффектов меропенема, имипенема/циластатина, эртапенема на пул свободных аминокислот в плазме крови крыс.

Материалы и методы исследования.

Эксперименты проводились на белых беспородных крысах массой 140-160 г, содержащихся на стандартном рационе вивария и имевших свободный доступ к питьевой воде. Животные были разделены на 4 группы: 1 (n=7) – животным в течение 10 суток внутрибрюшинно вводили 0,9%раствор NaCl; 2 (n=7) – животным в течение 10 суток внутрибрюшинно вводили меропенем-ТФ (ТрайплФарм СООО, РБ) в дозе 60 мг/кг массы, 3 (n=7) – животным в течение 10 суток внутрибрюшинно вводили имипенем/циластатин (ТрайплФарм СООО, РБ) в дозе 120 мг/кг массы, 4 (n=6) – животным в течение 10 суток внутрибрюшинно вводили Инванз (эртапенем) в дозе 60 мг/кг. Все опыты проведены с учетом «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных». На данное исследование получено разрешение Комитета по биомедицинской этике Гродненского государственного медицинского университета. Определение свободных аминокислот в плазме крови производили методом обращеннофазной ВЭЖХ с о-фталевым альдегидом и 3-меркаптопропионовой кислотой с изократическим элюированием и детектированием по флуоресценции (231/445 нм). Определение ароматических аминокислот (тирозина и триптофана) проводили методом ион-парной ВЭЖХ с детектированием по природной флуоресценции (280/320 нм для тирозина и 280/340 нм – для триптофана) [2]. Все определения проводили с помощью хроматографической системы Agilent 1100, прием и обработка данных – с помощью программы AgilentChemStation A10.01. Математическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение.

В плазме крови животных, которым внутрибрюшинно в течение 10 суток вводили имипенем/циластатин, увеличивалось общее количество протеиногенных аминокислот, аминокислот с разветвленной углеводородной цепью (валин, изолейцин, лейцин), ароматических аминокислот, абсолютное и относительное содержание незаменимых аминокислот, а также соотношение фенилаланин/тирозин (таблица 1).

Таблица 1. – Структура пула свободных аминокислот в плазме крови крыс, получавших Имипенем/циластатина и Меропенем-ТФ.

Изучаемый показатель	Контроль	Имипенем/ циластатин	Меропенем-ТФ
Общее количество аминокислот и их азотсодержащих производных	12396±426	13877±538*	11949±402
Общее количество протеиногенных аминокислот	11135±386	12673±523*	10837±374
Протеиногенные аминокислоты/азотсодержащие производные аминокислоты	8,9±0,36	10,5±0,41*	10±0,66
Общее количество незаменимых аминокислот	4817±262	5894±281*	4943±261
Заменимые аминокислоты/незаменимые аминокислоты	1,3±0,06	1,2±0,04*	1,2±0,05
Общее количество АРУЦ	1183±76	1531±68*	1251±72
Общее количество ароматических аминокислот	751±59,3	954±29,4*	883±48,9
Общее количество серосодержащих аминокислот	933±54	936±36	802±33*
Фенилаланин/тирозин	0,78±0,07	0,95±0,043*	0,90±0,042

Примечание: * – статистически значимые различия относительно контрольной группы (p<0,05)

Внутрибрюшинное введение в течение 10 суток меропенема-ТФ приводило к снижению концентрации глутамата (на 20%), глицина (на 23%), α -аминоадипиновой кислоты (на 33%), 3-метилгистидина (на 24%), α -аминомасляной кислоты (на 53%), β -аланина (на 32%), таурина (на 18%), этаноламина (на 16%), цистатионина (на 58%). Увеличивалась концентрация триптофана (в 1,4 раза). Уменьшение уровней ряда азотсодержащих метаболитов аминокислот может являться следствием снижения катаболизма аминокислот и использованием их в первую очередь для репарации поврежденных тканей. Снижение концентрации глутамата и глицина, при одновременном уменьшении уровней метаболитов цистеина, таурина и цистатионина, вероятно, является результатом активации синтеза глутатиона, в ответ на окислительный стресс, вызванный введением меропенема-ТФ.

Изучение характеристик аминокислотного фонда и спектра отдельных аминокислот в плазме (табл. 2) показало увеличение общего количества аминокислот и их метаболитов, наибольший вклад в данное увеличение внесли протеиногенные аминокислоты, содержание которых увеличивается на 7 %. Эти изменения подтверждаются достоверно значимым увеличением соотношения протеиногенных/азотсодержащих метаболитов аминокислот ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание увеличение как общего количества незаменимых аминокислот, так и снижение соотношения заменимые/незаменимые аминокислоты.

Таблица 2. Структура пула свободных аминокислот плазмы крови животных, получавших Инванз (эртапенем) (внутрибрюшинно 60 мг/кг 10 дней), мкмоль/л, $M \pm m$

Изучаемый показатель	Контроль	Эртапенем
Общее количество аминокислот и их азотсодержащих метаболитов	8962 $\pm$ 579	9341 $\pm$ 125
Общее количество протеиногенных аминокислот	7846 $\pm$ 561	8446 $\pm$ 108
Общее количество азотсодержащих метаболитов аминокислот	1117 $\pm$ 43	895 $\pm$ 38*
Протеиногенные/азотсодержащие метаболиты аминокислот	7 $\pm$ 0,48	9,5 $\pm$ 0,38*
Общее количество заменимых аминокислот	4872 $\pm$ 168	4829 $\pm$ 126
Общее количество незаменимых аминокислот	2974 $\pm$ 419	3617 $\pm$ 64
Заменимые/незаменимые аминокислоты	1,9 $\pm$ 0,36	1,3 $\pm$ 0,05
АРУЦ	1173 $\pm$ 58	1069 $\pm$ 48
АРУЦ/ААА	541 $\pm$ 80	542 $\pm$ 15
ААА	2,5 $\pm$ 0,41	2 $\pm$ 0,04
Общее количество серосодержащих аминокислот	727 $\pm$ 48	555 $\pm$ 29
Аргинин/орнитин	4,7 $\pm$ 0,24	3,5 $\pm$ 0,24
Аргинин/цитруллин	1,9 $\pm$ 0,11	1,7 $\pm$ 0,05
Глутамат+глутамин	1937 $\pm$ 105	1929 $\pm$ 38
Глутамат/глутамин	0,5 $\pm$ 0,02	0,4 $\pm$ 0,04

Выводы.

Аминокислотный дисбаланс, наблюдаемый в плазме крови после введения эртапенема, может являться следствием морфологических изменений как в кишечнике, так и нарушения биосинтетических процессов в печени.

Увеличение в плазме крови протеиногенных аминокислот после введения эртапенема свидетельствует о нарушении биосинтеза белка в печени.

Более выраженное изменение пула свободных аминокислот плазмы крови после введения имипенем/циластатина, вероятно, обусловлено наличием в составе препарата циластатина (ингибитора почечной дегидропептидазы), а также его более выраженной токсичностью.

Список литературы.

1. Armstrong T, Fenn SJ, Hardie KR. JMM Profile: Carbapenems: a broad-spectrum antibiotic./ Armstrong T, Fenn SJ, Hardie KR. // J Med Microbiol. – 2021. – Vol.70,N.12. – P:001462. <https://doi.org/10.1099/jmm.0.001462>.
2. Дорошенко, Е.М. Методологические аспекты и трудности анализа свободных (физиологических) аминокислот и родственных соединений в биологических жидкостях и тканях / Е.М. Дорошенко // Республиканская научная конференция по аналитической химии с международным участием «Аналитика РБ – 2010»: сборник тезисов докладов. – Минск, 2010. – С. 126 с.

Мавлонов М.А., Шарипов Х.Ю., Мирзоев Х.М.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СМЕРТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

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

Актуальность. Одна из причин внезапной смерти на сегодняшний день является алкогольное поражение сердца. Одним из проявления алкогольного поражения сердца считается алкогольная кардиомиопатия (АКМП), при этом смерть может наступить от отравления этиловым спиртом, когда концентрация его достигает 3 ‰ и выше, но смерть может наступить и при низких концентрациях этанола, если диагностирована кардиомиопатия. При морфоло-

гических исследованиях картина выявленной при внезапной смерти не одинаковая. Иногда приходится трудно врачам экспертам установить истинную причину внезапной смерти, это от алкогольной кардиомиопатии или от ишемической болезни сердца. Как известно кардиомиопатия развивается вследствие непосредственного токсического действия этилового спирта и его метаболитов на клетки миокарда. Если человек регулярно на протяжении 10 лет и больше принимает алкоголь, то у него развивается алкогольная кардиомиопатия (АКМП). При этом смерть наступает у 10–20 % больных алкоголизмом, в результате нарушения сердечной деятельности, что в структуре смертности взрослого населения составляет 2–4 %. С другой стороны длительное употребление алкоголя увеличивает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС). По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно от злоупотребления алкоголем погибают около 3 млн человек [1]. В Российской Федерации этот показатель составляет около 450 000 человек в год. У 10% лиц молодого возраста с алкогольным поражением сердца смерть наступает внезапно, а 40% скоропостижно умирают в возрасте моложе 40 лет [3]. АКМП в структуре внезапной сердечной смерти занимает второе место уступая внезапной коронарной смерти [4]. При длительном употреблении алкоголя этанол и его метаболиты подавляют клеточный метаболизм, нарушается обмен веществ, который приводит к тяжелой электрической нестабильности клеточных мембран. Это нарушение возможно служить причиной нарушения сердечного ритма с последующим развитием фибрилляции желудочков и остановки сердца. На практике судмедэкспертов встречались случаи, когда смерть наступает при невысоких концентрациях этанола на 1-2 сутки после приема алкогольных напитков. В таких случаях выяснить истинную причину развития смерти становится трудной задачей, в связи с этим эта проблема становится актуальной.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения органов при внезапной смерти, обусловленные алкогольной кардиомиопатией и ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 40 заключений и актов судебно-медицинских вскрытий из архива Республиканской судебно-медицинской экспертизы в период с 2015-2022 гг. Мужчин было 34, женщин - 6. Средний возраст умерших мужчин составил 40 лет, женщин — 51 год. Согласно экспертным заключениям и актам аутопсии причиной смерти явились алкогольная кардиомиопатия и ишемическая болезнь сердца. Количество этанола в крови определяли методом газовой хроматографии. Морфологические исследования проведены в патолого-анатомической лаборатории «Медицинского комплекса Шифобахш» и «Медицинского комплекса Истиклол».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что концентрация этилового спирта в крови умерших в пределах 0,3-0,5‰ выявлена у 9, от 0,5-1,5‰ — у 5, от 1,5 до 2,5‰ у 4 умерших, от 2,5 до 3‰ у 3 и выше 3‰ у 2. У 6 умерших человек в крови этиловый спирт не выявлен. Внутренние исследование органов показало, что сердце в большинстве случаев имело расширение полости, при подозрении на ИБС атеросклероз коронарных артерий и аорты, рубцовые изменения в миокарде, жировая дистрофия сердца (таблица 1). Печень больших размеров, желтого цвета, в легких участки с кровоизлиянием. Поджелудочная железа в большинстве случаев отекает, отмечается отек фатерова соска.

Проведенные микроскопические исследования показали, что в кардиомиоцитах выраженная жировая дистрофия, липофусциноз миокарда, у страдающих хроническим алкоголизмом-алкогольный гиалин в виде телец Мэллори, диффузный кардиосклероз очаги миоцитолита с лимфоидно-клеточной инфильтрацией, множественные фрагментации миофибрилл.

Таблица 1

Дифференциально-диагностические показатели при АКМП и ИБС

№п/п	Показатели	АКМП	ИБС
1.	Жировая дистрофия миокарда	Выражена	Не выражена
2.	Свертки крови в полостях сердца	Отсутствуют	Имеются
3.	Рубцовые очаги в миокарде	Отсутствуют	Наблюдаются
4.	Атеросклероз аорты	Отсутствует	Выражена
5.	Атеросклероз коронарных артерий	Отсутствует	Выражен
6.	Дилатация полостей сердца	Наблюдается	Не наблюдается
7.	Жировая дистрофия печени	Выражена	Не наблюдается

Как видно из приведенной таблицы, при смерти от АКМП при внутреннем исследовании можно наблюдать жировую дистрофию миокарда, накопление жира в кардиомиоцитах, выраженный стеатоз печени, расширение полостей сердца, при ИБС наоборот- наблюдается атеросклероз аорты и венечных артерий сердца, очаги рубцовых изменений в миокарде, иногда сгустки крови в полостях сердца.

При алкогольной кардиомиопатии причиной смерти не всегда явилась высокая концентрация этилового спирта в крови. Полученные данные показывают, что наличие алкоголя даже в малых концентрациях, обнаруживаемых в крови, может стать причиной смерти. Длительное употребление алкоголя (больше 10 лет) приводит к тяжелому нарушению в виде дистрофических, деструктивных, некробиотических и микроциркуляторных изменений, приводящие к структурно-функциональной декомпенсации кардиомиоцитов. В последующем это становится причиной летальных исходов.

В свою очередь низкая концентрация этанола в крови исключала возможность летального исхода вследствие непосредственно острого отравления этанолом. Сравнительное изучение показателей концентрации этанола в крови и моче с использованием коррелятивных связей выявило наличие сильной положительной корреляционной связи между этими показателями с высоким коэффициентом связи и уровнем достоверных различий ($p < 0,05$). Не установили значимых различий между показателями концентрации этанола в моче у группы мужчин и группы женщин ($p > 0,05$). Отличия дисперсий не имели значимых признаков. При значительном изучении показателей концентрации этанола в крови и моче в различных возрастных группах мужчин и женщин также не установили различий. Отсутствие значимых различий позволило предположить, что периоды резорбции и элиминации этанола в исследованных трупах на момент смерти не находились в прямой зависимости от возраста и половой принадлежности.

Выводы. Проведенный анализ показал, что внезапная сердечная смерть, патогенетически связанная с алкогольным поражением сердца, чаще встречается у мужчин от 36 до 45 лет и у женщин от 46 до 60 лет. Возникающие в миокарде вследствие токсического воздействия этанола и его метаболитов тяжелые дистрофические, некробиотические, деструктивные, а также микроциркуляторные изменения следует рассматривать в качестве морфологического субстрата для развития летального исхода. Такой исход может наступить на фоне как относительно низких концентраций этанола в крови (от 0,3 до 3‰), так и крайне низкого содержания этанола в крови (до 0,3‰) при отсутствии его уловимого влияния на организм. Концентрации этанола в крови и моче на момент смерти у лиц, умерших от алкогольного поражения сердца, не находятся в зависимости от возраста и половой принадлежности.

Максимова Т.В.1, Березовский Д.П.1, Максимов Ю.В.2

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) кафедра судебной медицины, Москва, Россия
2. ФГБОУ ВО МГТУ им. Н.Э. Баумана, Москва, Россия

Актуальность: Показатели смертности позволяют судить об уровне здравоохранения в государстве и о ценностных установках по отношению к здоровью и жизни каждого члена общества. Внезапная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ВС от ССЗ) является одной из актуальных медицинских и социальных проблем. По данным ВОЗ в 2021 г. от ССЗ скончались около 18 500 000 человек, в 2022 г. зарегистрировано 18 601 923 случаев смерти по этой причине [1]. В 2021 г. в Российской Федерации от сердечно-сосудистых заболеваний скончалось 933 986 человек, в 2022 г. - 831 557 россиян [2,3]. Большая частота внезапной сердечной смерти (ВСС) – до 60-90% от всех случаев внезапной смерти (ВС) обуславливает интерес к этой проблеме на уровне мирового сообщества [1,4].

Цель исследования. Дать судебно-медицинскую оценку динамики показателей ВС от ССЗ в зависимости от влияния отдельных медико-социальных факторов.

Материал и методы: выполнено ретроспективное исследование динамики уровня ВС от ССЗ по данным годовых отчетов по Форме отраслевой статистической отчетности N 42 - "Отчет врача судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы" за 2011-2020 гг. (далее – Форма 42). Изучены показатели заболеваемости, обеспеченности врачебными кадрами, уровня дохода и иные показатели за данный период из открытых данных Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, создана систематизированная база данных. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием компьютерного программного обеспечения Эксель-16 пакет с поиском зависимостей между уровнем ВС от ССЗ и отдельными медико-социальными факторами: обеспеченность врачебными кадрами на 10 тыс. населения, заболеваемость ССЗ на 1000 населения, доля лиц, внезапно скончавшихся в состоянии алкогольного опьянения в структуре ВС от ССЗ.

Результаты исследования и их обсуждение: По данным региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы Российской Федерации удельный вес внезапно умерших от сердечно-сосудистых заболеваний может достигать до 70 % среди всех внезапно скончавшихся от ненасильственных факторов. Часто она наступает в условиях неочевидности или, наоборот, сопровождается конфликтом с психоэмоциональным и физическим напряжением. Изучение таких случаев является прерогативой судебно-медицинских экспертов. Фатальный исход у ЛМВ наступает в результате нарушений сердечного ритма и проводимости сердца, развившиеся вследствие каналопатий, органических, в том числе, генетически обусловленных, поражений сердца (кардиомиопатии, врожденные пороки сердца и др.), инфарктов, токсических влияний на миокард в результате употребления алкоголя и наркотических средств, физической нагрузке [4,5]. Большая значимость проблемы обусловлена тем, что ВС часто наступает у лиц, у которых ранее не были выявлены заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы. Соответственно, они не подлежали наблюдению врачами-специалистами, а при судебно-медицинском исследовании в ряде случаев не установлены морфологические изменения сердца, стоящие в причинной связи с ВС [4,5]. Вопросы диагностики внезапной смерти от скрытно протекающих ССЗ и конкретизации провоцирующих факторов, требуют изучения не только с точки зрения судебной медицины, но и в целях разработки мер ее предупреждения.

Выполнен анализ показателей, характеризующих распространенность сердечно-сосудистой патологии и смертность от них: заболеваемость (на 1000 населения), смертность от ССЗ по данным Росстата (далее – общая смертность, ОС), ВС от ССЗ по данным Формы 42 как в общем по Российской Федерации, так и в отдельных ее субъектах, а также обеспеченность населения врачебными кадрами (на 10 тысяч населения). Динамика за 2003-2020 гг. продемонстрирована на рис.1.

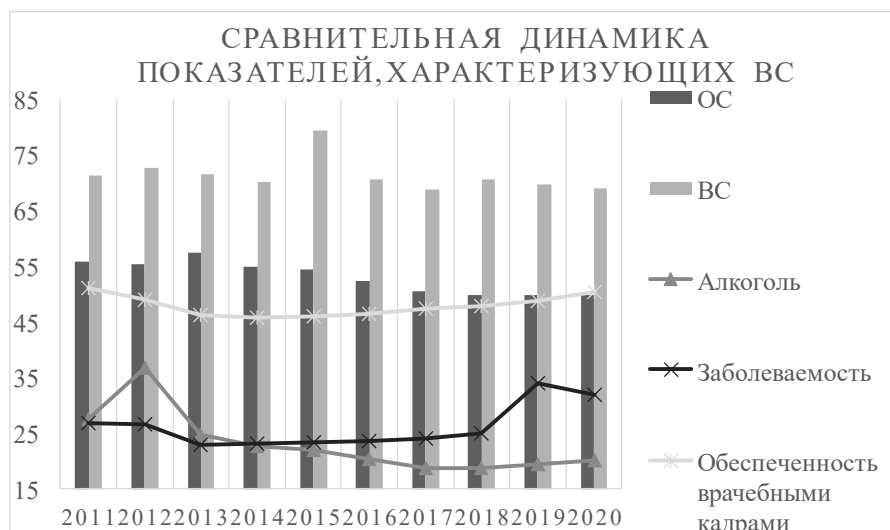
Установлено, что динамика распространенности ОС и ВС от ССЗ не имеют общего тренда. Если ОС имеет выраженную тенденцию к снижению, то показатели ВС от ССЗ в структуре ненасильственной смерти остается на стабильно высоком уровне: около 70% с максимальным показателем в 2015 г. – 79,4% и минимальным в 2019 г. - 69,79%.

Наглядно проиллюстрирована устойчивая тенденция снижения распространенности ОС от ССЗ в Российской Федерации. За 10 лет показатель снизился на 15 пунктов, с 55,9 до 49,84%.

За 10 лет более чем в два раза снижено количество лиц, внезапно скончавшихся от ССЗ в состоянии алкогольного опьянения: с 36,8 % в 2012 г. до минимального значения 18,82 % в 2017-2018 гг. При этом четкая корреляция с ВС от ССЗ по годам не выявлена, показатель уменьшился только на 10%. Это указывает на значимость иных факторов в формировании показателя ВС.

Отмечен резкий рост числа случаев неблагоприятного исхода от ССЗ при значительном снижении обеспечен-

ностью врачебными кадрами и снижение случаев ВС от ССЗ по мере увеличения количества врачей на 10 000 населения. Так, при минимальной обеспеченности врачами 45,9 на 10 тыс. населения (ОВ) в 2014 году, ВС от ССЗ в 2015 продемонстрировала максимальный показатель - 79,4%, а по мере улучшения кадровой ситуации наблюдалось постепенное снижения числа внезапно умерших от сердечно-сосудистых болезней: при ОВ 50,4 в 2020 г. ВС от ССЗ составила 68,96%.



Определена прямая корреляционная связь между уровнем заболеваемости (показатель представляет собой фактическую выявляемость лиц с болезнями сердечно-сосудистой системы) и обеспеченностью населения врачами: чем больше врачей, тем большее число больных попадает под наблюдение (с небольшим снижением ОС в 2020 г. за счет роста числа умерших от заболеваний дыхательной системы).

Отмечено снижение ОС и, более выраженное, ВС от ССЗ по мере роста заболеваемости – чем выше уровень заболеваемости (фактически – выявляемости лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями при медицинском обследовании) снижается уровень обоих показателей смертности от сердечно-сосудистых болезней. В 2014-2015 гг. заболеваемость составляла 23,2 и 23,33 случая на 1000 населения, ВС от ССЗ составляла 70,22 и 79,4%, ОС - 54,91 и 54,51 % соответственно. При росте заболеваемости до 33,99 и 31,81 в 2019 и 2020 гг. уровень ОС от ССЗ снизился до 49,88 и 49,84 %, ВС - до 69,79 и 68,96 %. Корреляция между уровнем заболеваемости и уровнями ВС и ОС носит обратный характер: чем выше уровень заболеваемости, тем ниже показатели общей и внезапной смерти от ССЗ.

Выполнен нозологический анализ скоропостижно скончавшихся от ССЗ. Установлено, что среди лиц старше 45 лет как причина ВС преобладает ишемическая болезнь сердца – до 80%, в возрасте 35-44 года эта причина смерти диагностировалась у 18 % умерших, отмечены единичные случаи у более молодых лиц. У ЛМВ по классификации ВОЗ как причина ВС преобладали кардиомиопатии различного генеза, в т.ч., генетически обусловленные. Доля аутопсий-отрицательной смерти в этой группе составила около 2%. Имеются основания считать, что у умерших этой группы имела место аритмия, обусловленная генетически детерминированными нарушениями строения миокарда (например, гипертрофическая КМП) и проводящей системы сердца (синдром удлиненного интервала QT, синдром Бругада), в том числе, при дисплазии соединительной ткани, которые не были выявлены при жизни [4,5]. Таким образом, фатальный исход у лиц молодого и среднего возраста следует считать условно предотвратимым[5].

Выводы: 1. Внезапная смерть от сердечно-сосудистых заболеваний является актуальной проблемой не только в Российской Федерации, но и во всем мире. Причины и условия наступления ВС от ССЗ лиц молодого возраста (ЛМВ) изучены недостаточно.

2. Уровень внезапной смерти от сердечно-сосудистых причин коррелирует с обеспеченностью населения медицинской помощью и заболеваемостью (выявляемостью) сердечно-сосудистых заболеваний: чем выше уровень заболеваемости и лучше обеспечение населения врачебными кадрами, тем ниже уровень внезапной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Выявленные статистические зависимости могут быть использованы для разработки национальных программ по оздоровлению населения и прогнозирования динамики показателей внезапной и общей смертности в зависимости от ряда медико-социальных факторов.

Литература:

1. Официальный сайт ВОЗ. Дата обращения: 10.08.23. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
2. Здравоохранение в России, официальный сайт. https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm. Дата обращения: 10.08.23.
3. Федеральная Служба государственной статистики. Дата обращения: 05.08.23. <https://rosstat.gov.ru/>
3. Пиголкин Ю. И., Кактурский Л. В., Шилова М. А., Глоба И. В. Судебно-медицинская диагностика внезапной смерти лиц молодого возраста. М.: Издательство Российской Академии наук; 2018.
4. Митрофанова Л.Б., Рыбакова М.Г. Причины и механизмы внезапной сердечной смерти у детей. Судебно-медицинская экспертиза. 2021;64(6):43–49. <https://doi.org/10.17116/sudmed20216406143>

Мардонова Н. П., Ибрагимов Д. Д., Холмунинов Б.Б.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

Введение: В последние годы разработаны и предложены к использованию в области оперативного вмешательства в клинической медицинской практике различные биологические и медицинские материалы, оказывающие активное влияние на репаративный остеогенез, для повышения эффективности реабилитации после оперативного лечения кист в костях челюсти и для заполнения костного дефекта. Сегодня с целью костной регенерации в области хирургического вмешательства применяют ауто- и аллоксено остеорегенераторы, приготовленные различными методами. Параллельно широко распространено использование синтетических полимерных материалов для заполнения костных полостей. Однако все они имеют показания и противопоказания к применению в зависимости от конкретной ситуации. Существует ряд преимуществ использования PRF в сочетании с натуральными и синтетическими остеопластическими материалами. Несмотря на реализованные в клинической практике решения, направленные на усиление костно-репаративных процессов в области костных дефектов путем оперативного лечения кист челюстей и заполнения кистозных пространств в зависимости от размеров, в лечении кист челюстей путем их заполнения искусственными материалами имеется достаточно недостатков костных элементов, в том числе кистозных пространств после цистэктомии. Неприемлемость используемых препаратов при развитии гнойно-воспалительных процессов в зонах костей челюсти, высокая стоимость их доставки вызывают различные проблемы у практикующих врачей. Задачей современных челюстно-лицевых хирургов является изучение параметров повреждений челюстей с помощью 3D-рентгенографии, компьютерной томографии, ортопантомограммы для определения размеров костного дефекта челюсти, совершенствование методов лечения костного дефекта методом «PRF».

Цель: Изучение результатов хирургического метода лечения с применением богатого тромбоцитами фибрина при реконструкции костного дефекта челюсти после цистэктомии.

Материалы и методы: В нашем исследовании проведен анализ 28 пациентов, пролеченных стационарно с радикальными кистами нижней и верхней челюсти в течение 2022-2023 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. Обследованные пациенты разделены на две группы, 13 (46,4%) больных в 1-й группе получали традиционное лечение, 15 (53,6%) пациентов во 2-й группе использовали PRF после цистэктомии по поводу кист челюсти. Предоперационное обследование обеих групп больных проводилось по стандартной схеме, включавшей уточнение жалоб, сбор анамнеза и др.

При подготовке больных к операции проводили общеклиническое обследование, провели анализы крови и мочи. Проведено рентгенологическое исследование, денситометрическое исследование, определены размеры и характер костного дефекта, составлен план лечения. Перед операцией больным разъясняли характер и цель операции, ход операции и возможные осложнения после нее. У 13 (46,4%) больных 1-й группы, которым применяли традиционный метод лечения, после операции цистэктомии на челюстях накладывали слизисто-надкостничный лоскут и накладывали швы на край раны.

Во 2-й группе у 15 (53,6%) больных после цистэктомии по поводу кист челюсти проводилась обработка ран антисептиками. На область дефекта накладывали препарат костного материала «БиоПласт Дент». На обрабатываемую область накладывали мембрану PRF с учетом того, что насыщенный тромбоцитами фибрин образует эластичную массу при соединении содержащегося в нем коллагена с кровью и длительно сохраняет свою форму. После операции больным проводилось комплексное лечение. Всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография на томографе SIEMENS (Япония) до операции и через 1 мес, 6 мес, 12 мес после операции, в аксиальной проекции больных в нейтральном положении. Размер дефекта, образованного кистой челюсти, анализировали с помощью компьютерной томографии. Проведено ортопантомографическое исследование на аппарате PaX-i3D Vatech Global (Южная Корея) для измерения плотности новообразованной костной ткани. Денситометрические измерения проводились путем анализа цифровых изображений на персональном компьютере с использованием программы Image J (Wayne Rasband. Национальный институт здравоохранения, США) плотности костной ткани после операции на челюсти. Средние пиксели между областью новообразованной кости и окружающей костью были исследованы для оценки яркости до операции и через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты: У больных с одонтогенной кистой челюстной кости, цистэктомией в области дефекта, образовавшегося после операции, денситометрический индекс в области дефекта через 1 сутки после операции составил 40 ± 5 , через 1 мес после операции 45 ± 5 . операции, 55 ± 5 через 3 мес, 65 ± 5 через 6 мес, 12 75 ± 5 результатов зарегистрировано через месяц, денситометрический показатель в зоне дефекта мембраны PRF с использованием предложенного нами препарата «БиоПласт Дент» составила 50 ± 5 через 1 сутки после операции, 70 ± 5 через 1 месяц, 90 ± 5 через 3 месяца, 110 ± 5 через 6 месяцев, Через 12 месяцев зафиксировано 160 ± 5 эффективных результатов. Устранение дефектов по традиционному методу составило 12,8%, а по рекомендованному методу - 88,73%. В 3-месячной динамике операции с использованием костно-пластического материала «БиоПласт Дент» на ортопантомограмме определялась костная ткань в области дефекта. Костные бугорки в области дефекта через 6 мес. На 12-м месяце рентгенологических исследований появился регенерат, полностью восполнивший дефект, и было установлено, что он по структуре и плотности близок к окружающей костной ткани.

Таким образом, при дефекте, сформированном в костной ткани челюсти, установлено, что в группе PRF по сравнению с контрольной группой происходил процесс регенерации костной ткани за счет пролиферации хондронидной ткани, быстрой инфильтрации сосудов из нормальных костная ткань. Наличие фактора роста в материале PRF ускоряет процесс остеогенеза. Фактор роста, высвобождаемый из лейкоцитов при PRF, активирует остеобласты,

заставляя их быстро прикрепляться к поверхности костных трабекул, что ускоряет формирование концентрических костных пластинок. Можно сделать вывод, что такие свойства материала PRF позволили полностью устранить дефект в короткие сроки. Еще одним важным эффектом материала PRF является стимуляция роста кровеносных сосудов. Можно сделать вывод, что это ускорило обмен веществ в зоне операции и, как следствие, ускорило формирование пластинчатой кости. С целью определения процессов регенерации в области костного дефекта у пациентов она проводилась по программе «Image J», основанной на поглощении оптического света тканью. Ортопантомографию пациентов изучали до операции, в 1-е сутки, через 1 мес, 3 мес, 6 мес и 1 год после операции. При изучении было замечено, что оптическая плотность кортикальной пластинки здоровой кости составляет до 170, а оптическая плотность пористой кости составляет около 150. Начало костной регенерации в оперированной области было от 40 ± 5 ед. до 165 ± 5 ед. До операции мы имели практически одинаковые показатели светопропускания в обеих группах больных. Измерялись 5 точек в области дефекта: по одной центральной и по часовой стрелке в области 12, 4, 8. Самый низкий показатель составил 25 единиц, самый высокий – 45 единиц. У больных без послеоперационного костно-пластического материала наименьший балл составил 25, наивысший – 40, общий средний балл – 40. Наименьший балл – 40, наивысший, по сравнению с контрольной группой, показатель – 55.

Заключение: По результатам, эффективность лечения определяли путем оценки течения послеоперационного периода, а также результатов инструментального обследования в основной и контрольной группах. Таким образом, важной задачей в практике хирургической стоматологии считается профилактика альвеолярных опухолей и дефектов других отделов челюстных костей, которые могут стать причиной образования костных пакетов в послеоперационном периоде при одонтогенных кистах челюстных костей. После цистэктомии применение остеорегенеративного препарата «БиоПласт Дент» совместно с мембраной PRF обеспечивает восстановление дефекта без деформации, а в дальнейшем обеспечивает пациенту полноценную ортопедическую лечение.

Список литературы:

1. ДД Ибрагимов, УН Мавлянова, ФШ Кучкоров, И Халилов. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress. 2021, 2(5). Стр. 287-291.
2. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Применение современных антисептиков в сочетании с остеорегенеративными препаратами после сложных операций удаления зуба мудрости. Актуальные вопросы стоматологии. 2021. Стр. 852-855.
3. Ф Нарзикулов, Ф Кучкоров, Д Ибрагимов. Применение препарата элюдрил про в комплексном лечении для профилактики в развитие переимплантитов. Дни молодых учёных. 2022/4/29, 1. Стр. 88-89.
4. ДД Ибрагимов, ФШ Кучкоров. Развитие деформации лица при неправильной диагностике доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (клиническое наблюдение). Материалы Национального конгресса с международ. участием, посвящ. памяти проф., Заслуженного деятеля науки Республики Беларусь О. П. Чудакова, Республика Беларусь. 2022, 1(1). Изд. центр БГУ; БГМУ. Стр. 414-418.
5. ДД Ибрагимов, УМ Мавлянова, УБ Гаффаров, ФШ Кучкоров, НС Исмаев. Случай гемифациальная микросомия у кровных братьев. Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. 2021. Стр. 48-51.

^{1,2}Маризоева М.М., ЗРустамова М.С., 2Неъматзода О.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С НАДПОЧЕЧНИКОВЫМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ

¹ ЗАО Лечебно-диагностический центр «Дунёи саломат» г. Душанбе

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Одним из причин расстройств репродуктивного здоровья женщин является гормональные нарушения на почве различных эндокринопатий, в том числе патологий надпочечников сопровождающиеся избыточной секрецией кортизола [1-5]. В настоящее время крупные исследования по эпидемиологии женского бесплодия на почве эндогенного гиперкортицизма надпочечниковой этиологии отсутствуют, а в большинстве работ анализируются случаи или серии наблюдений по диагностике и успешному её лечению [4, 5].

Наш практический опыт показывает, что из-за медленного прогрессирования и вялотекущего течения надпочечникового гиперкортицизма, долгое время патология остаётся не выявленной [3]. Кроме того, развитие данной патологии у молодых женщин также имеет важное социальное значение, так как на фоне гормональных изменений у них развиваются грубые изменения внешнего вида и конституционного строения тела, что в конечном итоге оказывают на них отрицательное психическое воздействие и нередко становятся причиной распада семьи [1, 2]. В связи с этим исследования, направленные на изучение характера и тяжести изменений репродуктивного здоровья женщин на фоне гиперкортизолемии считаются актуальными и позволяют улучшить качества и результаты оказания специализированной им медицинской помощи.

Цель исследования: обобщение собственного опыта диагностики и лечения репродуктивных нарушений у женщин детородного возраста с синдромом Иценко-Кушинга.

Материал и методы исследования. По дизайну настоящая работа носила проспективный наблюдательный характер, где были анализированы результаты комплексной диагностики, лечения и диспансеризации 23 женщин с синдромом Иценко-Кушинга, обусловленным кортизол-продуцирующими опухолями надпочечников. Возраст пациенток варьировала от 19 до 48 лет, составив в среднем $28,4 \pm 6,2$ лет. Во всех случаях новообразования надпочечников имели одностороннюю локализацию – в 16 случаях слева, в 7 наблюдений - справа. Примерная средняя длительность

заболевания, выясненная при опросе пациенток, составила $68,2 \pm 12,4$ месяцев.

Во всех случаях как при первичном осмотре пациенток, так и в разные периоды лечения и их диспансеризации, нами проведена целенаправленная оценка состояния репродуктивной их функции. Кроме того, проводился мониторинг динамики изменения гормонального гомеостаза, определяя не только уровень утреннего и вечернего кортизола, но и других значимых стероидных и тиреоидных гормонов.

Топическую диагностику изменений внутренних репродуктивных органов, надпочечников, а также органов брюшной полости и забрюшинного пространства осуществляли ультразвуковым исследованием (УЗИ) и компьютерной томографией (КТ). Кроме того, определяли наличие и степень костного ремоделирования путем рентгеновской денситометрии костей таза, бедренных костей, а также поясничного отдела позвоночника.

Полученные в ходе исследования цифровые значения были внесены в программу Excel и подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS Statistica 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне-арифметического значения (M) и его стандартной ошибки (m). Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая картина надпочечникового гиперкортицизма была обусловлена следствием длительного влияния избытка глюкокортикоидов на органы и системы. Наиболее характерными жалобами у пациенток явились повышение артериального давления, изменение внешнего вида, увеличение массы тела с развитием диспропорционального ожирения, нарушение функций репродуктивных органов по типу олиго- или дисменореи, ациклические маточные кровотечения, изменения трофики и внешнего вида наружных половых органов, а также внешнее изменение кожи с появлением стрий и угревой сыпи. Наблюдающиеся головные боли, нарушение памяти и подавленность пациенток были обусловлены как симптоматической гипертензией, так и токсической энцефалопатией развившейся на почве гиперкортизолемии.

При прогрессивном и тяжёлом течении заболевания было характерно появление жажды, выраженной мышечной слабости (связанное с гипокалиемией), болей в костях, чаще в грудном и поясничном отделах позвоночника (связанных с остеопорозом позвоночника) и психических нарушений (плохой сон, депрессия, внезапные резкие ответы на задаваемые вопросы и различные раздражители).

Ценным методом диагностики эндогенного гиперкортицизма являлось определение уровня кортизола в сыворотке венозной крови, которая во всех случаях было значительно повышенным, при нормальном содержании АКТГ.

Признаками кортикостеромы при УЗИ явилось наличие объёмного образования надпочечника округлой формы, с чёткими и ровными контурами, однородной структурой. Размеры выявленных новообразований варьировались от 30 до 67 мм, в среднем составляя $38,42 \pm 6,09$ мм. На КТ эти опухоли проявились как округлые образования гомогенной структуры, плотностными показателями до $+25$ НУ, средним размером $34,57 \pm 10,63$ мм.

Проведенная рентгеновская денситометрия показала у всех пациенток признаки остеопороза – снижение поверхностной минеральной плотности костной ткани на L_2-L_4 от $0,88$ г/см² до $0,79$ г/см², на шейке бедра – от $0,781$ до $0,725$ г/см², что по Т-критерию соответствовало $-1,9$ SD (остеопения). На фоне проведенной адреналэктомии и последующего приёма препаратов кальция и витамина D, улучшился кальций-фосфорный обмен, что привело к восстановлению минеральной плотности костей с её увеличением от 45 до 71,8% в сроках до 48 месяцев.

В качестве консервативного лечения и предоперационной подготовительной терапии всем женщинам были назначены гипотензивные (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов) и гипогликемические препараты, ингибиторы стероидогенеза («Ориметен», «Маммомит», «Низорал»), препараты кальция и витамин D, антибиотики широкого спектра действия для лечения сопутствующих очагов инфекции.

С целью профилактики развития послеоперационной надпочечниковой недостаточности за 2 дня до операции и в течение 30 дней после неё применялась заместительная гормональная терапия метилпреднизолоном. При гистологическом изучении удаленных новообразований надпочечников, признаков малигнизации ни разу не обнаружено.

До выписки из стационара у более половины пациенток развилось нагноение послеоперационной раны, что требовало проведение регулярных перевязок и в конечном итоге повлияло на длительность госпитализации.

Непосредственные и отдалённые результаты после проведённого лечения в сроках до 72 месяцев изучены у всех пациенток. Стойкий гипотензивный эффект, снижение массы тела, восстановление нарушенных репродуктивных функций, уменьшение кожных проявлений (гирсутизм, акне, стрии), увеличение минеральной плотности костей и улучшение качества жизни отмечались у 22 пациенток. Умерла одна пациентка, спустя 4 месяцев после операции, от синдрома Нельсона из-за несоблюдения приписанного режима заместительной гормональной терапии. У половины пациенток, спустя 24 месяцев и более после операции наступило полное восстановление утраченных функций репродуктивной системы с развитием беременности и рождением доношенного ребёнка.

Заключение. На фоне эндогенного гиперкортицизма развивается тяжелое повреждение и функциональные изменения органов женской репродуктивной системы с развитием вторичного бесплодия. Удаление кортизол-продуцирующей опухоли последующая реабилитационная терапия позволяют стабилизацию гормонального гомеостаза. Однако не всегда отмечается полное восстановление детородной функции женщин, особенно с более длительным анамнезом заболевания и тяжелыми метаболическими изменениями.

Литература

1. Жмуренко, Е.В. Эндогенный гиперкортицизм и ожирение / Е.В. Жмуренко, С.П. Меренкова // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2018. – № 4 (64). – С. 87-88.
2. Наримова, Г.Д. Оценка эффективности качества жизни больных с синдромом Кушинга / Г.Д. Наримова // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – № 3. – С. 51-54.
3. Садриев, О.Н. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Иценко-Кушинга / О.Н. Садриев, З.С. Ахмаджонов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 2. – С. 74-81.

4. Эндогенный гиперкортицизм и беременность: особенности диагностики, лечения и тактика ведения / О.О. Голоунина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – Т. 21, № 5. – С. 5-14.
5. Эндогенный гиперкортицизм у беременных / М.Ю. Юкина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2022. – Т. 22, № 2. – С. 47-56.

Масляков В.В., Барсуков В.Г., Бахаев А.Д.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ТРАВМОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Кафедра факультетской хирургии и онкологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ

Введение. Травма селезенки относится к одной из наиболее часто встречаемых повреждений в современной urgentной хирургии. При этом, имеются определенные сложности диагностики таких ранений, особенно у пожилых пациентов и при изолированных травмах живота [1, 2]. Своевременная диагностика таких повреждений, несомненно, сказывается на выборе тактики и течении ближайшего послеоперационного периода таких пациентов [3].

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости основных диагностических признаков у пациентов с закрытыми травмами селезенки в различных возрастных группах.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели, были проанализированы клинические симптомы 37 пациентов, объем внутрибрюшного кровотечения, которых не превышал 500 мл. Основную группу составили 21 пациент в возрасте от 60 до 89 лет с травмами селезенки, которые согласно классификации Международного симпозиума по возрастной периодизации (Москва, 1965 г.) относились к пожилому возрасту. В группу сравнения вошли 16 пациента молодого и среднего возраста. Данные пациенты проходили лечение в отделении экстренной хирургии Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Энгельса в период с 2000 г. по 2022 г. В исследование включались пациенты, возраст которых составлял не менее 60 лет, у которых были диагностированы изолированные травмы данного органа. Исключались пациенты, поступившие с множественными или сочетанными повреждениями селезенки, а также те пациенты, которые в момент поступления имели терминальное состояние.

Результаты исследования и их обсуждение. Как показывает анализ данных, в основной группе пациентов наиболее часто встречались такие симптомы, как Мак-Кракена и «ваньки-встаньки». Данные симптомы в основной группе отмечены в 5 (4,2 %) и 1 (0,8 %) наблюдениях соответственно, тогда как в группе сравнения в 1 (0,8 %) и 6 (5 %) случаях соответственно ($r = 0,75$, $p < 0,05$). Существенных различий в остальных клинических симптомах в двух сравниваемых группах отмечено не было. Следующими, достаточно важными показателями, которые характеризуют наличие крови в брюшной полости, являются признаки общей кровопотери и наличие перитонеальных симптомов. Исходя из этого, нами была выделена группа симптомов, на основании которых можно было заподозрить закрытое кровотечение. К таковым были отнесены: головокружение, общая слабость, мелькание «мушек пред глазами», тахикардия, кратковременные обморочные состояния, снижение артериального давления. Как показывают проведенные исследования, у пациентов, которые были отнесены к основной группе (внутрибрюшная кровопотеря не превышала 500 мл), такие симптомы выявлялись чаще, чем среди пациентов группы сравнения, соответственно у 19 (15,8 %) и 8 (6,7 %) человек ($r = 0,65$, $p < 0,05$). Одновременно с этим, проведенный анализ присутствия симптомов, характерных для перитонита (в первую очередь, симптом Щеткина – Блюмберга), показал, что статистически достоверных различий в двух группах получено не было. Симптом Щеткина – Блюмберга встречался в 7 (5,8 %) и 6 (5 %) случаях ($r = 0,15$, $p > 0,05$) соответственно. Отсутствие четкой клинической картины у таких пациентов, невозможность выявить симптомы, которые являлись бы патогномичными для такой травмы, способствовало некоторым трудностям, связанным с постановкой диагноза. В связи с этим, у пациентов, кровопотеря которых составляла малый объем, для постановки диагноза потребовалось применение инструментальных исследований. Не вызывает сомнений тот факт, что закрытые травмы селезенки, сопровождаемые внутрибрюшным кровотечением, приводят к нарушениям показателей гемодинамики. Данные нарушения выражаются гипотонией, увеличением числа сердечных сокращений. Как показывают наши исследования, внутрибрюшная кровопотеря легкой степени привела к развитию нарушений гемодинамики у 19 (15,8 %) пациентов, составивших основную группу. При этом в группе сравнения данные изменения были выявлены только у 8 (6,7 %) человек ($r = 0,87$, $p < 0,05$). Полученные данные позволяют утверждать, что нарушения гемодинамических показателей при внутрибрюшной кровопотере до 500 мл характерны для пациентов основной группы. Показатели частоты дыхательных движений (ЧДД), пульса, АД систолического и диастолического, полученные в ходе исследования у пациентов двух сравниваемых групп, показывают, что ЧДД в основной группе составила 20,1 в мин [19,8; 21,3], тогда как в группе сравнения не превышала 18,8 в мин [17,5; 19,6] ($r = 0,87$, $p < 0,05$); ЧСС – соответственно 103 в мин [99; 107] и 92 [89; 95] ($r = 0,88$, $p < 0,05$), систолическое АД – 116 мм рт. ст. [114; 118] и 116 мм рт. ст. [115; 117] ($r = 0,12$, $p > 0,05$); диастолическое АД – 60 мм рт. ст. [57; 63] и 70 мм рт. ст. [68; 74] ($r = 0,86$, $p < 0,05$). На основании этого можно сделать заключение, что в основной группе отмечалось изменения в таких показателях, как ЧСС, ЧДД, диастолическое АД. В ходе дальнейшего исследования был проведен анализ диагностической ценности вышеописанных симптомов у пациентов двух сравниваемых групп, в тех случаях, когда объем внутрибрюшного кровотечения был отнесен к среднему уровню, т.е. менее одного литра. В данную группу вошли 48 пациентов, которые были распределены следующим образом: основная группа – 27 человек, группа сравнения – 21 пациент. В результате проведенного исследования было установлено, что к основным жалобам, возникающим у пациентов основной группы, можно отнести симптом «ваньки-встаньки», симптомы, возникающие при раздражении левого диафрагмального нерва. Такие симптомы в данной группе были отмечены в 24 (20 %) наблюдениях, тогда как в группе сравнения лишь в 7 (5,8 %) случаях ($r = 0,91$, $p < 0,05$). Другая, наиболее частая жалоба, которая была выявлена у пациентов основной группы, связана с признаками кровопотери. Такие симптомы предъявляли большинство пациентов основной группы – 24 (20

%) человека, тогда как в группе сравнения лишь 6 (5 %) обследованных ($r = 0,88$, $p < 0,05$). На втором месте по значимости вышли симптомы, которые развиваются вследствие раздражения диафрагмального нерва слева, они зафиксированы соответственно у 13 (10,8 %) и 7 (5,8 %) человек ($r = 0,69$, $p < 0,05$). Исходя из этого, можно сделать заключение, что у пациентов основной группы при внутрибрюшной кровопотери легкой и средней степени при диагностике на первый план выходят признаки, характеризующие кровопотерю. При проведении анализа другого клинического критерия, который также встречается при закрытых травмах селезенки, проявляющегося признаками перитонита, нами было установлено, что у пациентов основной группы они отмечались в 18 (15 %) случаях, а в группе сравнения – в 10 (8,3 %) наблюдениях ($r = 0,75$, $p < 0,05$). При исследовании четкости такого важного симптома, характерного для перитонита, как симптом Щеткина – Блюмберга, было выявлено, что у пациентов основной группы выраженность данного симптома была отмечена в 5 (4,2 %) случаях и определялась слабо, тогда, как в группе сравнения слабо выраженный данный симптом был только в 2 (1,7 %) случаях ($r = 0,76$, $p < 0,05$). Еще в 3 (2,5 %) наблюдениях у пациентов основной группы проявление данного симптома было охарактеризовано как умеренно выраженный, в группе сравнения такая характеристика данного симптома была отмечена в 1 (0,8 %) случае ($r = 0,75$, $p < 0,05$). В остальных 2 (1,7 %) наблюдениях у пациентов основной группы и в 7 (5,8 %) случаях в группе сравнения ($r = 0,87$, $p < 0,05$) симптом Щеткина – Блюмберга был клинически выражен. Из этого следует, что клиническая картина перитонита у пациентов основной группы более стертая по сравнению с группой сравнения. Распределение показателей гемодинамики у пациентов анализируемых групп позволило установить, что ЧДД в основной группе составила 30,6 в мин [28,5; 32,4], тогда как в группе сравнения – 22,3 в мин [19,7; 24,5] ($r = 0,86$, $p < 0,05$); ЧСС – соответственно 120 в мин [118; 124] и 110 в мин [99; 114] ($r = 0,87$, $p < 0,05$); систолическое АД – 65 мм рт. ст. [63; 67] и 96 мм рт. ст. [87; 107] ($r = 0,92$, $p < 0,05$); диастолическое АД – 40 мм рт. ст. [37; 53] и 65 мм рт. ст. [62; 67] ($r = 0,87$, $p < 0,05$). Исходя из этого можно сделать заключение, что у пациентов основной группы в момент поступления расстройства гемодинамики были более выражены, чем у пациентов группы сравнения. Вместе с тем, следует отметить тот факт, что даже при выраженной клинической картине у пациентов как основной, так и группы сравнения, патогномоничных симптомов, которые могли быть связаны с повреждением селезенки, выявить не смогли. Аналогичное исследование основных клинических симптомов было проведено среди пациентов, повреждения селезенки у которых сопровождалось внутрибрюшным кровотечением тяжелой степени. В данную группу был включен 31 пациент, среди которых 16 пациентов основной группы и 15 человек группы сравнения. В результате проведенного исследования было установлено, что анализируемые симптомы среди пациентов как основной, так и группы сравнения, встречались примерно с одинаковой частотой, и статистически достоверных различий получить не удалось. Распределение показателей гемодинамики у пациентов анализируемых групп, показывают, что у пациентов основной группы в момент поступления были зарегистрированы более выраженные нарушения гемодинамики. Так, ЧДД в основной группе составила 35,4 в мин [33,2; 37,5], тогда как в группе сравнения – 27,5 в мин [25,4; 28,3] ($r = 0,87$, $p < 0,05$); ЧСС – соответственно 128 в мин [123; 131] и 119 в мин [117; 123] ($r = 0,85$, $p < 0,05$); систолическое АД – 55 мм рт. ст. [53; 57] и 65 мм рт. ст. [63; 67] ($r = 0,82$, $p < 0,05$); диастолическое АД – 30 мм рт. ст. [27; 37] и 40 мм рт. ст. [37; 42] ($r = 0,87$, $p < 0,05$). Представленные данные наглядно показывают, что у пациентов обеих групп регистрировалось учащение ЧДД, ЧСС, снижение показателей АД. Тяжелая внутрибрюшная кровопотеря, несомненно, приводила к утяжелению общего состояния в момент поступления. Так, среди пациентов основной группы такую оценку получили 12 (10 %) человек, а в группе сравнения – 9 (7,5 %) пациентов ($r = 0,75$, $p < 0,05$). При оценке выраженности другого важного диагностического симптома – Щеткина – Блюмберга как в группе пациентов, которые были отнесены к старшей возрастной группе, так и у пациентов молодого и среднего возраста, его можно расценить как выраженный. Так, у пожилых пациентов выраженность данного синдрома была отмечена в 98 % случаев, а у молодых и среднего возраста – в 96 % ($r = 0,14$, $p > 0,05$). При этом считаем необходимым отметить и тот факт, что на фоне выраженного перитонитального синдрома не было обнаружено выраженного напряжения мышц передней стенки. Это касалось как основной группы, так и группы сравнения.

Заключение. На основании полученных данных можно утверждать, что закрытые травмы селезенки, сопровождаемые внутрибрюшным кровотечением различной степени тяжести, закономерно приводят к гемодинамическим расстройствам. Вместе с тем, что касается пациентов старших возрастных групп, данные симптомы имеют более выраженный характер, что необходимо учитывать в клинической практике.

Список литературы

1. Масляков, В.В. Особенности диагностики закрытых травм селезенки у пожилых пациентов / В.В. Масляков, А.Д. Бахаев, С.А. Куликов, М.А. Шихмагомедов // *Medicus*. - 2022. - №3 (45). - С. 60-67.
2. Александров, В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению / В.В. Александров, С.С. Маскин, В.В. Матюхин // *Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского*. - 2021. - Т. 10, №2. - С. 347-356.
3. Махмадов, Ф.И. Влияние диагностических мероприятий на исход лечения больных с кранио-абдоминальными травмами / Ф.И. Махмадов, М.В. Давлатов, Н.О. Рахимов, Р.Н. Бердиев, Р.К. Наимов // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2020. № 4. С. 25-30.

Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д., Адылова Ф.Х.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИХОЛЕСТЕАТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ СРЕДНЕГО УХА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

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

Актуальность. Особенно тяжело протекает хронический гнойный средний отит с холестеатомой, которая представляет собой эпидермальное образование, способное разрушать структуры среднего уха, приводя к стойкой тугоухости. Нельзя забывать и о более серьезных последствиях, таких как лабиринтит, парез лицевого нерва. Встречаются

также внутричерепные осложнения, угрожающие жизни пациента: пахименингит, абсцесс мозга, гнойный разлитой менингит. Причиной данных осложнений является, прежде всего, анатомическая близость структур среднего уха к мозговым оболочкам [3]. От 24 до 63% больных хроническим гнойным отитом сталкиваются с холестеатомой — опухолевым образованием в ухе.

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) — заболевание, с которым нередко приходится сталкиваться ЛОР-врачу в повседневной практике. Проявления ХГСО: стойкая перфорация барабанной перепонки, периодическое или постоянное гноетечение, снижение слуха. Потеря слуха отрицательно сказывается на речевом и интеллектуальном развитии ребенка в детском возрасте, поскольку приводит к нарушению как речевого, так и интеллектуального развития. По данным авторов, в большинстве случаев причиной ХГСО являются рецидивирующие острые воспаления среднего уха [1, 2].

Абсолютное большинство холестеатом уха (82-98%) являются приобретенными (вторичными). Врожденная (первичная) холестеатома среднего уха встречается реже, возникает в результате эктодермального дизонтогенеза в раннем периоде формирования эмбриона, являясь следствием эмбрионального остатка эпителиальных тканей [3, 4]. Наиболее часто холестеатомное поражение среднего уха у детей диагностируется в возрасте 8-11 лет, мальчики болеют в два раза чаще, чем девочки [4].

Применение современных диагностических методов дает возможность диагностировать ХГСО на ранних стадиях. Выполнение отомикроскопии при первичном обращении пациента позволяет четко определить характер отоскопических изменений. Компьютерная томография височных костей с высокой точностью диагностирует локализацию патологического процесса, что позволяет выбрать тактику хирургического лечения, направленную на максимальное сохранение анатомических структур наружного и среднего уха.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения холестеатомного поражения среднего уха у детей.

Материалы и методы исследования. В условиях детского ЛОР отделения ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2021-2023 гг. нами было обследовано и прооперировано 48 больных в возрасте от 7 до 15 лет (из них 12 девушек и 36 мальчиков), страдающих хроническим гнойным средним отитом осложненным холестеатомой и различной степенью тугоухости. В зависимости от локализации перфорации барабанной перепонки больные были разделены в 2 группы: эпителимпанит – 29(60,4%), мезоэпителимпанит 19(39,6%). Также среди больных встречались 5(10,4%) пациентов с рецидивом заболевания – которым ранее проводилось хирургическое лечение по поводу хронического гнойного среднего отита.

Всем больным в предоперационном периоде при помощи отомикроскопа оценивали состояние полости среднего уха, проводили исследование проходимости слуховых труб, аудиологическое исследование, компьютерную томографию (КТ) височных костей, а также лабораторные исследования. У всех больных при поступлении исследовали отделяемое из уха, а также отделяемое, забираемое во время санлирующей операции из операционной полости.

Результаты исследования и их обсуждение. С целью изучения распространенности холестеатомы а также разрушение того или иного отдела среднего уха нами были изучены КТ больных. По данным компьютерной томографии височных костей у одного больного встречались несколько вариантов расположения холестеатомы и разрушение костной стенки среднего уха. В ходе КТ исследование нами получены следующие патологические процессы: Склеротический и смешанный тип строения сосцевидного отростка был выявлен у 21 (43,7%) а воздухоносный тип у 27(56,3%) больных. Патологическое содержимое в антруме и барабанной полости - у 48 (100%), при этом содержимое в эпителимпануме определялось у 28 (58,3%) больных. Патологическое содержимое в антруме было выявлено у 39 (81,3%) больных. Кариес стенок антрума регистрировался у 13 (27,1%) человек, расширение адитуса - у 17 (35,4%), кариес стенок барабанной полости - у 12 (25%), кариес слуховых косточек - у 19(39,6%) больных, патологическое содержимое вокруг слуховых косточек - у 27 (56,3%). Блок ниши окна преддверия наблюдался у 21 (43,8%) человека, блок ниши окна улитки - у 17 (35,4%).

При выполнении КТ височных костей пациентам, которым ранее были выполнены санлирующие операции, во всех 5 (10,4%) наблюдениях было выявлено мягкотканое образование в послеоперационной полости, из них у 3 (60%) кариозные изменения стенок полости. При ревизии послеоперационной полости холестеатома была выявлена в 4 (80%). В 1 (20%) случаях данных за холестеатомное поражение не было, а рецидив заболевания был обусловлен выраженным грануляционным процессом.

Всем больным проведено хирургическое лечение. Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования и длительности процесса: консервативно-радикальных операций было выполнено 11(22,9%), санлирующих операций «зарытого типа»- 9(18,8%), антромастоидотомия в 10(20,8%) аттикоантромотомия в 13 (27,1%) случаях. У 5(10,4%) больных была проведена ревизия с реконструкцией послеоперационной полости.

Анализ предрасполагающих факторов развития ХГСО показал, что больные эпителимпанитом и эпимезотимпанитом болели острым гнойным средним отитом более 3 раз в год (57,7% случаев). Выяснилось, что роль экссудативного среднего отита(6,6%) и адгезивного среднего отита (15%) как причины ХГСО также велика в группах больных эпителимпанитом и эпимезотимпанитом.

Выводы. Применение КТ височных костей позволяет диагностировать распространенность патологического процесса, выявить наличие кариозных изменений структур среднего уха. Своевременное обнаружение холестеатомного поражения среднего уха позволяет провести максимально щадящее хирургическое лечение, что является определяющим в сохранении слуха пациентов.

Литературы.

1. Хронический гнойный средний отит у детей. Особенности и современные аспекты диагностики и лечения /М. М. Полунин и др/ Науч.-прак. журнал Постдипломное образование в оториноларингологии. – 2018. - №2. - С 2-10.

2. Милешина Н.А., Курбатова Е.В. Особенности холестеатомы наружного и среднего уха у детей. Российская оториноларингология. - 2008. - №2. - С. 295-298.
6. Милешина Н.А. Холестеатома наружного слухового прохода / Н.А.Милешина, Е.В. Курбатова // Вестник оториноларингологии. - 2008. №5. - С. 97-99.

Махамадиев А.А., Ятимов Х.Р., Бекназарова Г.М.

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. В последнее десятилетие вновь наметился рост числа мастоидитов у детей [3]. Одновременно с этим наблюдается увеличение количества осложнений острого мастоидита, таких как субпериостальный абсцесс, петрозит, бецолюдовский мастоидит, эпидуральный и субдуральный абсцесс, тромбоз сигмовидного синуса [3, 4].

Частота острого среднего отита в структуре отоларингологических заболеваний составляет 15-20%, а среди заболеваний уха достигает 65-70%. На первом году жизни 44% детей переносят острый средний отит один-два раза, а 7-8% - три и более раз. [1].

Согласно отечественным данным, частота осложнения острого среднего отита у новорожденных и грудных детей колеблется от 14 до 40% и возрастает при сопутствующих соматических заболеваниях: дизентерии (до 46%), бронхопневмонии (до 55%), токсической диспепсии (до 80%). Факторы риска, способствующие возникновению заболевания, делятся на местные и общие. К местным факторам относятся: вирулентность микробов, наличие избыточного количества миксоматозной эмбриональной ткани под слизистой оболочкой, что особенно характерно для детей диплоэтического типа строения сосцевидного отростка. К общим факторам риска относятся: заболевания, обуславливающие снижение общего иммунитета, повышенная чувствительность организма к определенным видам гноеродной микрофлоры; аллергия; низкий уровень личной гигиены, [2].

Средний отит, как правило, начинается на фоне тубарной дисфункции в связи с распространением инфекции в среднее ухо из носоглотки. Частые острые гнойные средние отиты, экссудативный средний отит, адгезивные процессы в среднем ухе являются факторами риска по развитию холестеатомы среднего уха у детей.

Цель работы. Изучение эффективности различных вариантов хирургического лечения острого гнойного среднего отита у детей.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2021-2023гг было госпитализировано 18 детей с острым гнойным средним отитом (ОГСО) и различными вариантами его осложнений: острый мастоидит у 3 детей, субпериостальный абсцесс у 7 детей, пересинуозный (эпидуральный) абсцесс - 2 детей, глубокий абсцесс шеи у 2 детей, а у 4 детей зигоматит. Возраст детей варьировал от 4 до 7 лет, из них мальчики были 11, а девочки 7, сельские 12, городские 6. Всем больным было проведено отомикроскопия, аудиологическое и лабораторные методы исследования, а также компьютерная томография (КТ) височных костей.

Результаты и их обсуждения. Жалобы больных при поступлении были на гноетечение из уха, острая боль в области уха, отечность и припухлость в области сосцевидного отростка, шеи и скуловой области, вынужденное положение головы, повышение температуры тела, головные боли, головокружение, общая слабость и снижение аппетита. Критериями диагностики были гиперемия, отечность и пульсация барабанной перепонки, нависание задне-верхней стенки слухового прохода, появление инфильтрации мягких тканей, гиперемии кожи и болезненности при пальпации сосцевидного отростка, шеи и скуловой области. А также по данным КТ височных костей было выявлено: разрушение клеток сосцевидного отростка, наличие содержимого в полостях среднего уха, нахождение ограниченного гнойного содержимого в области сосцевидного отростка, шеи, скуловой области и около сигмовидного синуса, а также набухлость мягких тканей в этих областях. Надо отметить, что у всех обследованных больных при КТ височных костей диагностировано воздушноносный тип сосцевидного отростка.

Из анамнеза выяснено, что все дети до момента поступления от 3 до 5 дней в медицинских учреждениях по месту жительства получили консервативное лечение, такие как антибиотики, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, а также глюкокортикостероиды. С последующей неэффективностью консервативного лечения и появлением припухлости в заушной области, шеи и скуловой области с признаками флюктуации по экстренным показаниям больные были направлены в специализированное медицинское учреждение.

В зависимости от выраженности и течения острого процесса всем детям было произведено различное оперативное вмешательство (антромастоидотомия-3, вскрытие субпериостального абсцесса с антротомией-7, расширенная радикальная операция-2, радикальная операция со вскрытием глубокого абсцесса шеи-2 и антромастоидотомия со вскрытием абсцесса скуловой области с последующим его дренированием-4).

У детей, оперированных по поводу осложненного острого среднего отита, обнаружены различные патологические изменения в полостях среднего уха: обширные деструктивные изменения, распространения патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, перисинуозные, перифасциальные, перилабиринтные ячейки, блок адитусаdantrum отечной слизистой оболочкой и/или грануляционной тканью, формирующейся в полостях сосцевидного отростка при его деструкции, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка с субпериостальным и пересинуозным абсцессом.

После проведенного соответствующего хирургического вмешательства ежедневно и регулярно обрабатывали рану с промыванием полостей абсцесса различными дезинфицирующими и антибактериальными растворами, такими как раствор ципрофлоксацина, хлорфилипта, фурацилина. У 2-х детей с пересинуозным абсцессом после произведенной радикальной операции для ревизии полости очага с инфекцией, рану оставили открытой, с последующим получением удовлетворительного результата, на 3-5 сутки наблюдения рану зашили рассасывающимися шовными материалами.

Гнойное содержимое, взятое во время операции, отправили на бактериологическую лабораторию для определения флоры и их чувствительности к антибиотикам. Всем пациентам антибиотики были назначены строго по результатам исследования гнойного содержимого.

На 2 день после соответствующего комплексного лечения повышение температуры не наблюдалось. На 5-7 сутки отмечено: исчезновение болезненного синдрома, вынужденного положения головы и припухлости сосцевидного отростка, шеи и скуловой области, гноетечение из уха, а также дети стали активными. На 10 сутки после лечения больные были выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией наблюдения ЛОР врача по месту жительства. После 1-го месяца при повторном осмотре рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы. Проведение соответствующего хирургического вмешательства у детей с осложненным острым гнойным средним отитом является эффективным и целесообразным методом лечения, позволяющей своевременную ликвидацию гнойного очага с последующим выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дериглазов М.А. Острые средние отиты в детском возрасте. В кн.: Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2008: 376 с.
2. Детская оториноларингология. Руководство для врачей. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: Медицина; 2005. Т.1.: С.459-494.
3. An increasing incidence of mastoiditis in children in Iceland / A. F. Finnbogadottir [et al.] // Scand. J. of Inf. Dis. – 2019. – Vol. 41. – P. 95-98.
4. Advanced pediatric mastoiditis with and without intracranial complications / J.P. Zevallos[et al.] // Laryngoscope. – 2018. – Vol. 119, N 8. – P.1610-1615.

Махамадиев А.А., Ятимов Х.Р., Бекназарова Г.М.

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан.

Актуальность. В последнее десятилетие вновь наметился рост числа мастоидитов у детей [3]. Одновременно с этим наблюдается увеличение количества осложнений острого мастоидита, таких как субпериостальный абсцесс, петрозит, бецолюдовский мастоидит, эпидуральный и субдуральный абсцесс, тромбоз сигмовидного синуса [3, 4].

Частота острого среднего отита в структуре отоларингологических заболеваний составляет 15-20%, а среди заболеваний уха достигает 65-70%. На первом году жизни 44% детей переносят острый средний отит один-два раза, а 7-8% - три и более раз. [1].

Согласно отечественным данным, частота осложнения острого среднего отита у новорожденных и грудных детей колеблется от 14 до 40% и возрастает при сопутствующих соматических заболеваниях: дизентерии (до 46%), бронхопневмонии (до 55%), токсической диспепсии (до 80%). Факторы риска, способствующие возникновению заболевания, делятся на местные и общие. К местным факторам относятся: вирулентность микробов, наличие избыточного количества миксоматозной эмбриональной ткани под слизистой оболочкой, что особенно характерно для детей диплоэтического типа строения сосцевидного отростка. К общим факторам риска относятся: заболевания, обуславливающие снижение общего иммунитета, повышенная чувствительность организма к определенным видам гноеродной микрофлоры; аллергия; низкий уровень личной гигиены [2].

Средний отит, как правило, начинается на фоне тубарной дисфункции в связи с распространением инфекции в среднее ухо из носоглотки. Частые острые гнойные средние отиты, экссудативный средний отит, адгезивные процессы в среднем ухе являются факторами риска по развитию холестеатомы среднего уха у детей.

Цель работы. Изучение эффективности различных вариантов хирургического лечения острого гнойного среднего отита у детей.

Материал и методы. В детском ЛОР отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2021-2023гг были госпитализированы 18 детей с острым гнойным средним отитом (ОГСО) и различными вариантами его осложнений: острый мастоидит у 3 детей, субпериостальный абсцесс у 7 детей, пересинуозный (эпидуральный) абсцесс - 2 детей, глубокий абсцесс шеи у 2 детей, а у 4 детей зигоматит. Возраст детей варьировал от 4 до 7 лет, из них мальчики были 11, а девочки 7, сельские 12, городские 6. Всем больным было проведено отомикроскопия, аудиологическое и лабораторные методы исследования, а также компьютерная томография (КТ) височных костей.

Результаты и их обсуждение. Жалобы больных при поступлении было на гноетечение из уха, острая боль в области уха, отечность и припухлость в области сосцевидного отростка, шеи и скуловой области, вынужденное положение головы, повышение температуры тела, головные боли, головокружение, общая слабость и снижение аппетита. Критериями диагностики были гиперемия, отечность и пульсация барабанной перепонки, нависание задне-верхней стенки слухового прохода, появление инфильтрации мягких тканей, гиперемии кожи и болезненности при пальпации сосцевидного отростка, шеи и скуловой области. А также по данным КТ височных костей было выявлено: разрушение клеток сосцевидного отростка, наличие содержимого в полостях среднего уха, нахождение ограниченного гнойного содержимого в области сосцевидного отростка, шеи, скуловой области и около сигмовидного синуса, а также набухлость мягких тканей в этих областях. Надо отметить, что у всех обследованных больных при КТ височных костей диагностировано воздухоносный тип сосцевидного отростка.

Из анамнеза выяснено, что все дети до момента поступления от 3 до 5 дней в медицинских учреждениях по месту жительства получили консервативное лечение, такие как антибиотики, антигистаминные препараты, дезинтоксикационная терапия, а также глюкокортикостероиды. С последующей неэффективностью консервативного лечения и появлением припухлости в заушной области, шеи и скуловой области с признаками флюктуации по экстренным

показаниям больные были направлены в специализированное медицинское учреждение.

В зависимости от выраженности и течения острого процесса всем детям было произведено различное оперативное вмешательство (антромастодотомия - 3, вскрытие субпериостального абсцесса с антротомией - 7, расширенная радикальная операция - 2, радикальная операция со вскрытием глубокого абсцесса шеи - 2 и антромастодотомия со вскрытием абсцесса скуловой области с последующим его дренированием - 4).

У детей, оперированных по поводу осложненного острого среднего отита, обнаружены различные патологические изменения в полостях среднего уха: обширные деструктивные изменения, распространения патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, перисинуозные, перифасциальные, перилабиринтные ячейки, блок *aditus ad antrum* отечной слизистой оболочкой и/или грануляционной тканью, формирующейся в полостях сосцевидного отростка при его деструкции, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка с субпериостальным и перисинуозным абсцессом.

После проведенного соответствующего хирургического вмешательства ежедневно и регулярно обрабатывали рану с промыванием полостей абсцесса различными дезинфицирующими и антибактериальными растворами, такими как раствор ципрофлоксацина, хлорфилипта, фурациллина. У 2-х детей с перисинуозным абсцессом после произведенной радикальной операции для ревизии полости очага с инфекцией, рану оставили открытой, с последующим получением удовлетворительного результата, на 3-5 сутки наблюдения рану зашили рассасывающими шовными материалами.

Гнойное содержимое, взятое во время операции, отправили на бактериологическую лабораторию для определения флоры и их чувствительности к антибиотикам. Всем пациентам антибиотики были назначены строго по результатам исследования гнойного содержимого.

На 2 день после соответствующего комплексного лечения повышение температуры не наблюдалось. На 5-7 сутки отмечено: исчезновение болезненного синдрома, вынужденного положения головы и припухлости сосцевидного отростка, шеи и скуловой области, гноетечение из уха, а также дети стали активными. На 10 сутки после лечения больные были выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией наблюдения ЛОР врача по месту жительства. После 1-го месяца при повторном осмотре рецидива заболевания не наблюдалось.

Выводы. Проведение соответствующего хирургического вмешательства у детей с осложненным острым гнойным средним отитом является эффективным и целесообразным методом лечения, позволяющим провести своевременную ликвидацию гнойного очага с последующим выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРЫ

5. Дериглазов М.А. Острые средние отиты в детском возрасте. В кн.: Болезни уха, горла, носа в детском возрасте. Национальное руководство. Под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2008: 376 с.
6. Детская оториноларингология. Руководство для врачей. Под ред. М.Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. М.: Медицина; 2005. Т.1.: С.459-494.
7. An increasing incidence of mastoiditis in children in Iceland / A. F. Finnbogadottir [et al.] // Scand. J. of Inf. Dis. – 2019. – Vol. 41. – P. 95-98.
8. Advanced pediatric mastoiditis with and without intracranial complications / J.P. Zevallos [et al.] // Laryngoscope. – 2018. – Vol. 119, N 8. – P.1610-1615.

Махмадкулова Н.А., Курбанов Дж. Дж.

СПОСОБЫ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии имени профессора Каримова М.К.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Внедрение микрохирургических способов операции при врожденных сращениях пальцев кисти, использование оптического материала и атравматических нитей намного улучшили результаты местно-пластических операций. Однако по сей день имеются множество сообщений относительно традиционных способов операции при врожденных синдактилиях и растет частота различных осложнений в послеоперационном периоде. В частности в последние годы имеются множество сообщений о рецидиве патологии и развития вторичных деформаций. Осложнения, развившиеся после разобщения пальцев кисти, усложняя задачу хирурга, требуют применению более сложных методов реконструкции [1, 6].

Одной из сложных задач при разобщении пальцев является идентификация пальцевых сосудисто-нервных пучков. Операция, проведенная невооруженным глазом, намного расширяет риск повреждения пальцевых сосудисто-нервных пучков, что в ряде случаев может привести к некрозу одного либо двух разобщенных пальцев [2]. В связи с этим микрохирургические способы операции с применением оптического увеличения в настоящее время не имеют другую альтернативу и именно после их широкого внедрения намного снизилась частота различных осложнений, как в ближайшие, так и отдаленные сроки после операции [3].

Успех всякой операции по поводу врожденного сращения пальцев является адекватное формирование межпальцевого промежутка. В настоящее время существуют различные варианты выкраивания васкуляризированных треугольных и П-образных лоскутов, перемещением которых можно сформировать адекватную межпальцевую промежутку [1,4].

Вместе с тем выкраенные лоскуты на широком основании под оптическим увеличением для укрытия дефектов боковых поверхностях пальцев являются наиболее оптимальными в плане кровообращения и профилактики развития некроза их самих [5,7].

Таким образом, хирургическая коррекция врожденных сращений пальцев кисти по сей день остаётся сложной задачей реконструктивной и пластической микрохирургии. Многие аспекты данной проблемы требуют дальнейшей

разработки, при этом остаётся высокой частота развития рецидива патологии и развития вторичных деформаций разобщенных пальцев. Идентификация пальцевых сосудисто-нервных пучков при выполнении операции, выкраивания лоскутов на широком основании, формирование адекватного межпальцевого промежутка считаются основными аспектами хирургической коррекции врожденной синдактилии кисти. Рецидив патологии, развития вторичных деформаций разобщенных пальцев является нелегкой задачей и требует применению более сложных, порою многоэтапных реконструкций.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургической коррекции врожденной синдактилии кисти путем выполнения разнородных операций местно-пластического характера с применением прецизионной техники и оптического увеличения.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов микрохирургической коррекции врожденной синдактилии кисти у 22 детей в возрасте от 3 до 18 лет за период с 2015 по 2023 годы. Операции проведены под оптическим увеличением с использованием микрохирургической технологии в условиях лечебно-диагностического центра ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Среди общего числа пациентов 17 находились в школьном возрасте, девочек было 17, мальчиков -5.

Полная форма врожденного сращения пальцев имела у 19 пациентов, у остальных 3 пациентов сращение охватывало лишь основных (2) и средних фаланг (1) пальцев. Рентгенологическая картина сращения костей ногтевых фаланг при полной форме патологии был выявлен в 10, что подтверждалось при осуществлении операции.

При объективном исследовании было установлено, что сращение II-III пальцев имело место у 8 пациентов. Наиболее часто (12) отмечалось сращение III-IV, редко (2) сращения II-V пальцев. Угловая деформация ногтевых фаланг сращенных пальцев при полной форме патологии было установлено у 8 детей. При исследовании функциональной активности кисти было выявлено, что патология не сопровождала нарушением функции грубого захвата, лишь отмечалось ограничение, либо отсутствие некоторых тонких видов движений в пальцах кисти. Кровообращения во всех сращенных пальцев было компенсированным.

Среди дополнительных методов диагностики шире использовали рентгенографию и ультразвуковую доплерографию, тогда как по необходимости нами были применены инвазивные способы диагностики. Кроме того были использованы термометрия и реовазография. Методики УЗДГ и ангиографии были осуществлены в условиях диагностическом отделении и отделения эндоваскулярной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии специалистами этого же центра.

Результаты и их обсуждения. Использование кровоостанавливающих жгутов, оптического увеличения (Лупа) и микрохирургических инструментов на много облегчили нашу задачу. Адекватная иммобилизация и идентификация пальцевых сосудисто-нервных пучков, профилактика их повреждения во многом зависела от применения оптического увеличения. Малый диаметр пальцевых сосудисто-нервных пучков, выкраивание треугольных либо П-образных лоскутов, а также лоскутов для формирования межпальцевых промежутков во всех наблюдениях требовала щадящую технику выполнения операции, что считается невозможным невооруженным глазом.

Перед операции начерчивались линии разрезом с целью адекватной мобилизации лоскутов, а также полного укрытия развившихся дефектов по боковым поверхностям разобщенных пальцев. Общее обезболивание было использовано детям до 14 лет и старшему возрастному контингенту предпочтение отдавали проводниковой анестезией плечевого сплетения.

Были использованы различные варианты местно-пластических операций. Объём операции зависел от вида сращения пальцев, их местно-пластического материала. В большинство случаев (15) разобщение пальцев осуществили выкраиванием треугольных лоскутов. П-образные лоскуты были использованы в 4, методика Hirshowitz – в 3 наблюдениях. Разъединение костных сращений ногтевых фаланг не представляло особых затруднений.

С целью формирования межпальцевых промежутков также выкраивали треугольные и П-образные лоскуты по тыльной, либо ладонной поверхности кисти. Этот этап операции считался важным в плане профилактики рецидива сращения основных фаланг разобщенных пальцев в ближайший послеоперационный период. Лоскуты выкраивали на широкой ножке, что обеспечивало адекватное кровоснабжение верхушек лоскута и тем самым предупреждало развитие некроза верхушек лоскутов.

Встречно-перемещаемые лоскуты, выкроенные по боковым поверхностям пальцев, адекватно ликвидировали развившиеся дефекты пальцев.

При осуществлении операции повреждение пальцевого нерва имело место в 2, пальцевой артерии в одном наблюдении. Поврежденные структуры были восстановлены нитью полипропилен 7.0 под оптическим увеличением.

Гемостаз после снятия жгута выполнялся во всех наблюдениях и после снятия жгута оценили степень кровообращения разобщенных пальцев. Критериями адекватного кровообращения разобщенных пальцев служили: наполнение ногтевых фаланг, покраснение фаланг, выраженная капиллярная реакция и температура пальцев. Непосредственно после завершения операции нарушение кровообращения разобщенных пальцев имело место в 2 наблюдениях, который был ликвидирован снятием некоторых кожных швов.

Краевой некроз треугольных лоскутов в ближайшие дни после операции имел место в 3, нагноение раны в -2 наблюдениях. Развившиеся осложнения негативно не влияли на результаты операции. Во всех наблюдениях при выписке детей из стационара кровообращения разобщенных пальцев оставалось компенсированным.

Отдаленные результаты местно-пластических операций были изучены в период от 6 до 3 лет во всех 22 наблюдениях. Контрактура III пальца правой кист после разобщения имела место в одном наблюдении, что потребовала проведению коррекции с хорошим отдаленным результатом.

В одном наблюдении отмечалось повторное сращение основных фаланг разобщенных III-IV, что также было устранено повторной операцией. Результат считался удовлетворительным.

С учетом сложности патологии, большой риск развития различных осложнений, рецидива и деформации разобщенных пальцев реабилитация была проведена в условиях лечебно-диагностического отделения ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино».

УЗДГ в разные сроки после операции была выполнена 7 детям. Кровообращение разобщенных пальцев у всех обследованных было магистральное. При термометрии (12) различия между разобщенными и противоположными пальцами не имелось.

Отдаленные функциональные результаты во всех наблюдениях были хорошими, восстановление функции тонкого захвата во всех наблюдениях вполне удовлетворял пациентов. Оценивались и эстетические результаты операции, которые во всех случаях были хорошими.

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение врожденных сращений пальцев кисти является сложной задачей реконструктивной и пластической микрохирургии и требует адекватного подхода. Использование микрохирургической техники, оптического увеличения и атравматического шовного материала намного предотвращает развитие ряда нежелаемых осложнений, и тем самым позитивно влияют на результаты операции. Результаты операции во многом зависят от адекватного выбора местно-пластической реконструкции, формирования межпальцевых промежутков, профилактики раневых осложнений и адекватной реабилитации в ранние сроки после разобщения пальцев.

Список литературы.

1. Климец Д.А., Николаевский В.Р., Беспальчук А.П. Хирургическая коррекция синдактилии кисти. /В сборнике: Иновации в медицине и фармации. Материалы дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. БГМУ. – 2016. – стр. 174-178.
2. Марасанов Н.С., Рассказов Л.В., Крестьянин В.М., Мурга В.В., Иванов Ю.Н., Захаров В.П., Шаров А.Н. Дифференцированные подходы в лечении синдактилии у детей. В сборнике: ТУРНЕРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. Ежегодная научно-практическая конференция, посвященная актуальным вопросам травматологии и ортопедии детского возраста. Санкт-Петербург, 2021. С. 120-122.
3. Wall L. B., Velicki K., Roberts S., Goldfarb C. A. Outcomes of Pediatric Syndactyly Repair Using Synthetic Dermal Substitute // *The Journal of Hand Surgery*. 2020. Vol. 67, Issue 6. P. 815-821.
4. Yamashita K., Yotsuyanagi T., Yamauchi M., Sugai A., Gonda A., Kato S., Kita A. Subcutaneous pedicle V-Y flap for release of incomplete congenital syndactyly // *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2016. Vol. 69, Issue 8. P. e186-e191.
5. Беспальчук А. П., Климец Д. А., Волоотовский А. И. Симбрахидактилия. /УО «Белорусский государственный медицинский университет» Медицинский журнал. – 2019. №4. – стр. 35-42.

Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д, Туйдиев Ш.Ш.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

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

Актуальность. Клинические наблюдения отечественных и зарубежных ученых указывают на то, что деформации носовой перегородки нередко сопровождаются гипертрофией носовых раковин и полипозными риносинуситами, требующих хирургического лечения. После выполнения оперативных вмешательств в внутриносовых структурах и в околоносовых пазухах (ОНП), большое значение приобретает тщательное наблюдение за состоянием полости носа и ОНП, с целью предотвращения развития воспалительных осложнений, предупреждения послеоперационных кровотечений и формирования синехий.

В отоларингологической практике в настоящее время широко используют растительные противомикробные препараты. К примеру, шалфей лекарственный в медицине применяют как спазмолитическое, вяжущее, дезинфицирующее и противовоспалительное средство. Шалфей лекарственный оказывает стимулирующее действие на регенеративные процессы, хорошо переносится больными, с меньшими нежелательными последствиями, чем препараты химического происхождения.

В доступной литературе практически нет сведений, касающихся применения фитопрепаратов в послеоперационном периоде у больных с сочетанной патологией носа и ОНП. Поэтому поиск более оптимальных методов послеоперационного ведения больных с сочетанной патологией полости носа и ОНП является актуальной проблемой отечественной ринологии.

Целью исследования явилось изучение влияния шалфея лекарственного на функциональное состояние носа в послеоперационном периоде у больных с сочетанной патологией полости носа и ОНП.

Материал и методы исследования. В оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 90 пациентов в возрасте от 18 до 46 лет с диагнозом: Деформация носовой перегородки в сочетании с гипертрофией носовых раковин и полипозными этмоидитами. Из них мужчин было - 56, женщин – 34. Предоперационное и послеоперационное обследование включало эндоскопию носа, КТ носа и ОНП, изучение функционального состояния носа в динамике, а также клиничко-лабораторные исследования.

С целью проведения сравнительной оценки эффективности шалфея лекарственного с традиционным методом послеоперационного ухода, больных распределили на две группы по 45 человек, методом рандомизации. С учетом положительных лечебных свойств лекарств растительного происхождения, первой группе пациентам в качестве орошения полости носа и полости этмоидальных пазух в послеоперационном периоде использовали настой шалфея лекарственного, а второй группе - 0,9% раствор натрия хлорида.

Результаты исследования и их обсуждение. В обеих группах, до операции выявлено выраженное нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функций носа, что и явилось показанием для проведения хирургического лечения. В частности, выраженное нарушение проходимости носовых ходов II-III степени отмечалось у 86,5% пациентов

первой и у 84,6% обследованных контрольной группы. При этом, среднее значение проходимости носовых ходов составило $16,5 \pm 03$ мм. водной столбы (мм. водн. ст.), при норме - 8-10 мм. водн.ст. Снижение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа II- III степени выявлено у 81,6% больных первой и у 82,7% пациентов контрольной группы. Средние показатели мукоцилиарного клиренса составили $32,4 \pm 03$ минут, при норме $14,2 \pm 3,5$ мин. Нарушение обоняния в виде гипосмии II – III степени наблюдались у 71,5% больных первой и у 69,7% пациентов контрольной группы. У большинства пациентов обеих групп отмечался сдвиг pH в кислую среду и составил в среднем $7,5 \pm 03$.

Всем больным было выполнено одинакового объема оперативные вмешательства, т.е. септум-операция, подслизистая вазотомия носовых раковин и полипозэтомидотомия. На вторые сутки после операции и удаления тампонов из носовой полости и из зоны решетчатых пазух больным первой группы активно начали промывать полость носа и область этмоидальных пазух настоем шалфея лекарственного, а пациентам второй группы – физиологическим раствором 3-4 раза в сутки в течение 10 дней. Промывание с шалфеем лекарственным и физиологическим раствором проводили с помощью модифицированной нами канюли, позволяющей равномерно распределять вводимую жидкость в носовую полость и в полости вскрытых решетчатых пазух.

Процедуру промывания настоем шалфея лекарственного пациенты переносили довольно легко, отмечая при этом легкое жжение в носу и в области оперированных этмоидальных пазух. После выписки из стационара, больные продолжали промывание носа шалфеем лекарственным самостоятельно, в течение две недели.

В период применения шалфея лекарственного и физиологического раствора, ежедневно проводили мониторинг полости носа. Риноэндоскопия показала, что в группе пациентов, которые получали шалфей лекарственный, на пятые и шестые сутки гиперемия, отек слизистой носа, экссудация слизисто-серозных выделений в носу уменьшались быстрее и наблюдалось улучшение носового дыхания и общего самочувствия пациентов, чем в группе, где проводилось орошение носовой полости с физиологическим раствором.

Оценку проходимости носовых ходов, функции обоняния и двигательной активности мерцательного эпителия, а также pH носового секрета слизистой полости носа на фоне лечения шалфеем лекарственным и 0,9% раствором натрия хлорида проводили на 15-й день и в конце первого месяца послеоперационного наблюдения.

Результаты исследования показали, что на 15 сутки послеоперационной терапии шалфеем лекарственным и физиологическим раствором, в обеих группах наблюдается улучшение проходимости носовых ходов с достоверными различиями в показателях. К примеру, у 33,4% больных 1-й, и у 22, 2% обследованных контрольной группы восстановилась проходимость носовых ходов. При этом, разница между первой и контрольной группами составила 11,2%. У 37,8% больных первой и у 28,9% пациентов контрольной группы обонятельная функция практически восстановилась. При этом, разница между основной группой и группой контроля составила 8,9%. У 35,5% больных 1-й, и у 24,4 % пациентов контрольной группы нормализовалась двигательная активность мерцательного эпителия слизистой полости носа. У 44,5% больных основной группы и у 48,9% больных контрольной группы все ещё наблюдалось снижение МЦТ 1 степени. При этом, разница между основной и контрольной группой составила 4,4%.

Через месяц после операции, результаты исследования проходимости носовых ходов указывают на восстановление носового дыхания уже у 82,2% больных первой и у 68,9% пациентов контрольной группы с заметной разницей в показателях 13,3%, что свидетельствует об эффективности шалфея лекарственного. У 91,1% больных первой и у 80,0% пациентов контрольной группы восстановилась обонятельная функция носа. При этом, число больных с восстановленным обонянием в основной группе было на 11,1% больше чем пациентов из контрольной группы. Количество пациентов с гипосмией 1-степени в основной группе с 18(40,0%) сократилось до 4(8,9%), а в контрольной - с 18(40,0) до 9 (20,0%), что указывает на преимущества шалфея лекарственного по сравнению с физиологическим раствором в плане послеоперационной монотерапии.

В обеих группах выявлены достоверные различия в показателях мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой полости носа. Повторные исследования МЦТ, через месяц после операции показало, что число пациентов с нормальными показателями мукоцилиарного транспорта увеличилось до 84,5% больных в первой и до 73,3% пациентов в контрольной группе. Разница в результатах между группами составила 11,2%.

Таким образом, мониторинг риноскопической картины и положительная динамика функционального состояния носа на фоне использования шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа и ОНП указывают на его антисептическое, ранозаживляющее и стимулирующее активность мукоцилиарного транспорта свойства.

Вывод. На основании полученных результатов функционального состояния носа можно сделать вывод о целесообразности широкого использования шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с различной риносинусогенной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лекарственные растения флоры Таджикистана, применяемые в оториноларингологии /А.У. Рахманов [и др.] // «Рецепт» 2019, том 22, № 6
С. 913-923.
2. Магомедов М.М. Морфологическое и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух после хирургических вмешательств /М.М. Магомедов// Вестник оториноларингологии. – 2016. -№5. - С.54-56.
3. Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Мусозода С.М. Применение галеновых препаратов в оториноларингологии. / М.И. Махмудназаров, М.Д/ Шоев., С.М/ Мусозода // Монография, 2022, 103.
4. Шоев М.Д. Вопросы оптимизации послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа /М.Д. Шоев [и др.]// Здоровоохранение Таджикистана.-2018.- №3.- С. 127-133.
5. Современная фитотерапия при лечении больных, перенесших септопластику, эндоназальную максиллотомию и тонзиллэктомию /А.И. Крюков, [и др.]// Медицинский совет –2016-№18– С.102-109.

Махмудназаров М.И., Розикзода Л.А., Шамсуллохи Ш.
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исаки ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии является своевременная и адекватная терапия острых и хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух (ОНП) в связи с их широкой распространенности среди населения. Следует отметить, что в структуре заболеваний ЛОР – органов, патология слизистой оболочки полости носа и ОНП устойчиво занимают высокий удельный вес и составляет от 21 до 25%. По данным ряда исследований, заболеваниями околоносовых пазух страдает более 15% взрослого населения и при этом, наиболее часто поражается верхнечелюстная пазуха [Лопатин А.С., Гамов В.П., 2019; Fokkens W.J.et al., 2020].

При хронических синуситах микробная флора отличается большим разнообразием. Так, по данным ряда авторов, в 31% случаев выделяются золотистый стафилококк и стрептококки, в 16% – гемофильная палочка, в 15% – синегнойная палочка и в более чем 10% случаях – анаэробная инфекция [Шамкина П.А. и др., 2019; Basharat, U., Aiche, M. M. et al., 2019].

По мнению ряда ученых, в развитие хронического инфекционного процесса в околоносовых пазухах, ведущее значение имеет вирулентность микрофлоры, состояние макроорганизма, а также нерациональное и необоснованное назначение антибиотиков. Как свидетельствуют литературные источники, наряду с успехами наблюдаются множество негативных сторон системной антибиотикотерапии. Из них наиболее часто встречаются аллергические реакции, рост числа грибковых заболеваний, токсическое действие антибиотиков на организм и подавление сапрофитной микрофлоры.

Между тем, несмотря на успехи современной ринологии до настоящего времени не получили широкое развитие доступные для клинической практики методы антибактериальной терапии острых и хронических гнойных синуситов. При назначении антибактериальной терапии пациентам с хроническим гнойным гайморитом оториноларинголог должен быть уверен, что препарат обладает широким спектром антибактериального действия, не имеет раздражающего действия и токсического эффекта на слизистую оболочку. Всем этим требованиям соответствует препарат фурасол, основным действующим веществом которого является фурагин растворимый. Антибактериальное действие фурагина растворимого основано на подавлении ферментных систем бактерий. В связи с вышеизложенным, применение раствора фурасола в качестве антибактериального препарата при лечении хронического гнойного гайморита является своевременной и может иметь хорошую перспективу в плане положительного терапевтического эффекта.

Цель исследования. Повышение эффективности антибактериальной терапии больных с хроническим гнойным гайморитом (ХГГ).

Материал и методы исследования. В оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 24 пациента в возрасте от 18 до 46 лет с диагнозом: хронический гнойный верхнечелюстной синусит в стадии обострения. Из них мужчин было - 12, женщин – 8. Обследование включало эндоскопию носа, КТ носа и ОНП, изучение функционального состояния носа и бактериологическое исследование смывов из полости гайморовой пазухи в период лечения. Больных распределили на две группы по 12 человек методом рандомизации.

С учетом положительных лечебных свойств фурасола, первой группе пациентам в качестве антибактериального средства для промывания гайморовой пазухи использовали раствор фурасола, а второй группе - хорошо всем известный раствор фурацилина. После местной анестезии (Lidocaini 10%) предварительно проводили пункцию верхнечелюстной (гайморовой) пазухи и далее, через пункционную иглу отсасывали патологическое (гнойное) содержимое пазухи в шприц для бактериологического исследования. Затем, раствором фурасола промывали полость гайморовой пазухи через пункционную иглу. Для одного сеанса промывания полости синуса использовали 200 мл указанного раствора. Для динамического наблюдения за состоянием верхнечелюстной пазухи и характера микробной флоры, в первый же день в пазуху вставляли полиэтиленовый катетер диаметром 1,0мм, через которого ежедневно 2 раза промывали пазуху с вышеуказанным раствором и исследовали промывные воды на наличие микрофлоры. Во второй группе, аналогичным образом промывали верхнечелюстную пазуху раствором фурацилина. Курс лечения составил от 8 до 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. В обеих группах, до операции выявлено нарушение дыхательной, защитной и обонятельной функций носа. В частности, нарушение носового дыхания отмечалось у 87,6% пациентов первой и у 83,3% обследованных контрольной группы. Нарушение обоняния в виде гипосмии наблюдались у 66,6% больных первой и 62,5% у пациентов контрольной группы. Средние показатели мукоцилиарного клиренса составили $22,4 \pm 0,3$ минут, при норме $14,2 \pm 3,5$ мин. При бактериологическом исследовании содержимого из гайморовых пазух *Staphylococcus aureus* выявлен у 10 (41,6%), *Staphylococcus pyogenes* - у 6 (25,0%), *Streptococcus haemolyticus* – у 5 (20,8%) и смешанная флора – у 3 (12,5%) пациентов.

В результате регулярного промывания верхнечелюстной пазухи растворами фурасола и фурацилина в обеих группах наблюдалось постепенное улучшение функционального состояния слизистой полости носа. При этом, у 82,2% больных первой и у 75,5% пациентов контрольной группы восстановилось носовое дыхание с заметной разницей в показателях 6,7%. Обонятельная функция носа восстановлена у 91,1% больных первой и у 80,0% пациентов контрольной группы с разницей в показателях 11,1%. У 84,5% больных первой и у 73,3% пациентов контрольной группы наблюдалось восстановление двигательной активности мерцательного эпителия слизистой полости носа. Разница в результатах между группами составила 11,2%.

На фоне промывания вышеуказанными растворами улучшилось общее самочувствие больных, прератились головные боли и гнойные выделения из носа, а в смывах из гайморовой пазухи наметилось заметное уменьшение

частоты встречаемости патогенной микрофлоры. В частности, золотистый стафилококк высеян у 1(8,3%) первой и у 3(12,5%) больных контрольной группы, *staphylococcus pyogenes* - только у 2 (8,3%) пациента из контрольной группы, *Streptococcus haemolyticus* – у 2 пациента из контрольной группы, а смешанная патогенная флора не выявлена в обеих группах, что свидетельствует о более выраженных бактерицидных свойствах препарата фурасола по сравнению с ранее известным раствором фурацилина.

Выводы. На основании полученных результатов лечения и с учетом выраженных антибактериальных и противовоспалительных свойств фурасола, можно утверждать о целесообразности широкого его применения у больных с хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом.

Литература

1. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.В. и др. Фармакотерапия гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов. Методические рекомендации. Издательство ДЗ г. Москвы, 2018.– 55 с.
2. Рязанцев С.В. и др. Топическая антибактериальная терапия острого риносинусита. РМЖ. 2020; 28(4): С. 2-7.
3. Яшан А.И. Герасимюк М. Применение фурасола для лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом. «Оториноларингология. Восточная Европа» 2013, (03), № 12. –С. 138-143.
4. Шамкина П.А., Кривопапов А.А. и др. Эпидемиология хронических риносинуситов // Современные проблемы науки и образования. – 2019. –№3.
5. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins Cl., Hellings P.W., et al. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020, Rhinology. 2020; Vol. 58, Suppl. 29 p. 53- 95.

Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Урунбаева М.Г.

ВЛИЯНИЕ АДЕНОТОМИИ НА ФУНКЦИЮ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

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

Актуальность. Согласно данным зарубежной литературы, значительную роль в развитии дисфункции слуховой трубы играет гипертрофия глоточной миндалины. В исследованиях ряда авторов указано, что обструкция глоточного отверстия слуховой трубы гипертрофированной лимфаденоидной тканью сопровождалась изменением давления в барабанной полости около 86% обследованных [1,2]. Наблюдалась также зависимость выраженности патологических изменений в слуховой трубе и в барабанной полости от степени увеличения аденоидных вегетаций. К примеру, при I степени гипертрофии глоточной миндалины, изменения в барабанной полости отмечались только у 6,5% обследованных, при II ст. гипертрофии – у 22,7%, а в случаях гипертрофии III степени, патологические изменения со стороны слуховой трубы и барабанной полости фиксировались уже у 56,4% больных[3,4].

В настоящее время, одной из актуальных проблем современной детской оториноларингологии является своевременное лечение гипертрофии глоточной миндалины для профилактики дисфункции слуховой трубы и экссудативного среднего отита, который характеризуется скоплением в барабанной полости негнойного экссудата и стойким нарушением слуховой функции.

Цель исследования явилось изучение влияние аденомотомии на функцию слуховой трубы и на состояние слуха при экссудативном среднем отите у детей.

Материал и методы исследования. В детском ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ “Шифобахш” в период с 2021 по 2022 годы нами обследовано 45 пациента с гипертрофией глоточной миндалины, осложненной дисфункцией слуховой трубы и экссудативным средним отитом. Возраст пациентов варьировал от 4 до 12 лет, из них мальчиков было 26, девочек – 19. Больным проведено исследование общего анализа крови, мочи и кала, биохимию крови, ЭКГ, эндоскопия полости носа и носоглотки, отомикроскопия, рентгенография околоносовых пазух (ОНП) и аудиологическое исследование. Эндоскопию носа и носоглотки проводили с использованием жестких эндоскопов с диаметром рабочего тубуса 2,7 мм, 0- и 30-градусной оптикой.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении больные предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, ночной храп. снижение слуха, шум в ухе и чувство переливания жидкости в ушах,

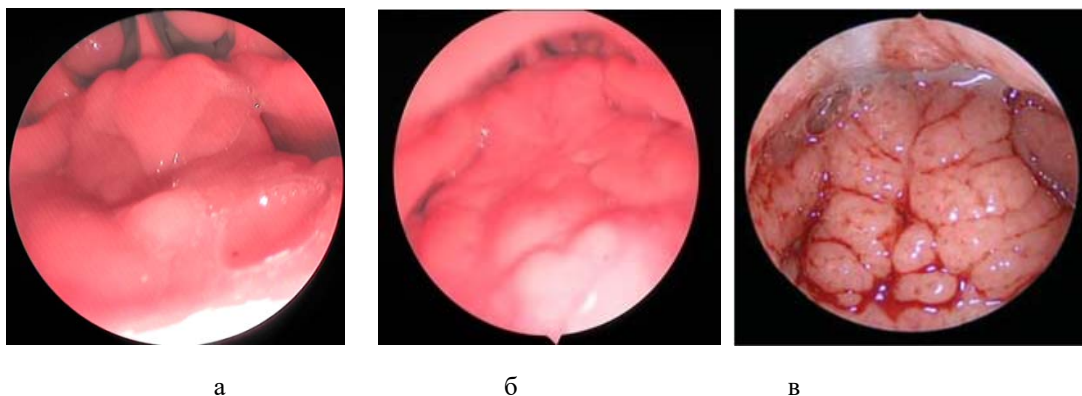


Рисунок 1. Эндоскопическая картина носоглотки (до операции)
(аденоидная ткань прикрывает хоаны (а,б) - частично и (в)- полностью)

При эндоскопии полости носа наблюдалось кровенаполнение слизистой оболочки полости носа, наличие слизистых выделений. Гипертрофия носовых раковин выявлена у 9 (20,0%) детей. Результаты эндоскопии и рентгенографии носоглотки выявили увеличение глоточной миндалины II степени у 17 (37, 8%) и III-IV степени у 28 (62,2%) детей, что явилось причиной сужения или закрытия глоточного устья слуховой трубы и её дисфункции (рис. 1).



Рисунок 2. Состояние барабанной перепонки и тип тимпанограммы у обследованных детей до операции

При отомикроскопии определяли тусклый цвет барабанной перепонки, втянутость и её утолщение, отсутствие светового конуса и наличие жидкости в барабанной полости (рис. 2). Тонально-пороговая аудиометрия выявила снижение слуха по кондуктивному типу I степени у 21 (46,7%) ребенка и II степени – у 24 (53,3%) обследованных. Для определения подвижности барабанной перепонки и наличия экссудата в полости среднего уха проводили объективное исследование слуха с проведением импедансометрии. При этом тимпанограммы имели тип «В» (рисунок 2). Полученные результаты импедансометрии свидетельствует о наличии экссудата в полости среднего уха и дисфункции слуховой трубы.

Показаниями к хирургическому вмешательству явились жалобы на длительную заложенность носа, нарушение функции слуховой трубы, кондуктивная тугоухость различной степени и неэффективность консервативного лечения.

Аденотомия выполнялась под общим эндотрахеальным наркозом с использованием роторасширителя соответствующего размера и фиксированием небной занавески силиконовыми катетерами диаметром 4,0мм, проведёнными через обе половины носа, что позволяло обеспечить пальцевой и оптический контроль носоглотки. После удаления аденоидных вегетаций, отсасывали кровяные сгустки из носоглотки и путем временной марлевой тампонады достигали полного гемостаза.

Эффективность вмешательства оценивали с учетом нормализации картины носоглотки, отоскопической картины и восстановление слуховой функции по данным тональной пороговой аудиометрии, а также акустической импедансометрии с определением функционального состояния слуховой трубы.

Повторное аудиологическое исследование включало тонально-пороговую аудиометрию и импедансометрию. При этом, у всех пациентов отмечалось восстановление слуховой функции. В течение 2 месяцев после операции у всех пациентов этой группы было отмечено восстановление проходимости слуховой трубы.

Аудиометрическое исследование детей в период послеоперационного наблюдения показало позитивную динамику восстановления звукопроводения. К концу месяца после операции практически восстановилась слуховая функция, а тимпанограммы после хирургического лечения, в большинстве случаев были в пределах нормы и имели тип А.

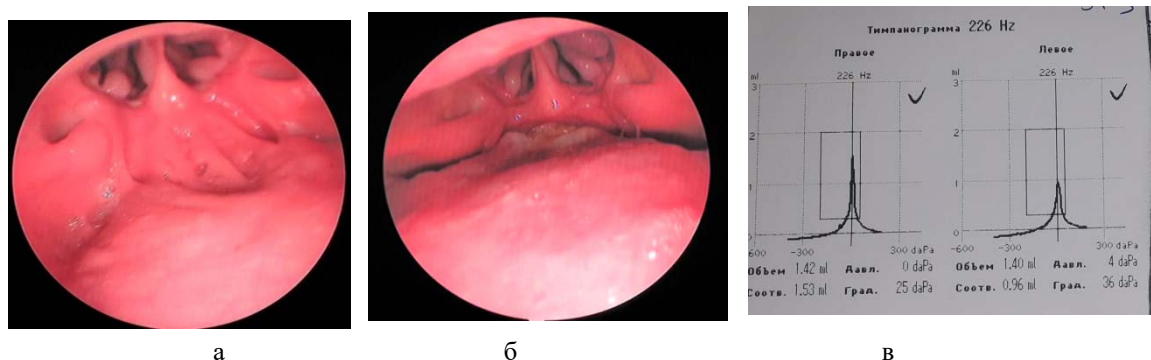


Рисунок 5. Носоглотка (а, б) после аденотомии и результат тимпанометрии после лечения

Выводы: 1. Таким образом, аденотомия позволяет повысить эффективность хирургического лечения при сочетании гипертрофии глоточной миндалины с дисфункцией слуховой трубы и экссудативным средним отитом.

2. Аденотомия является необходимым этапом профилактики дисфункций слуховой трубы и экссудативного среднего отита.

Литература

1. Арёфьева, Н.А. Обоснование лечебной тактики при патологии носоглоточной миндалины (аденоидах) / Н.А. Арёфьева // Consilium Medicum. Болезни органов дыхания. – 2012. – №3, Т.12. – С. 24-26.

2. Комплексная терапия аденоидита у детей / М.Р. Богомильский, Е.Ю. Радциг, К.К. Баранов, А.Ю. Матвеева, А.А. Пихуровская // Педиатрия. Прил. к журналу Consilium Medicum. - 2017. - №4. - С. 46-49.
3. Хирургическое лечение аденоидов / Ю.Ю. Русецкий, Е.Н. Латышева, О.А. Спиранская [и др.] // Рос. мед. журнал. - 2015. - №6. - С. 339-341.
4. Evaluation of middle ear pressure in the early period after adenoidectomy in children with adenoid hypertrophy without otitis media with effusion / I. Unlu, E.N. Unlu, G.G. Kesici [et al.] // Am J Otolaryngol. - 2015. - №36(3). - P. 377-381.

Мирзоева М.Б.1, Салохиддиова Г.Н1, Касирова М.Н.2 ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

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

2. Государственный медицинский центр №1 имени Карима Ахмедова

Актуальность. Любые инфекционные заболевания, имеющиеся или возникающие во время беременности, повышают риск инфицирования плода и новорожденного вследствие инвазии возбудителя или его токсического действия. Это может привести к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам, высокой вероятности перинатальных потерь, рождения маловесного ребенка. *C. trachomatis* находят у 2,4-13,0% беременных, а среди планирующих беременность женщин с наличием различных гинекологических заболеваний - в 36,3% наблюдений. Исход беременности у женщин с генитальным хламидиозом чаще, чем в общей популяции, неблагоприятен за счет прекращения беременности на ранних сроках (замершая беременность, ранний выкидыш). Кроме этого, у 40-50% детей, рожденных от матерей с хламидийным цервицитом, обнаруживают *C. trachomatis*. Некоторые исследователи отмечают, что около 40% женщин, инфицированных хламидиями, рожают недоношенных детей на 30-37 неделе беременности с массой тела 1,5-2,5 кг [1-3].

Новорожденные заражаются во время прохождения через родовые пути, но возможно и внутриутробное заражение. Хламидиоз у них часто выражается в конъюнктивите и пневмониях новорожденных. Высказывается мнение, что до 40% всех конъюнктивитов новорожденных обусловлены *C. trachomatis*. Ряд авторов указывают на возможную генерализацию хламидийной инфекции у новорожденных детей. Обычно генерализацию хламидийной инфекции можно заподозрить, если у матери имеется цервицит и септическое состояние у ребенка с признаками тяжелой пневмонии и конъюнктивита. В литературе приводятся данные о высокой частоте смертности детей на первом году жизни от хламидийной инфекции. Из других осложнений у новорожденного описаны острый отит, назофарингит, вульвовагинит, но все эти поражения сопровождаются конъюнктивитом [4, 5].

Цель исследования. Исход беременности у женщин с генитальным хламидиозом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 беременных женщины, у которых в первом триместре беременности впервые был диагностирован урогенитальный хламидиоз.

Верификация инфекционного агента хламидийной и микоплазменной инфекций во всех наблюдениях проводилась с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). В некоторых случаях помимо ПЦР-диагностики осуществляли прямую иммунофлуоресценцию (ПИФ), т.е. проводили обнаружение хламидийных антигенов с помощью реагирующих с ними моно-клональных антител, конъюгированных с флуоресцирующими красителями. Материалом исследования для обнаружения внутриклеточных микроорганизмов являлся соскоб из уретры и цервикального канала. Кроме этого, проводилось бактериоскопическое исследование влагалищного мазка.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентки обеих групп были сопоставимы по анамнестическим данным, имеющимся соматическим и гинекологическим заболеваниям. Наблюдаемые беременные женщины находились в возрасте от 18 до 36 лет. Средний возраст в основной группе составил $22,1 \pm 0,9$ лет. В основном встречались первобеременные женщины - 24 (75,5%). Роды в анамнезе имели 9 (28,1%) пациентки. На прерывание малого срока беременности указывали 6 (20,0%) и 4 (13,3%) женщины в наблюдаемых группах, соответственно.

У всех пациенток хламидийная инфекция диагностировалась впервые.

Ранний токсикоз встречался в основной группе у 18 (56,2%) пациенток. До начала лечения клинические проявления угрозы прерывания беременности отмечались у 15 (46,8%) женщин.

При анализе течения настоящей беременности на фоне вирусного гепатита выявлено, что почти у каждой второй женщины (4,5%) была угроза прерывания беременности. Нарушение кровотока в системе мать – плацента – плод выявилось у каждой третьей пациентки (38,1%), многоводие - у 6 (18,7%). Во время беременности у 78,1% женщин отмечалась анемия, у 15,1% заболевания щитовидной железы и у 24,8% пиелонефрит.

У наблюдаемых нами 32 пациенток беременность закончилась родами в сроке гестации от 37-40 недель – у 19 (59,3%) беременной и от 28-36 недель – у 13 (40,6%) беременных. В общей структуре осложнений в родах наиболее часто наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода у 4 (12,5%). Одно из самых тяжелых осложнений раннего послеродового периода – гипотоническое кровотечение, наблюдалось у 5 (15,6%). Во всех случаях кровотечение удалось купировать консервативными мероприятиями. Анализ течения беременности и родов в изучаемых группах выявил следующие особенности.

Несвоевременное излитие околоплодных вод встречалось в основной группе в 2 (6,2%) наблюдениях.

Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 минут жизни составила в $7,01 \pm 0,75$ балла, на 5-й минуте жизни этот показатель, соответственно, составил $8,10 \pm 0,25$ балла.

Из осложнений послеродового периода мы наиболее часто наблюдали послеродовый эндометрит у 7 (21,8%). У 10 (31,2%) женщин после 2-3 месяцев послеродового периода появились ноющие боли и тяжесть в правом подреберье, утомляемость, чего не отмечали ранее.

Выводы

Таким образом, анализируя течение беременности и послеродовой период женщин с хламидийной инфекции,

мы выявили, что наиболее частым осложнением течения настоящей беременности являлась угроза её прерывания в первой половине беременности у 49,5%, во второй половине угроза преждевременных родов у 40,6%, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока встречалось у 38,1%, гипотоническое кровотечение 15,6%, послеродовой эндометрит у 21,8%, а также у 31,2% женщин наблюдалось ухудшение состояния спустя 2-3 месяца после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукач А. А., Коновалов В.И., Герасимова Н.М., Полянин Д.В. Применение вильпрафена в комплексном лечении больных с сочетанием эндометриоза и хламидиоза // Акушерство и гинекологии - 2017. - № 3. - С.52-53.
2. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Устюжина Л. А. Хламидийная инфекция в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2018. - № 4. - С. 11-13.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - С. 840-846.
4. Grad A, Vica M.L., Matei H.V., Grad D.R., Coman I., and Tataru D.A. Polymerase Chain Reaction as a Diagnostic Tool for Six Sexually Transmitted infections-Preliminary Results: Clujul Med. 2015; 88(1): 33-37.
5. Honkila M, Wikstrom E, Renko M, et al. Probability of vertical transmission of Chlamydia trachomatis estimated from national registry data. Sex Transm infect. 2017; 93(6):416-420.

Мирзоева М.Б.1, Устоева Д.Г.2, Вохидова Н.Б. 2

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ

1. Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
2. Государственный медицинский центр №1 имени Карима Ахмедова

Актуальность. Установлено что герпетическая инфекция может быть причиной для бесплодного брака, поскольку вирусы оказывают неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье, как женщин, так и мужчин. Но и при наступившей беременности герпесвирусы вызывают серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности [1, 4, 5]. Вирус простого герпеса (ВПГ) также приводит к развитию неврологических, соматических и эндокринных проблем у новорожденных детей и детей более старшего возраста [3]. Особенно опасна генитальная локализация герпеса, которая у беременных встречается в 7-35% случаев [2, 3].

Целью настоящей работы являлась оптимизация диагностики герпесвирусной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом в динамике беременности и поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития у них внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности.

Материал и методы. Было обследовано 74 беременных женщин: 49 первородящих и 25 повторнородящих. Возраст пациенток составил от 20 до 41 года. Все женщины были с ОАГА. Исследование проводилось в динамике, начиная с 16-24 недель беременности. При обследовании пациенток были применены вирусологический, молекулярно-биологические (ПЦР) и серологические (ИФА) методы. В качестве клинического материала у беременных женщин были изучены кровь и урогенитальные соскобы. О вирусной нагрузке в различных клинических материалах судили по количеству ДНК ВПГ, которую определяли методом ПЦР. Для оценки параметров гуморального ответа исследовали сыворотки крови ИФА на наличие специфических анти-ВПГ антител (АТ) классов IgM и IgG. Определяли также активность антител, которую выражали в титрах, и avidность IgG-АТ, о которой судили по индексу avidности (ИА). Кроме того, под нашим наблюдением находилось 50 беременных с герпесвирусной инфекцией, которым в целях терапии был применен противовирусный препарат ацикlostад, в третьем триместре беременности.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных беременных отмечалась высокая инфицированность: у 43/74 (58%) женщин была выявлена та или иная урогенитальная инфекция (УГИ) вирусной или бактериальной этиологии. Метод диагностики УГИ – проведение ПЦР с качественной оценкой результата. При подробном изучении анамнеза было обнаружено, что смешанная урогенитальная инфекция была выявлена у 21/74 (28%) беременных женщин. В структуру инфицирования входил целый спектр возбудителей УГИ: ureaplasma urealyticum, micoplasmahominis, toxoplasmagondii, gardnerellavaginalis, chlamidiatrahomatis, candidaalbicans, humanpapillomavirus. У 22/74 (30%) беременных женщин был обнаружен единственный возбудитель УГИ: ureaplasma urealyticum – у 15 (20,4%), micoplasmahominis – у 4 (5,4%). При этом жалоб пациентки не предъявляли и клинических признаков инфекции не отмечено. Gardnerellavaginalis обнаружена у 3 (4,2%).

На первом этапе обследования женщин был проведен сравнительный анализ частоты выявления прямых маркеров ВПГ (инфекционной активности вируса и ДНК ВПГ). Пациентку считали инфицированной, если маркер вируса был обнаружен хотя бы в одном изученном клиническом материале. В течение всего периода обследования у 18/74 (24,3%) беременных были выявлены маркеры ВПГ. Ни у одной из этих женщин во время обследования не было обнаружено каких-либо клинических проявлений генитального герпеса. При этом ДНК ВПГ была обнаружена у 18/74 (24,3%) беременных, инфекционный вирус был обнаружен у 3 (4%) женщин. Различия в частоте выявления ДНК ВПГ по сравнению с инфекционно-активным вирусом были статистически значимыми с высокими титрами (1:320). Из числа обследованных беременных IgG-т АТ не были обнаружены у двоих, что указывает на первичное инфицирование. Изменение концентрации IgG-АТ или выявление АТ с высокими титрами в сыворотках крови при исследовании в динамике сопровождалось выявлением прямых маркеров ВПГ в течение всего обследования у троих беременных. У одной беременной IgG-АТ так и не были обнаружены, несмотря на выявление маркеров ВПГ в течение всего исследования. У 2 (3%) женщин были обнаружены прямые маркеры ВПГ при первичном исследовании в сочетании с IgM-АТ. У одной из этих женщин беременность закончилась самопроизвольным выкидышем во втором триместре беременности. В третьем триместре беременности впервые маркеры ВПГ были выявлены у 3 из 74 беременных.

Серологическое исследование показало, что у одной женщины антитела к ВПГ отсутствовали. При дальнейшем обследовании этой женщины наблюдалось появление низкоавидных (ИА<50) IgG-АТ с низкими титрами 1:20. Это указывает на первичное инфицирование. У 2 женщин произошла реактивация инфекции, при этом у одной женщины были выявлены высокоавидные IgG-АТ с высокими титрами 1:320, у другой титр антител составил 1:20. Последнее обследование женщин перед родами показало, что у 3 беременных впервые были обнаружены маркеры ВПГ, несмотря на присутствие антител к ВПГ, что свидетельствует о реактивации ВПГ.

У 4 (5,4%) беременных маркеры ВПГ выявлялись на протяжении всего обследования. При анализе вирусной нагрузки в клинических образцах было установлено, что у 2 беременных вирусная нагрузка увеличивалась в динамике с увеличением срока гестации: от 100 коп/ДНК/мл при первичном обследовании до 10000 коп/ДНК/мл на последнем сроке обследования.

Выводы. Таким образом, оптимизация диагностики герпесвирусной инфекции у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время гестации поиск адекватных средств медикаментозной коррекции в целях профилактики развития у них внутриутробной инфекции, начиная со второго триместра беременности применение противовирусную терапию, имеет медико-социальную значимость в результате положительного воздействия антенатальной иммунокоррекции на формирование иммунитета плода и новорожденного.

Литература

1. Макацария А. Д., Бицадзе В. О., Акиншина С. В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве.// М.: Мед. информ. агенство – 2019. – С. 448.
2. Никонов А. П., Асцатурова О. Р. Генитальный герпес и беременность.// Гинекология – 2014. – Т. 4. – № 1. – С. 4-6.
3. Полетаев А. В., Будыкина Т. С., Морозов С. Г. и др. Инфекция матери как причина патологии плода и новорожденного.// Аллергология и иммунология – 2016. – Т. 2. – № 2. – С. 110-116.
4. Цинзерлинг А.В., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция: практическое руководство.// Практич. рук-во. – СПб.: Эпби СПб. – 2017. – С. 352.
5. Anzivino E., Fioriti D., Mischitelli M. et al. Herpes simplex virus infection in pregnancy and in neonate: status of aetiology, epidemiology, diagnosis, therapy and prevention.// Virology Journal. – 2017 – V. 6. – № 40. – P. 1-11.

Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т., Шукруллоев А.

К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Одним из актуальных вопросов костной патологии является лечение патологических переломов у детей с опухолями и опухолевидными заболеваниями скелета. Опухоли костной системы у детей отличаются сложностью диагностики и часто протекают скрыто. Одним из грозных осложнений течения опухолей являются патологические переломы, которые изменяют картину опухолевого процесса и в ряде случаев тем самым усложняют их диагностику. Риск возникновения патологического перелома в зависимости от характера процесса колеблется от 4 до 70%. (1,3). Имеются лишь единичные работы, посвященные лечению переломов при доброкачественных опухолях у детей (1,2). До настоящего времени нет единого мнения о влиянии патологических переломов на течение доброкачественных опухолей костей, профилактики и о выборе методов его лечения. Одни авторы указывают, что переломы могут приводить к самоизлечению опухолей и поэтому рекомендуют выжидательную тактику (2,3). По мнению других, переломы способствуют активации опухолевого процесса и даже злокачественному перерождению.

Целью исследования является изучение результатов диагностики и выбор тактики лечения патологических переломов при доброкачественных опухолях и опухолевидных заболеваниях у детей.

Материал и методы. Нами изучены истории болезни 72 детей в возрасте от 3 до 14 лет, которые находились на лечении на базе детского травматолого- ортопедического отделения клинической больницы «Шифобахш» за 5 лет (2019-2023 гг.) по поводу патологического перелома на почве доброкачественных опухолей и опухолевидных образований конечностей. Среди них было 48 мальчиков и 24 девочек. Определенную роль в возникновении патологических переломов в этом возрасте играет интенсивный рост скелета и большая двигательная активность детей, на что указывает и преобладание переломов у мальчиков по сравнению с девочками.

Больные обращались в клинику в различные сроки с момента появления болей в области процесса. При поступлении оценивалось общее физическое состояние больного, функция пораженной конечности, наличие деформации и анатомической области. Комплексное обследование включало в себя ряд диагностических мероприятий: рентгенография, МРТ, КТ, морфологические методы. Патологические переломы обычно возникали от небольшой травмы или физических нагрузок и характеризовались стертой клинической картиной: небольшой припухлостью и болезненностью. Смещение отломков и деформации при этом незначительны, доминирует нарушение функции, хотя встречаются и переломы со значительным смещением костных фрагментов. У 14 больных отмечены были повторные переломы. В зависимости от вида опухоли патологические переломы наблюдались у больных с солитарной кистой – 20 (27,8%) больных, остеобластнокластомой в 18 (25,2%) случаях, болезнь Олье – 12 (16,6%), неостеогенной фибромой – 12 (16,6%), фиброзной дисплазией – 10 (13,8%), детей. По локализации поражения патологический перелом плечевой кости выявлен в 23 случаях, бедренной кости – в 20, костей голени – в 13, костей предплечья – в 4, фаланги пальцев кисти и стоп – в 12 случаях. У наблюдаемых детей в 43 случаях патологический перелом был первым симптомом заболевания, у 29 больных перелому предшествовали небольшие боли, ограничение движений в близлежащих суставах пораженной конечности, хромота. Как правило, эти симптомы появлялись за 1-3 месяца до перелома и чаще при поражении костей,

испытывающих наибольшую функциональную нагрузку (шейка бедренной кости, хирургическая шейка плечевой кости).

Результаты исследования. Анализ материала показал, что выбор тактики лечения патологического перелома у детей зависел от характера опухолевого процесса, локализации, размеров патологического очага и возраста больного. Во всех случаях лечение начинали с морфологической верификации диагноза (трепанобиопсия). Патологические переломы без смещения отломков вблизи от функционирующей зоны роста фиксировали гипсовыми повязками. Когда патологический перелом находился вдали от зоны роста, тактика лечения зависела от нозологической принадлежности: при костных кистах и фиброзной дисплазии проводили консервативное лечение до консолидации перелома, а затем осуществляли хирургическое вмешательство по поводу опухолевого процесса. Лечение патологических переломов без смещения при солитарных кистах небольших размеров (6), болезни Олье (5) проводили в амбулаторных условиях. У 16 больных с патологическим переломом бедра со смещением отломков накладывали скелетное вытяжение. На втором этапе после консолидации перелома проводили костнопластические операции. Если закрытая репозиция не удавалась, то выполняли одновременно открытую репозицию перелома, краевую резекцию кости с удалением патологического очага, костную пластику дефекта с последующей фиксацией спицами (11). У больных старшей возрастной группы фиксацию перелома осуществляли пластиной (5). В 7-15% случаев у больных с патологическим переломом на почве кист происходило самоизлечение - закрытие кистозной полости. Это объясняется посттравматическим дренированием полости кист через линию перелома, одномоментным снижением внутрикостного давления, которое в течение длительного периода сохраняется низким.

Патологические переломы при неостеогенной фиброме наблюдались у 12 детей. Из них оперированы 10 детей: краевая резекция произведена у 7 и у 4 сегментарная резекция кости с одновременной репозицией отломков и фиксацией спицами.

Патологические переломы при фиброзной дисплазии наблюдались у 10 пациентов в возрасте 6-12 лет. Произведена была субпериостальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровых тканей с последующей аутопластикой костным фрагментом из большеберцовой кости (8) или крыла подвздошной кости (2). При этом отмечено, что у больных с патологическими переломами надкостница спаяна плотно с кортикальным слоем кости. У больных с резким истончением кортикального слоя при попытке проведения краевой резекции нередко ломалась сохраняемая часть стенки. Образовавшийся после операции дефект кости заполняли кортикальными трансплантатами по типу «вязанки хвороста». Удаленная патологическая ткань во всех случаях подвергалась гистологическому исследованию.

Патологические переломы при остеобластокластомах (ОБК) являются частым осложнением и наблюдались у 18 больных. Наибольшее количество патологических переломов мы наблюдали при локализации ОБК в верхней части метафиза плечевой кости. Соответственно классификации М.В. Волкова все больные разделены на 3 группы; 1-я группа больные с литической формой ОБК (8 детей), 2-я - активно-кистозной (5), 3-я - пассивно-кистозной (5). При динамическом наблюдении отмечено, что после переломов у 4 больных наступило прогрессирование процесса (у 3 с литической формой и у 1 с активно-кистозной), проявляющееся рентгенологически различной степенью репарации. У 4 больных при пассивно-кистозной форме ОБК костная структура восстановилась полностью. Нами обнаружено, что патологические переломы неблагоприятно влияют на течение заболевания в случаях, когда осложняют литические и активно-кистозные формы ОБК, особенно при метафизарной их локализации и распространении процесса до зон роста. Наибольшее прогрессирование опухоли происходит после переломов на почве литической формы ОБК, когда у больных даже окончанию срока иммобилизации по поводу перелома отмечается значительное увеличение размеров опухоли. При диафизарной локализации очага после патологического перелома заболевание протекает более благоприятно. Операции сделаны у 18 больных (у 10 сегментарная резекция с костной пластикой и у 8 краевая). Выбор метода лечения ОБК связан с значительными трудностями и, в частности, с необходимостью обеспечения последующего роста кости, особенно когда опухоль располагается около эпифизарного хряща. В своих наблюдениях мы не отмечали выраженного расстройства роста кости после оперативного вмешательства. При наблюдении за больными в течение 3 лет прогрессирование процесса установлено у 3 больных. Сроки иммобилизации и сроки сращения патологических переломов превышали сроки обычных переломов на 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки начинали разработку движений в суставах оперированной конечности. Полную нагрузку рекомендовали через 4 месяца.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 58 больных в сроки от 2 до 5 лет. Оценку эффективности лечения проводили с учетом онкологических и ортопедических критериев. Критерием эффективности явились отсутствие жалоб, рецидива заболевания, признаки консолидации патологического перелома, функция оперированной конечности. Клинико-рентгенологическое обследование пациентов показало, что перестройка костной ткани продолжается в зависимости от возраста от 2 до 3 лет и завершается органотипически с нормализацией структуры кости и формированием костномозговой полости. В подавляющем большинстве случаев у 38 (65,5%) больных результат расценен как хороший, у 17 (29,3%) удовлетворительный и у 3 (5,1%) неудовлетворительный. Наиболее лучший результат отмечен у больных, которым выполнялась краевая резекция без разрушения суставного хряща. Менее благоприятные исходы наблюдались после резекции, когда суставной хрящ был разрушен опухолью. При изучении отдаленных результатов у больных отмечены клинико-рентгенологическое восстановление целостности пораженных костей, отсутствие рецидива и нормальные амплитуды движения в близлежащих суставах, что свидетельствует о высокой эффективности выбранных методов лечения.

Выводы. 1. Патологические переломы при литической и активно-кистозной формах ОБК, особенно при метафизарной их локализации, а также при солитарных кистах длинных костей могут привести к прогрессированию патологического очага и увеличению размеров опухоли, что является абсолютным показанием для операции.

2. Переломы на почве пассивно-кистозных форм ОБК, фиброзной дисплазии, болезни Олье мелких костей и неостеогенной фиброме оказывают активизирующего влияния на опухоль.

3. Патологические переломы при опухолях и опухолевидных заболеваниях с резким истончением кортикального слоя

и неправильным стоянием отломков, не поддающихся репозиции, являются показанием к удалению опухоли: сегментарной или краевой резекции в сочетании с репозицией и костной пластикой.

Литература

1. С.М.Мирзоева, Лечение детей с опухолевидными заболеваниями скелета методом костной пластики. Журнал Traumatology and orthopedics of Kazakhstan, Nursultan. 2022г. стр. 77-79.
2. В.П.Мороз, Е.Г.Петрова. Оперативное лечение детей с доброкачественными опухолями длинных трубчатых костей. Ж. Новости хирургии, том 20, 2015 г.
3. Н.Б.Белокрылов, Л.В. Шарова. Особенности реабилитации больных с опухолями и опухолоподобными дефектами проксимального отдела бедра, Москва, 2015.
4. С.М.Мирзоева, Лечение опухолевидных заболеваний у детей. \Мирзоева С.М, Раззоков А.А. \Матер научн.практ-конф. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Бухара, 2016.- С. 321-322.
5. Снетков А.И., Батраков С.Ю. Патологические переломы у детей при доброкачественных опухолях. Ж.Вестник травматологии и ортопедии, 2019. №4. –С. 22-32.

Мирзокаримов У.Х, Аскарлов А.Т, Ботуров У.Н

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

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

Актуальность. Проблемы остеопороза (ОП), в первую очередь, определяется его последствиями переломами позвонков и костей периферического скелета, обуславливающими значительный рост заболеваемости, инвалидности и смертности у таких пациентов. Постменопаузальный остеопороз вошёл в число приобретённых проблем клинической медицины, поскольку является основной причиной перелома костей скелета у людей пожилого возраста. В ряде эпидемиологических исследований было показано, что у женщин и мужчин с возрастом увеличивается количество переломов позвоночника и шейки бедра. При том, последствия подобных переломов приводят не только к снижению качества жизни, но и увеличивают риск смерти. Этот факт свидетельствует о том, что переломы, связанные с остеопорозом, следует рассматривать как индикатор плохого здоровья. Все случаи нетравматических переломов у лиц пожилого и старческого возраста необходимо оценивать, как остеопатические. При выявлении остеопороза врачи любой специальности должны незамедлительно назначить специфическую антиостеопаратическую терапию, объясняя пациентам её необходимость. Снижением риска повторных переломов способствуем увеличению продолжительности жизни пожилых людей.

Цель исследования. Изучить роль кальция и витамина Д при профилактике и лечении остеопороза на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний скелета.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе данных 65 больных остеохондрозом сочетающимся с остеопорозом. Возраст больных от 30 до 70 лет и старше. Мужчин было 23, женщин - 42 длительность заболевания составляет от 1 года до 7 лет.

Результаты исследования. Диагноз постменопаузального остеопороза базируется на обязательном определении костной массы и с помощью денситометрии. Нами также было изучена визуальная оценка общепринятых рентгенограмм скелета, оценка биохимических показателей общего кальция и фосфора крови. В основном больные жаловались на острые боли в спине, быструю утомляемость. Отмечалось ограничение движения в позвоночнике, а также атрофия и слабость мышц спины.

Детальное изучение содержания кальция показало, что у 48 больных выявлено снижение общего кальция в сыворотке крови (1,3-1,7 ммоль/л), у 17 больных отмечено нормальное содержание кальция (2,0-2,5 ммоль/л). Неорганический фосфор в сыворотке крови у 28 больных оказался в пределах 1,5-1,8 ммоль/л. Кальций поступает в организм с пищей. Наибольшее количество кальция содержится в молочных продуктах, рыбе, некоторых овощах, фруктах, хлебе и мясе. Потребность в кальции здорового человека в различные периоды жизни составляет 1000-1500 мг кальция-элемента в сутки. Кроме того, из поступающего с пищей кальция у взрослого человека в кишечнике всасывается менее половины и только у детей в период быстрого роста и у женщин в период беременности и лактации всасывание кальция увеличивается, в то время как у пожилых лиц отмечается значительное снижение всасывания кальция. Поскольку кальций является основной структурной единицей костей скелета, ведется дискуссия о его роли в профилактике и лечении остеопороза. В организме человека содержится приблизительно 1000 мг кальция, из которых 99% находится в скелете, в форме гидроксиапатита, и 1%-во внеклеточной жидкости и мягких тканях. Следует отметить важную роль, которую играет витамин Д для организма в целом, поскольку в отличие от всех других витаминов витамин Д поступает в организм не только с пищей, но и может образовываться в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей. Дальнейший метаболизм витамина Д хорошо известен. Холекальциферол или эргокальциферол гидроксилируются в печени образуют гидроксивитамин-Д. Содержание этой промежуточной формы в крови составляет от 20 до 50 нг/мл. Потребность в витамине Д также значительна и составляет: для мужчин и женщин 19-50 лет - 200 МЕ, для лиц 51-70 лет - 400 МЕ и 600 МЕ для лиц старше 71 года.

Выводы. Таким образом, если в организме поступает недостаточное количество кальция, скорее всего за этим последуют нарушения в фазе минерализации, что может привести к развитию остеомалации. При дефиците кальция возможно снижение костной массы за счет формирования вторичного гиперпаратиреоидизма, который вызывает повышенную костную резорбцию. Роль кальция и витамина Д в костном обмене огромна. Они действуют синергично на костную ткань. Потребность, в зависимости от возраста, меняется в организме. Содержание кальция в пищевом рационе среднего жителя умеренного климата позволяет признать, что большинство населения ежедневно получает с продуктами питания до 500 мг кальция. С целью коррекции кальция в сыворотке крови больные получали кальций Д

3-некомед форте по 1 таблетке 2 раза в день, остеогенон по 2 таблетки 1 раз в день, фосомакс - по 1 таблетке 1 раз в неделю, длительно. Профилактика и лечение остеопороза способствовали исчезновению или уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов у 72,4% больных. Биохимические показатели после проведенного лечения нормализовались. Минеральный состав кости нормализовался у 65 больных (79%). Анализ результатов проведенной профилактики и лечения остеопороза на фоне остеохондроза с учетом клинико-лабораторных исследований дал положительный результат у 73,5% больных.

Литература:

1. Мамышов А.Д., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж., Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К. Усовершенствованный метод остеоперфорации при хроническом остеомиелите у больных сахарным диабетом. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2016; 2: 110-112.
2. Миронов С.П., Цискарашвили А.В., Горбатько Д.С. Хронический посттравматический остеомиелит как проблема современной травматологии и ортопедии (обзор литературы) // *Гений ортопедии*. 2019. Т. 25, № 4. С. 610-621. DOI 10.18019/1028-4427-2019-25-4-610-621. 37
3. Новомлинский В.В., Малкина Н.А., Андреев А.А., Глухов А.А., Микулич Е.В. Современные аспекты диагностики и лечения остеомиелита. Обзор литературы // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 5. С. 122.
4. Осипова Ю.А. Оперативное лечение сегментарных дефектов костей на фоне хронического остеомиелита. *Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты*. 2017; 266-267.
5. Результат этапного лечения хронического рецидивирующего остеомиелита голени. / А.В Афанасьев [и др.]// *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. -2017. -№ 176(1). -С. 93-96.

Муродов Ш.Д., Махаммадиев А.А., Саидов Д.Х.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ МОНТЕЛИЗ ЗИМНИ РИНИТИ АЛЛЕРГИКИИ МАВСИМӢ

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исоқӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Муҳиммият. Ринити алергӣ як бемории хеле маъмул аст. Зуддӣи нишонаҳои ринити алергӣ дар Русия 23-42%-ро ташкил медиҳад. Дар ИМА, ринити алергӣ ба 20-40 миллион нафар таъсир мерасонад, ки дар байни кӯдакон паҳн шудааст. Писарон бештар ба ин беморӣ гирифта мешаванд. Сарфи назар аз дастовадҳои муносири тиббӣ, гирифташавӣ ба ринити алергӣ пайваста меафтад.

Мувофиқи як қатор муаллифон, тақрибан дар 45% беморон, ринити алергӣ пеш аз фарорасии астмаи бронхиялӣ (БА) ба вучуд меояд. Ин робитаи байни ринити алергӣ ва астмаи бронхиялӣ, аз як тараф, ба механизмҳои умумии илтиҳоби алергӣ дар пардаи луобпардаи роҳҳои нафаскашӣ болоӣ ва поёӣ ва аз тарафи дигар, муносибатҳои мураккаб ва гуногуни ринобронхиялӣ, ки зухуроти муҳими он гиперреактивии бронҳо мебошад, аксар вақт дар ринити алергӣ ба ягон зухуроти клиникаи астмаи бронхиялӣ муайян карда шудааст [1]. Доруҳои муносири зиддиалергӣ нишонаҳои ринити алергиро кӯтоҳмуддат ва бесамар бартараф мекунад.

Ҳамаи ин зарурати дарёфт кардан ва ба тадбирҳои муолиҷавӣ дохил намудани усул ва воситаҳои мукамалтареро, ки ба марҳилаҳои гуногуни ташаккул ва зухуроти ринити алергӣ таъсир мерасонанд, тақозо менамояд. Аз ин рӯ, ҷустуҷӯ ва истифода бурдани маводҳои бештар самарабахш барои табobati ринити алергӣ вазифаи таъхирнопазирӣ табииоти оториноларинголог мебошад.

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии доруи «Монтелиз» дар монотерапияи ринити алергии мавсимӣ мебошад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯбаҳои ғушӯ гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» 29 бемор синнашон аз 19 то 37 сола бо ринити алергии мавсимӣ муоина карда шуд. Аз онҳо 18 нафар мард ва 11 нафар зан буданд. Ҳамаи беморон аз муоинаи оториноларингологӣ ва рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ гузаронида шуданд. Ҳамаи беморон аз обиятравии бинӣ, душвории нафаскашӣ тавассути бинӣ, атсазании пайдарҳам ва хориши бинӣ дар ковокии бинӣ, ки дар фасли баҳор ва тирамоҳ рух медиҳад, шикоят доштанд. Дар вақти риноскопияи ковокии бинӣ ранги сафед ва ё мармарин, варамнокии пардаи луобии ковокии бинӣ ва садафаҳои бинӣ аз ҳарду тараф, аз бинӣ ихроҷоти луобии фаровон мушоҳида мешавад. Дар рентгенографияи ҷавфҳои наздибинигӣ бошад, қариб ҳамаи беморон дараҷаҳои гуногуни тирашавии ҷавфҳои ҷоғи боло, туршакл ва ё пешонаро аз як ё ҳарду тараф доштанд.

Меъёрҳои дохил кардани беморон ба тадқиқот: ташхиси ринити алергии доимӣ, синни беморон аз 17 сола боло.

Меъёрҳои истисно: мавҷудияти дигар эътилолатҳои ковокии бинӣ ва дигар бемориҳои соматикӣ, ки баърои иштироки беморон дар тадқиқот зиддинишондод мебошанд, ё арзёбии натиҷаҳои тадқиқотро мушкул мекунанд.

Беморон бо роҳи тасодуфӣ (рандомизатсия) ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд (асосӣ – 16 ва назоратӣ – 13 нафар). Таҳқиқот як ҳафта табобат ва марҳилаҳои назоратиро дар бар гирифт. Ба беморони гурӯҳи асосӣ як ҳаби монтелиз 10мг як маротиба ба дарун (per oss) Ҳангоми шаб ба муддати 10 рӯз дода шуд. Беморони гурӯҳи назоратӣ барои як ҳафта табобати анъанавии зиддиалергӣ қабул намуданд: лоратадин 1 ҳабӣ дарунӣ 1 бор дар як рӯз, називин 0,05% 2-3 қатрагӣ ба бинӣ 3 бор дар як рӯз, ковокии биниро дар давоми рӯз 4-5 маротиба шустани бинӣ бо маҳлули намакоб буд.

Меъёрҳои самаранокии табобат мавҷудият ё кам шудани нишонаҳои клиникӣ, инчунин тағйирот дар тасвири риноскопии ковокии бинӣ пас аз табобат буд. Бехатарии доруи "монтелиз" дар асоси таҳлили зудӣ ва шиддатнокии ҳолатҳои номатлуб дар беморон Ҳангоми тадқиқот баҳо дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. То охири давраи табобат дар 16 (100%) бемори гурӯҳи асосӣ,

регрессия ва аз байн рафтани аломатҳо ба монанди душвории нафас бо бинӣ, обиятравӣ аз бинӣ, атсазанӣ ва хориши бинӣ ба назар мерасид. Дар вақти муоинаи риноскопӣ варами луобпарда ва садафаҳои ковокии бинӣ рафъ гардидаанд. Дар сурате ки дар 7 (62,5%) бемори гурӯҳи назоратӣ то анҷоми табобат, ба ғайр аз регрессияи аломатҳо ба монанди ихроҷоти бинӣ, атсазанӣ ва хориши бинӣ, ҳанӯз ҳам маҳкамшавии бинӣ, ки аз варамнокии пардаи луобӣ ва суфраҳои бинӣ ба амал омад. Дар 6 (37,5%) бемори назоратӣ тамоми нишонаҳои беморӣ то ҳол боқӣ монданд ва беҳбудии тасвири риноскопӣ мушоҳида нашуд. Ҳангоми табобат бо монтелиз дар беморон ягон ҳолати номатлуб мушоҳида нагардид.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тадқиқот нишон дод, ки истифодаи маводи зиддиаллергии "Монтелиз" аз гурӯҳи антигистаминӣ дар муқоиса бо табобати анъанавӣ ба бемор ва табиб имкон медиҳад, ки дар муддати кӯтоҳтарини табобат ба ремиссияи пурраи ринити аллергияи мавсимӣ муваффақ гардад.

Адабиёт

1. Муродов Ш.Д. Хусусиятҳои табобати маҷмӯӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо ринити музмини аллергияӣ [Матн] // Ш.Д. Муродов [ва ғ.] // Авҷи Зухал. – 2019. – №2.-С. 108-114.
2. Муродов Ш.Д. Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] // Ш.Д., Муродов М.И., Махмудназаров Д.Х. Саидов // Материалы международной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная), Душанбе-2020г., С. 195-196.
3. Хаитов М.Р. ARIA 2016: Современные направления оказания медицинской помощи больным аллергическим ринитом в свете требований прецизионной медицины [Текст] / М.Р. Хаитов [и др.] // Российский аллергологический журнал. – 2017. – Т. 14. – №. 3. – С. 46-54.
4. Mariño-Sánchez F.S. Nasal obstructive disorders induce medical treatment failure in paediatric persistent allergic rhinitis (The NODPAR Study) [Text] / F.S. Mariño-Sánchez [et al.] // Pediatric Allergy and Immunology. – 2017. – Т. 28. – №. 2. – С. 176-184.

Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д.

ЗНАЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

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

Актуальность. Аллергические патологии респираторного тракта представляют сложную проблему для практической медицины, что обусловлено продолжающимся ростом заболеваемости, усугублением тяжести клинического течения, сложностью их диагностирования и терапии, а также негативными последствиями социально – экономического характера. До 40% населения в целом страдают аллергическими заболеваниями.

Аллергический ринит является очень распространенным аллергическим заболеванием дыхательных путей, а роль аллергенов как этиологического фактора выше при аллергических респираторных заболеваниях. Пыль является наиболее распространенным фактором риска аллергического ринита, за которым следуют изменения погоды, тогда как при аллергическом рините изменение погоды является распространенным фактором риска, за которым следуют пыль и семейный анамнез. У больных с аллергическим ринитом существует положительная связь между числом эозинофилов в носовом и периферическом мазках. Таким образом, назальный подсчет эозинофилов, который является простым, неинвазивным, экономичным и надежным, может использоваться в качестве альтернативы инвазивному подсчету эозинофилов в мазке периферической крови, поскольку оба метода одинаково эффективны при диагностике аллергических респираторных заболеваний.

Вопросы современной диагностики аллергического ринита представляет большие трудности не только ЛОР врачам, но и аллергологам. Современный подход к диагностике аллергического ринита требует участия как оториноларинголога, так и врача аллерголога. В связи с чем, в клинических рекомендациях Минздрава Российской Федерации от 2019 года указано, что «Обследование больных аллергическим ринитом должно проводиться параллельно врачами двух специальностей: оториноларингологами и аллергологами, что позволяет обеспечить оптимальный комплексный подход к диагностике аллергического ринита»

Цель исследования. Определить значение эозинофилов у пациентов с искривлением перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. В период с 2020 по 2023 годы в ЛОР-отделениях НМЦ «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 58 больных с деформацией носовой перегородки, **сочетанной с аллергическим ринитом**. Возраст больных составлял от 16 до 50 лет. Из них мужчин было 33, женщин – 25. Больным, кроме необходимых рино-эндоскопических, аллерго-иммунологических обследований, проведено исследование эозинофилов в общем анализе крови до и после проведенной комплексной терапии. В качестве группы сравнения выбрали 58 больных с искривлением перегородки носа, сочетанной с гипертрофическим ринитом. Пациенты были разделены на интермиттирующей и персистирующей формы аллергического ринита, в зависимости от продолжительности течения заболевания. По мере этого, течение процесса аллергического ринита было классифицировано на легкую, среднюю и тяжелую степени.

Результаты исследования. Все больные жаловались на нарушение носового дыхания, обильные слизисто-водянистые выделения из носа, зуд в носу, частое приступообразное чиханье, нарушение обоняния и головные боли.

Результаты общего анализа крови показали высокое содержание эозинофилов в крови практически у всех больных основной группы, среднее значение, которого составило $13,7 \pm 2,5$.

Из представленной ниже таблицы 1 видно, что при легкой степени течения интермитирующей формы заболевания эозинофилия составила от $6,3 \pm 0,3$ до $7,0 \pm 0,6$, при средней степени течения интермитирующей формы заболевания варьирует от $8,8 \pm 0,2$ до $9,2 \pm 0,2$, а в случаях тяжелой степени течения заболевания показатели эозинофилов составили от $13,0 \pm 0,4$ до $13,3 \pm 0,3$.

При легкой степени течения персистирующей формы заболевания показатели эозинофилов составили от $7,0 \pm 0,6$ до $7,7 \pm 0,3$, при средней степени течения течения составили от $9,5 \pm 0,3$ до $9,8 \pm 0,3$ и при тяжелой степени течения этой формы заболевания – от $13,0 \pm 0,7$ до $13,7 \pm 0,3$.

Средние показатели эозинофилов в периферической крови до лечения в %

Форма АР		Основная		Контрольная	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
	Легкая	$6,3 \pm 0,3$	$6,7 \pm 0,3$	$6,7 \pm 0,3$	$7,0 \pm 0,6$
	Средняя	$8,9 \pm 0,2$	$9,2 \pm 0,2$	$8,8 \pm 0,2$	$9,0 \pm 0,2$
	Тяжелая	$13,0 \pm 0,4$	$13,0 \pm 0,6$	$13,0 \pm 0,6$	$13,3 \pm 0,3$
	Легкая	$7,3 \pm 0,3$	$7,7 \pm 0,3$	$7,0 \pm 0,6$	$7,5 \pm 0,5$
	Средняя	$9,5 \pm 0,3$	$9,7 \pm 0,3$	$9,6 \pm 0,2$	$9,8 \pm 0,3$
	Тяжелая	$13,0 \pm 0,7$	$13,5 \pm 0,3$	$13,3 \pm 0,5$	$13,7 \pm 0,3$

Таким образом, показатели процентного содержания эозинофилов в крови у больных с искривлением перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, в зависимости от формы и клинического течения заболевания различаются.

Наличие повышенной концентрации эозинофилов в периферической крови в обеих группах указывает на характер воспалительно-аллергического процесса в полости носа у обследованных больных.

Содержание эозинофилов в крови у больных с деформацией носовой перегородки и хроническим гипертрофическим ринитом составило $3,5 \pm 0,6$.

Всем больным под общим эндотрахеальным обезболиванием проводили варианты щадящей септум-операции, направленные на сохранение опорной функции перегородки носа.

После хирургического вмешательства местно применили антигистаминные препараты и противовоспалительные назальные спреи в носу по 2 дозы 3 раза в день с продолжительностью курса лечения 10 дней. Повторное исследование эозинофилов в крови, проведенное через 6 месяцев после операции, показало значительное снижение его содержания в основной группе и составило $5,4 \pm 1,07$, что приближается к норме у здоровых лиц, что отмечено в таблице 2. Исход заболеваний практически у всех больных оказался благоприятным.

Средние показатели эозинофилов в периферической крови больных после 6 месяцев лечения

Форма АР		Группа «А»		Группа «В»	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
	Легкая	$3,9 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,4$	$4,7 \pm 0,1$
	Средняя	$6,9 \pm 0,2$	$6,9 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,2$	$7,5 \pm 0,2$
	Тяжелая	$9,8 \pm 0,5$	$10,2 \pm 0,6$	$12,1 \pm 0,2$	$12,5 \pm 0,3$
	Легкая	$4,2 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,3$	$5,9 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,1$
	Средняя	$6,9 \pm 0,2$	$7,1 \pm 0,2$	$8,3 \pm 0,2$	$8,9 \pm 0,1$
	Тяжелая	$9,9 \pm 0,6$	$10,1 \pm 0,4$	$12,4 \pm 0,3$	$12,5 \pm 0,3$

Из представленной таблицы видно, что концентрация эозинофилов в крови у больных с интермитирующей формой заболевания, в зависимости от тяжести клинического течения составила в пределах $3,9 \pm 0,1$ – $10,2 \pm 0,6$ в первой и $4,3 \pm 0,4$ – $12,5 \pm 0,3$ в контрольной группе напротив $6,3 \pm 0,3$ – $13,3 \pm 0,3$ до начала комплексного лечения. С персистирующей формой заболевания эти показатели находились в пределах $4,2 \pm 0,4$ – $9,9 \pm 0,6$ в первой и $6,1 \pm 0,1$ – $12,5 \pm 0,3$ во второй группе, что намного меньше, чем показателей эозинофилии ($7,0 \pm 0,6$ – $13,7 \pm 0,3$) до начала лечебных мероприятий.

Таким образом, на фоне комплексного лечения наблюдается явная тенденция к уменьшению содержания эозинофилов в обеих группах, но более выраженная в основной группе, что свидетельствует об эффективности одномоментной септопластики и УЗД носовых раковин в сочетании с антигистаминной и кортикостероидной терапией, что выражается в стихании аллергических проявлений в носу и постепенном восстановлении основных функций носа у абсолютного большинства пациентов.

Выводы. Таким образом, у большинства пациентов, страдающих деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, отмечается заметное повышение содержания эозинофилов в крови, что следует учитывать при диагностике аллергического ринита и назначении комплексной терапии.

Литература

- Махмудназаров М.И. Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин [Текст] / М.И. Махмудназаров // Здоровоохранение Таджикистана. - 2019. - №1. - С. 83-92.
- Муродов М.Д. Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. – № 1. – С. 74-83.

3. Хирургическое лечение больных с аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки [Текст] / А.Г. Рябинин [и др.] // Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии: XII науч.-практ. конф.-М., 2014.-С. 44-45.
4. Murodov Sh.D. Comprehensive treatment of patients with deformation of nasal septum, combined with allergic rhinitis [Text] / Sh.D. Murodov, M.I. Makhmudnazarov, F.Kh. Adylova // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 31-32.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Адылова Ф.Х.

УЛУЧШЕНИЕ ТЕМБРА ГОЛОСА ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ

Кафедры оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Искривление носовой перегородки один из самых частых поводов для выполнения планового хирургического вмешательства. Полость носа -представляет собой канал, проходящий спереди назад и имеющий форму призмы. Искривление носовой перегородки разной степени отмечается у половины населения, чаще всего у мужчин. В результате нарушается процесс нормального носового дыхания, что служит предрасполагающим факторам для большинства заболеваний в оториноларингологии.

Можно ли обойтись без операции? В легких случаях деформации возможно лечение без операций. Оно направлено на устранение неприятных симптомов: врач может назначить такие препараты как: противоотечные, антигистаминные и назальные спреи. Но как уже отмечено в данной статье, искривление носовой перегородки по сути своей нарушение строения (анатомии) полости носа. Поэтому лечением данного заболевания называют хирургическим. Операция относится к пластическим и выполняется через нос -эндоназально. Поговорим о признаках данного патологического состояния: проблемы с носовым дыханием. Степень выраженности этих проблем зависит от того в каком отделе и в какую сторону искривилась перегородка. многие пациенты не ощущают особых проблем с дыханием, так как организм постоянно адаптируется к новому объему поступающего воздуха: Постоянные синуситы. Возникают вследствие нарушения снабжения -кислородом полости носа, нарушения оттока слизи и ее застоя, что создает хорошие условия для размножения бактерий. Обострения фарингита возникает из-за того, что человек начинает чаще дышать ртом. Храп и остановка дыхания во время сна [1]. Изменение формы носа, а также сухость во рту и в носу. Дополним вышесказанную информацию о патологии гортани. Патология гортани на сегодняшний день остается актуальной проблемой оториноларингологии, поскольку гортань - орган формирования речи как средство общения, являющейся очень важным для социального и морального комфорта человека. Актуальность проблемы также связана с ростом патологии гортани в результате воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей экологических вредных факторов, курения и алкоголя. Следовательно, справедливо говорить о том , что уменьшение звучности голоса или полное его отсутствие принято рассматривать как симптомом -заболевания гортани[2,3].

Цель работы. Проанализировать влияние обструкции полости носа на тембр голоса.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 25 пациентов, из них 18 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 19 до 50 лет включительно, с нарушением дыхательной системы и проблемами, связанными с патологией гортани.

Результаты и их обсуждения. При риноскопии у 17 пациентов было выявлено искривление перегородки носа различной степени. Из 18 пациентов –голосоречевых профессий, 10 пациентов курили более 5 лет и имели повышенную голосовую нагрузку. Длительность заболевания составила от 3 до 15 лет. За пациентами велось наблюдение, обследование включало в себе сбор анамнеза и осмотр лор органов.

Неудовлетворительный эффект при операциях на перегородке носа может являться следствием осложнения или ошибки. Всем больным с искривлением перегородки носа проводили различных вариантов септопластики. Общая частота осложнений при вмешательствах на перегородке носа, по разным оценкам, составили до 15%. Отдаленные осложнения традиционной септопластики наблюдаются в 3% случаев. В предоперационном периоде обязательно проводили эндоскопическое исследование полости носа и компьютерная томография околоносовых пазух.

После операции пациент находился под наблюдением. После выписки будут необходимы еще 2-3 контрольных визита к врачу. Но могут потребоваться и дополнительные консультации, все зависит от пациента. В течении 7-10 дней восстанавливается -нормальное носовое дыхание.

После обследования голоса и дыхательные пути пациентов были в норме. Даже можно сказать, что они были улучшены. У всех пациентов после проведенной операции или другими словами, после оперативных вмешательств в носу улучшилось качество голосов.

Выводы. Так как искривление носовой перегородки изменяет тембр голоса, справедливо это рассматривать как причину расстройства голосовой функции. Устранения конкретных проблем касательно дыхательной системы, ведёт к улучшению.

Литература.

1. Хронические заболевания верхних дыхательных путей у лицголосоречевых профессий / Макуха А.Л. и др./ врачебное дело . 2019. - №7 С 39-42.
2. Василенко Ю.С. Голос. Фонологические аспекты. М.: энергоиздат . – 2015. С.460
3. Acoustic features of voice after septoplasty /R.Mora [et al.] // Medical science monitor international medical journal of experimental and clinical research. 2009. Vol. 15,Iss. 6.P. CR269-R273.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Каримова М.К. и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66 %. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам, т.е. это пациенты с выраженной системной патологией, потерей трудоспособности, требующие постоянного лечения. В настоящее время в лечении острого холецистита «золотым стандартом» считается лапароскопическая холецистэктомия. Однако следует учитывать, что состояние больных группы повышенного риска осложняется развивающимися метаболическими нарушениями на фоне имеющихся тяжёлых системных расстройств, хирургическое вмешательство с учётом негативного влияния пневмоперитонеума резко повышает риск операции; любая радикальная операция выполняется под наркозом. Летальность при выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает 44(45,1 %).

В настоящее время одним из способов избежать крайне рискованного оперативного вмешательства, выполняемого под общей анестезией, и при этом по возможности быстро купировать воспалительный процесс является применение чрескожной чреспечёночной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью декомпрессии и санации желчного пузыря. Усобо тяжёлых больных с выраженными кардиопульмонарными нарушениями, с системными заболеваниями рядом авторов он рассматривается как самостоятельный метод лечения. Важно учитывать, что клиническая картина острого холецистита у больных с системными нарушениями стерта. Лабораторные данные часто неадекватно отражают истинную картину воспаления, а излишнее промедление при оказании хирургической помощи может привести к деструкции стенки желчного пузыря, нарастанию интоксикации и развитию полиорганной недостаточности.

Следовательно, для постановки точного диагноза и обоснованного выбора тактики лечения необходима объективная оценка не только распространённости воспалительного процесса и степени деструктивных

изменений стенки желчного пузыря, но также тяжести состояния больного и риска возможных интра- и послеоперационных осложнений. В решении этого вопроса может помочь применение интегральных шкал, определяющих тяжесть состояния больных, объективизирующих операционный риск.

Цель исследования. Определить операционный риск и обоснование показаний к пункционному лечению острого холецистита, оценка результатов лечения у больных повышенного риска.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 96 пациентов, которые поступили в Лечебно-диагностический центр ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино с 2010 по 2022 гг. в экстренном порядке с диагнозом «острый холецистит». Средний возраст больных составил $74,5 \pm 4,72$ года, соотношение мужчин и женщин – 1 : 6. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были заболевания сердечно-сосудистой системы: ИБС – у 9, гипертоническая

болезнь III стадии – у 89, стенокардия II–III ФК – у 9, постинфарктный кардиосклероз – у 33, мерцательная аритмия – у 6. Также встречались

такие заболевания, как постковидный синдром – у 10, бронхиальная астма – у 8, перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения – у 12, коагулопатии – у 9, сахарный диабет – у 27. При этом следует отметить, что у 94,5 % больных отмечалась сочетанная патология. Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства нами использовались две интегральные шкалы. Шкала SAPSII (Simplified Acute Physiology Score) – балльная оценка 15 худших физиологических параметров за последние 24 ч, на основе которой можно рассчитать предположительный риск смерти. Шкала POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) – балльная шкала, используемая для проспективной и ретроспективной оценки операционного риска, исходов операций и вероятности развития осложнений раннего послеоперационного периода.

Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клиничко-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которое выполнялось в течение первых 2–3 суток. В динамике оценивались следующие УЗ-параметры: размеры желчного пузыря (объём и поперечный размер желчного пузыря); наличие, расположение, размер и подвижность конкрементов в желчном пузыре, пузырном протоке и общем желчном протоке; состояние стенки желчного пузыря (толщина, слоистость, отечность); состояние паравезикальной клетчатки (наличие отека, инфильтрата, абсцесса). Всем 96 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Его объём был стандартным и включал в себя инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, а также терапию по сопутствующим заболеваниям, которую начинали проводить сразу после поступления больных в стационар.

Из них 49 (94,7%) пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение. В среднем больные поступали в стационар более чем через 2 суток от начала заболевания. У всех больных при объективном осмотре определялись признаки острого холецистита, при этом симптомов разлитого перитонита не отмечалось, что давало нам возможность воздержаться от экстренной операции и начать консервативную терапию. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. Количество лейкоцитов периферической крови в среднем составляло $(12,9 \pm 1,4) \times 10^9/\text{л}$. Незначительное повышение билирубина до $28,4 \pm 2,51$ мкмоль/л отмечалось за счёт непрямой фракции, что говорило в первую очередь об интоксикационном характере билирубинемии.

При оценке интегральных показателей тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства получили следующие данные (табл. 1).

Из представленных данных видно, что больные являются прогностически опасными в плане развития осложнений. При оценке по SAPS-II мы получили сумму баллов $23,7 \pm 4,69$, и, как следствие, ожидаемая летальность составила $8,51 \pm 3,98$ %. Оценивая возможную послеоперационную летальность по шкале POSSUM, мы получили схожие результаты – $6,92 \pm 3,01$ %, а послеоперационные осложнения могли развиваться в $37,2 \pm 4,87$ %. Наряду с оценкой клинической картины и лабораторных показателей, особое внимание в диагностике и постановке показаний к хирургическому лечению острого холецистита мы уделяем динамическому ультразвуковому исследованию. При УЗИ, выполненном в первые сутки от момента поступления, объем желчного пузыря составил в среднем $98,6 \pm 7,4$ мл. Поперечный размер был больше нормы и составил $5,5 \pm 0,4$ см. Толщина стенки желчного пузыря в среднем равнялась $7,8 \pm 0,8$ мм. Слоистость стенок отмечалась в 81 (84,7 %) случае. Отек, инфильтрат или полоска жидкости в околопузырной клетчатке выявлены в 8 (8,3 %) исследованиях, множественные подвижные мелкие конкременты – в 48 (49,7 %), а вклиненный в шейку желчного пузыря конкремент явился причиной развития острого холецистита у 21 (22,6 %) пациента.

По результатам контрольного УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут. после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе 38 (36,4 %) пациентов, отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря – уменьшение объема до $79,7 \pm 8,1$ мл, поперечного размера – до $4,4 \pm 0,6$ см и толщины стенок – до $5,5 \pm 0,5$ см желчного пузыря. Слоистость стенок отмечалась у 30 (31 %) больных. При оценке клинико-лабораторных показателей также отмечалось их улучшение.

Во 2-й группе 58 (55,6 %) пациентов, не только не было улучшения, а даже иногда ухудшалась ультразвукографическая картина, что выражалось в среднем увеличении объема желчного пузыря до $112,6 \pm 8,1$ мл и его поперечного размера – до $5,9 \pm 0,6$ см. Изменения в паравезикальной клетчатке определялись у 9 (10 %) больных. При этом изменения данных УЗИ не всегда соответствовали динамике клинико-лабораторных показателей пациентов в этой группе. 49 (51,6 %) больных субъективно отмечали улучшение состояния, снижались лабораторные показатели интоксикации.

Важно отметить, что именно во 2-й группе у 71 (74,2 %) больного, по данным УЗИ, локализовался неподвижный конкремент в области шейки желчного пузыря, в то время как положительная динамика на фоне консервативной терапии была достигнута у 69 (71,8 %) пациентов, когда в полости желчного пузыря наблюдались мелкие подвижные конкременты. У больных 1-й группы, у которых при проведении консервативной терапии отмечалось улучшение состояния, нормализация клинико-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, ограничивались консервативной терапией. Ухудшение ультразвукографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 48 (46 %) пациентов. У них, помимо консервативной терапии, применялись санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря под контролем УЗИ. Из 48 пациентов пункционный метод лечения оказался эффективным у 38 (36 %). Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. При сохранении ультразвукографических признаков острого холецистита ставим показания к повторной пункции. Так, 15 пациентам пункции выполнялись многократно (от 2 до 5 раз). 8 больных после выполнения пункции желчного пузыря под УЗ-контролем были оперированы. Трижды показанием к экстренной операции послужило присутствие геморрагического экссудата в желчи, что позволило заподозрить некроз слизистой оболочки желчного пузыря. Выполнена традиционная холецистэктомия, а по результатам гистологического исследования подтвержден диагноз острого гангренозного холецистита. У 4 пациентов показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и у одного – некупирующийся болевой синдром. Умерли двое, летальность составила 2,3 %. Они поступили в тяжелом состоянии. Двоим из них лишь однократно удалось выполнить пункционную санацию желчного пузыря на фоне консервативной терапии. Смерть их наступила в течение 1-х суток с момента поступления в стационар. Один больной был экстренно оперирован через 2 ч после пункции, во время которой была получена мутная желчь с геморрагическим компонентом. На операции – гангренозный холецистит. Больной умер через 1 сутки после оперативного вмешательства. Причина смерти у всех пациентов – острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне интоксикации. Полученные нами результаты обследования и лечения острого холецистита у больных повышенного операционного риска свидетельствуют о том, что тактика их лечения зависит от результатов клинико-инструментального обследования не только при поступлении, но и в динамике. Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития как общих, так и местных послеоперационных осложнений, заставляют на начальном этапе воздерживаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов, будь то традиционная, лапароскопическая холецистэктомия или удаление желчного пузыря из мини-доступа. У таких больных лечение должно быть начато с консервативных мероприятий, включающих в себя антибактериальную и инфузионно-детоксикационную терапию. Однако объем инфузионной терапии, как правило, ограничен из-за сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Важнейшую роль в определении тактики лечения играет динамическое ультразвуковое наблюдение за состоянием желчного пузыря. Улучшение ультразвукографической картины на фоне проводимой консервативной терапии в течение первых 2 сут., т.е. уменьшение размеров желчного пузыря, снижение слоистости и отечности стенки, даёт возможность продолжать консервативное лечение. Отсутствие же положительной динамики при УЗИ, даже при условии субъективного улучшения состояния, является грозным признаком и требует более агрессивной тактики. Для больных с повышенным операционным риском наиболее приемлемы санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря, которые могут быть выполнены без применения общей анестезии. При этом решаются две основные задачи: диагностическая и лечебная. На диагностическом этапе оценивается характер полученной желчи. Наличие прозрачной желчи является наиболее прогностическим благоприятным фактором, получение мутной желчи с хлопьями фибрина требует, как правило, повторных санаций желчного пузыря. А примесь геморрагического экссудата в желчи, по нашему опыту и ретроспективной оценке полученных результатов, свидетельствует о выраженном деструктивном процессе в стенке желчного пузыря. Это исключает дальнейшее пункционное и консервативное лечение и является показанием к экстренной холецистэктомии. Лечебные задачи, решаемые при пункции, – это эвакуация инфицированной желчи, декомпрессия желчного пузыря, по возможности, восстановление притока и оттока желчи. Наиболее

наглядно это происходит при окклюзионном холецистите, когда в результате промывания раствором антисептика конкремент из шейки мигрирует в просвет пузыря, давая отток желчи. В шприц при этом начинает поступать чистая желчь. Важно отметить, что у всех больных, которым при выполнении пункции удалось «разблокировать» желчный пузырь, пункционное лечение оказалось эффективным. Важно отметить, что почти в 3/4 наблюдений отрицательная динамика при УЗИ отмечалась у больных с обтурирующим конкрементом. Мы считаем, что если при первичном УЗИ лоцируется неподвижный конкремент в шейке желчного пузыря, то лечебно-диагностическая пункция должна выполняться в течение 1-х суток после поступления больного в стационар, поскольку дальнейшее проведение консервативной терапии на фоне нарушения оттока желчи из пузыря, повышения внутрипузырного давления и нарушения микроциркуляции в стенке пузыря не будет эффективным.

Выводы.

1. Интегральные шкалы SAPS-II и POSSUM позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выборе метода лечения острого холецистита.
2. Ухудшение ультрасонографической картины при контрольном УЗИ желчного пузыря, даже при клиническом улучшении состояния пациента, является показанием к хирургическому лечению, которое надо начинать с санационно-декомпрессионной пункции под контролем УЗИ.
3. Примесь геморрагического экссудата в желчи, полученной при санационно-декомпрессионной пункции желчного пузыря, является признаком развития необратимых деструктивных изменений в стенке пузыря, поэтому показана экстренная холецистэктомия.

Список литературы.

1. Барабой В.А. Механизм стресса и перекисное окисление липидов // Успехи соврем. биологии. – 1991. – Т. 111, № 6. – С. 923–931.
2. Велиев Н.А., Агаев И.Н., Малков И.С. Развитие дуоденогастрального рефлюкса в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв // Казан. мед. журнал. – 2003. – Т. 84, № 3. – С. 174–177.
3. Ветшев П.С., Ночев П.В. Постхолецистэктомический синдром – миф или реальность? // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 59.
4. Ковалева Н.Б., Гулина Е.В., Герасимова В.Б. Возможности антихеликобактерной терапии в лечении воспалительных и эрозивно-язвенных заболеваний гастродуоденальной зоны, а также профилактике опухолевых изменений в желудке // Педиатрия. – 2002. – № 2. – С. 55–59.
5. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вест. хирургии. – 2002. – Т. 161, № 1. – С. 23–29.
6. Омаров Р.А., Бейшенбаев Р.К. Функциональное состояние желчевыводящих протоков и их сфинктеров в ближайшем и отдаленном периоде // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 28.

Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Джураева З.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. За последние годы во всем мире отмечается рост травматизма, что связано с увеличением роста дорожно-транспортных происшествий и других внешних воздействий. Травма является 4-причиной смерти после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований и хронических заболеваний легких, а также является основной причиной смерти в возрасте до 45 лет. По данным ВОЗ, от травм органов брюшной полости ежегодно погибает около 500 000 человек, к 2020 году травма станет первой или второй причиной потери лет продуктивной жизни для всего населения мира [1,2,6]. В структуре травматизма мирного времени повреждения органов брюшной полости составляет до 15% всех травматических повреждений. Несмотря на достижения современной медицины, количество диагностических ошибок и летальность в данном виде патологии остаются недопустимо высокими, летальность при травматических повреждениях печени и селезенки колеблется от 14,2 до 59,8%. Результаты лечения пострадавших зависят от тяжести полученных травм, оказания своевременной хирургической помощи и правильном выборе хирургической тактики [1,3,4].

Материалы и методы. Для диагностики повреждений внутренних органов используют различные методы: рентгенологический, ультразвуковой, радионуклидный, ангиографический, компьютерная томография и лабораторные методы исследования. Во многих региональных медицинских центрах продолжается использование УЗИ как основного метода диагностики травм паренхиматозных органов брюшной полости. По данным авторов точность УЗИ при повреждении почек составила – 100%, при разрывах печени – 72%, селезенки – 69%, кишечника – 0%. [2,5,]. Так же, для диагностики травм внутренних органов применяется протокол ультразвукового исследования FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma, 1999), призванный как можно раньше выявить внутрибрюшные кровотечения и повреждения потенциально опасных органов. [6,7] В соответствии с описанием при FAST ультразвуковая визуализация осуществляется из 4 точек. Оцениваются патологические изменения в органах брюшной полости, а так же наличие, объем, месторасположение и качественные характеристики свободной жидкости. Протокол является обязательной частью ATLS (Advanced Trauma Life Support) – образовательной концепции, принятой уже более, чем в 50 странах и уже доказал свою эффективность. Однако, не все авторы согласны с этим утверждением, в частности [8,10,12]. получили неудовлетворительные результаты применения FAST протокола при диагностике пациентов с подозрением на

травму внутренних органов. Основным методом диагностики у гемодинамически стабильных больных считают компьютерную томографию (КТ). Многие авторы рекомендуют применять дополнительно КТ во всех случаях, когда УЗИ показал отрицательные результаты, но есть клиника внутрибрюшных повреждений. При наличии клинических симптомов внутреннего кровотечения, нестабильной гемодинамики и наличие свободной жидкости в брюшной полости нет необходимости в проведении КТ. КТ-сканирование с внутривенным контрастом в настоящее время стандартная диагностическая процедура у гемодинамически стабильных пациентов с жидкостью в брюшной полости. [8,9]. КТ остаётся золотым стандартом для своевременного диагноза при травматическом повреждении кишечника и его брыжейки. Задержка диагноза в таких случаях увеличивает риск сепсиса и смертность после тупой травмы живота [11,13].

В последние годы при лечении травматического повреждения печени и селезенки наблюдается заметный сдвиг от рутинного хирургического метода к селективной неоперативной выжидательной тактике лечения. Хотя более чем 20-летний успешный опыт консервативного ведения травм печени и селезенки доказал эффективность селективной неоперативной тактики, во многих клиниках Российской Федерации и в странах СНГ, наличие гемоперитонеума служит абсолютным показанием к лапаротомии. [14,15]. К тому же во время операции не всегда выявляются признаки продолжающегося кровотечения. Основным показанием к оперативному методу лечения является клиническое состояние больного, а не наличие признаков травмы органа, но не стоит забывать, что не остановленное внутрибрюшное кровотечение, каждые 3 отсроченные минуты увеличивает госпитальную смертность на 1%. Современные методы высокочувствительной визуализации, а также интервенционная ангиография позволяют применять селективную неоперативную активно-выжидательную тактику у пациентов с тупыми травмами внутренних органов. Многие пациенты с проникающим ранением брюшной полости нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве [13,18]. Однако есть пациенты, которых можно лечить неоперативными методами, применяя селективную активно-выжидательную тактику. Даже при проникающих ранениях органов брюшной полости селективное неоперативное лечение имеет высокий уровень успеха и низкий уровень осложнений. Основываясь на результатах двух исследований, в которых участвовало в общей сложности 114 человек, нет доказательств подтверждающих что, при немедленном оперативном вмешательстве результаты лечения лучше, чем селективная неоперативная выжидательная тактика лечения, при проникающих ранениях органов брюшной полости, у которых нет признаков перитонита и они стабильны. При этом пациенты, которым требуется отсроченная лапаротомия, имеют сходные показатели смертности, аналогичной больным которые подвергаются немедленной лапаротомии. Преимущества этой тактики лечения состоят в снижении оперативных осложнений и более короткую продолжительность пребывания в стационаре. Несмотря на то, что селективная неоперативная тактика лечения в большинстве медицинских центров стала стандартом в лечении пациентов с травмами внутренних органов, при сомнительных случаях хирурги не должны колебаться для проведения оперативного вмешательства. [15,17].

Результаты. Адьюнктивные методы лечения, такие как ангиография с эмболизацией становятся все более важными дополнениями к неоперативной тактике лечения травм паренхиматозных органов. Ангиоэмболизация может быть использована в качестве дополнения к селективной неоперативной тактике лечения и увеличивает коэффициент успеха до 95%.

Однако, на сегодняшний день существует множество разногласий относительно оптимального выбора пациента для селективной неоперативной тактики, правильной роли ангиоэмболизации и правильной следующей стратегии. В частности пришли к заключению, что травмы печени и почек можно успешно лечить с использованием неоперативной тактики, без применения контрастной ангиографии с последующей эмболизацией [19,20].

Лапароцентез с применением шарящего катетера позволяет установить или отвергнуть диагноз повреждения органов брюшной полости у 75-99% больных, но не является методом выбора из-за большого числа как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов, а так же имеет ряд противопоказаний к применению: ранее перенесенные полостные операции, вздутие живота, крайне тяжелое состояние больного. Отрицательные результаты лапароцентеза не исключают повреждения забрюшинных органов, особенно ДПК, восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Диагностические ошибки составили 4-6%, а несвоевременная постановка диагноза при выполнении лапароцентеза, приводящая к задержке оперативного вмешательства на 12 ч и более, была у 10% больных, однако этот метод прост и доступен в использовании и нельзя недооценивать его роль в диагностике травм органов брюшной полости.

Лапароскопическая хирургия для абдоминальной травмы, как тупой, так и проникающей безопасна и технически возможна у пациентов со стабильными показателями гемодинамики. Лапароскопическая хирургия ассоциируется с более коротким временем оперативного вмешательства, более меньшим количеством объема кровопотери и более коротким временем проведения в стационаре. Экстренная лапароскопия позволяет полноценно оценить характер и объем внутрибрюшных повреждений, у 53,9% пострадавших ликвидировать все последствия травмы эндоскопическим способом, не прибегая к широкой лапаротомии [21,22]. Переходить на конверсию и лапаротомию следует при обнаружении травмы в зоне слепого пятна [23]. Проспективное рандомизированное исследование Leppaniemi и Naaraiainen пациентов с проникающими ранами показало, что у пациентов с повреждениями органов брюшной полости скрининговая лапароскопия имеет мало преимуществ перед лапаротомией по показателям смертности, частоты осложнений, пропущенной патологии, однако 55% лапаротомий удалось избежать благодаря лапароскопии. Сходные данные были получены McQuay и Britt в их исследовании, включавшем 80 пациентов с проникающими торакоабдоминальными травмами, подвергшимся скрининговой лапароскопии, 72,5% которых избежали лапаротомии. Признана важная роль лапароскопии в специфической ситуации – подозрении на повреждение диафрагмы. Противопоказания к лапароскопии у пациента с травмой такие же, как и у нетравмированного за исключением одного – повреждений головы, так как, повышенное давление в брюшной полости, т.е. пневмоперитонеум, вызывает значительное повышение внутричерепного давления.

Ранее спленэктомия была методом выбора для большинства травм селезенки, но в связи с накоплением знаний

об аспленизме, а так же осложнениях развивающихся после спленэктомии, в настоящее время наметилась тенденция к приоритету органосохраняющих операций при травмах селезенки. Предыдущие исследования продемонстрировали, что сохранение 25% паренхимы селезенки обеспечивает соответствующий иммунологический ответ на антигенный стимул. При тяжелых поражениях селезенки, в случаях когда показана спленэктомия, рекомендуется сохранившиеся части селезенки нарезать на куски размером от 2х2 до 5х5 см и имплантировать в большой сальник, укутав им части селезенки [24,25].

При политравме и тяжелом состоянии больных неспособных перенести полный объем оперативного вмешательства ввиду тяжести травмы, для спасения жизни рекомендуется применение тактики этапного хирургического лечения –“Damage Control” . Сочетание методик Damage Control-лапаротомии (хирургии) и ранней коррекции физиологических и коагуляционных нарушений с применением Damage Control-реанимации, при соотношении свежезамороженной плазмы к эритроцитарной массе 1:1, в сочетании с меньшим использованием кристаллоидов, позволяет повысить показатель выживаемости до 73,6%, у пациентов с абдоминальными повреждениями при политравме.

Использование современных методов ранней диагностики и миниинвазивных хирургических технологий (лапароскопия, операции из мини-доступов, эндоваскулярная эмболизация сосудов), методов органосберегающих и заместительных оперативных вмешательств, тактики этапного хирургического лечения тяжелой категории пострадавших приводит к снижению показателей послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений.

В завершение следует отметить, что ранняя антикоагулянтная терапия тромбоэмболических осложнений с помощью эноксипарина, у пациентов с высоким риском, при тупой травме живота считается безопасной.

Вывод. Более активное использование эндовидеохирургических и рентгеноэндоваскулярных технологий может способствовать улучшению результатов лечения травматического повреждения печени и селезенки. В условиях многопрофильного стационара, при условии наличия необходимого диагностического оборудования и медицинского персонала обеспечивающего непрерывный мониторинг клинического статуса пациента, селективная неоперативная тактика лечения травм органов брюшной полости является предпочтительным методом лечения пациентов с стабильными показателями гемодинамики и отсутствием перитонита, не зависимо от степени травматизма. Пациенты с нестабильными показателями гемодинамики и перитонитом по прежнему нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве. Однако на сегодняшний день существует множество разногласий относительно оптимального выбора пациента для селективной неоперативной тактики. Не смотря на “взрыв” литературы по этой теме многие вопросы, касающиеся неоперативной тактики ведения больных, остаются открытыми.

Продоланная работа ни в коем случае не является исчерпывающей все аспекты травмы органов брюшной полости, но есть надежда, что эта статья поможет клиницистам для принятия решений, выбора метода лечения и способствовать дальнейшему интересу к проблеме травмы живота.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- 1 Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021. Т. 10. № 2. С. 347-356.
- 2 Бондарев Г.А., Липатов В.А., Северинов Д.А., Интраоперационная тактика местного хирургического гемостаза при травмах и плановых операциях на паренхиматозных органах брюшной полости. Вестник экспериментальной и клинической хирургии Том XIII, №3 2020 -С.268-277.
- 3 Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А., и др., Принципы диагностики и лечения травм печени // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021. № 3. С. 187-190.
- 4 Ибрагимов Ф.И. Особенности тактики лечения при сочетанных травмах живота и таза // Хирургия, 2018.-N 10.- С.34-38.
- 5 Маскин С.С., Александров В.В., Матюхин В.В., Ермолаева Н.К. Закрытые повреждения печени: алгоритм действий хирурга в условиях травмоцентра 1 уровня// Политравма. 2020. № 2. -С.84-91.
- 6 Мануковский В.А., Гавришук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., и др. Возможности консервативного и минимально инвазивного лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов живота у взрослых // Политравма. 2022. №3. С.21-33.
- 7 Пархисенко Ю.А Анализ результатов хирургического лечения пациентов с травматическими повреждениями печени // Перспективы науки и образования. - 2018. -№1(31). - С.243-249.
- 8 Смолькина А.В., Макаров С.В. /Особенности ведения пациентов при сочетанной травме с разрывом селезенки – Вестник медицинского института «РЕАВИЗ», № 3, 2019 г.С.137-140
- 9 Савицкий Д. С., Изучение эффективности методов местного гемостаза при кровотечении из печени (экспериментально-клиническое исследование). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург 2021.С.174.
- 10 Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Стекольников Н.Ю. Тампонирование в хирургическом лечении тяжелых повреждений печени. Политравма. №1.2020.С.18-22.

Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.

НЕФРОМЕГАЛИЯ И ГИПЕРУРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) — самый распространенный вид лейкоза у детей, но в последние десятилетия чаще встречается и среди взрослых. ОЛЛ сопровождается прогрессивным увеличением злокачественных незрелых клеток (лимфобластов), как в крови, так и в костном мозге [2].

Основными клиническими проявлениями являются: прогрессирующая слабость, недомогание, снижение аппетита, похудение, потеря веса, сердцебиение, повышение температуры тела, увеличение периферических лимфоузлов (шейные, подмышечные, паховые), появление геморрагических высыпаний, кровотечения из десен, из носа и кишечника [2, 3].

При ОЛЛ нефромегалия является одним из клинических проявлений поражения почек, обусловленный лейкозной инфильтрацией и нефротоксичностью химиопрепаратов [4].

После проведенной химиотерапии развивается синдром лизиса опухоли и электролитные нарушения, приводящие к развитию гиперурикемии, гиперкалиемии, гиперфосфатемии, гипокальциемии, к образованию камней в почках, и в конечном итоге ОПН [5].

Летальность при синдроме лизиса опухоли, колеблется от 17% до 70% [3].

Цель нашего исследования. Представить клинический случай поражения почек при ОЛЛ.

Больная А., 1979 г. рождения, жительница Вахдатского района. Жалобы на недомогание, прогрессирующую слабость, боли в поясничной области, частое мочеиспускание, периодическое повышение температуры тела. Из анамнеза заболевания: болеет с августа-сентября месяца 2019 года. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства, где ей был выставлен диагноз: хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Была назначена следующая терапия: цефтриаксон по 1 гх2 раза внутримышечно, фурамаг 1 гх3 раза в день, трентал 1 гх2 раза в день, аскарутин 1 гх3 раза в день. Несмотря на проведенную терапию через месяц вновь повысилась температура тела, боли в поясничной области увеличились, появились геморрагические высыпания на коже рук и ног, после чего она обратилась к гематологу.

Общее состояние тяжелое. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы бледные, на коже нижних конечностей обнаружены геморрагические высыпания.

Аускультативно с двух сторон в легких выслушивается везикулярное дыхание. Частота дыхания 19 раз в минуту. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. ЧСС и пульс – 98 ударов в минуту.

Язык – бледно-розового цвета, суховатый, на спинке обложен белым налетом. Пальпаторно живот мягкий, болезненный в правом и левом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный с двух сторон.

В гемограмме – 2,87; Hb – 76,0; цв. показатель – 0,9; тромбоциты – 65,0 тыс.; палочкоядерные – 7; сегментоядерные – 27; эозинофилы – 1; лимфоциты – 44; моноциты – 5. СОЭ – 67 мм/ч; в общем анализе мочи: белок – 1,65; лейкоциты – 25-30 в поле зрения, цилиндры: 3-5 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий белок 59,20 г/л; общий билирубин 19,2 мкмоль/л; прямой билирубин – 3,2 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; ALAT – 18,3; AsAT – 16,5; мочевины – 9,7; белок.

Мочевая кислота – 776 мкмоль/л, (в норме от 210 до 420 мкмоль/л), калий – 6,7 ммоль (в норме от 3,5 до 5,1 ммоль).

Коагулограмма – ПТИ – 87%, фибриноген – 3,5 г/л, кальций – 3,5 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок – 1,65%, плотность – 1008, лейкоциты – 20-35 в поле зрения, эритроциты – сплошь.

На эхографии почек: признаки нефромегалии. В миелограмме обнаружено большое количество (78%) незрелых лимфоцитов.

В компьютерной томографии брюшной полости обнаружены забрюшинная лимфаденопатия и двусторонняя нефромегалия.

Выводы. Таким образом, приведенный случай из клиники еще раз доказывает, что у пациентов с острым лимфобластным лейкозом нефромегалия является одним из клинических проявлений поражения почек, обусловленный лейкозной инфильтрацией и нефротоксичностью химиопрепаратов.

Литература

1. Бурнашева Е.В. Поражение почек при противоопухолевой терапии. Нефрология. - 2018. - Т. 22. - № 5. - С. 17-24.
2. Гревцева Е.А. Острое повреждение почек у детей / Е.А. Гревцева Т.Л. Настаушева, Г.Г. Волосовец // Нефрология. - 2017. - 21(3):61-68.
3. Харченко Ю.А., Синдром лизиса опухоли: взгляд на проблему. Онкогинекология. - 2019. - № 4 (32). - С. 17-25.
4. Escherich G. Akutelymphoblastische Leukämie – ALL – im Kindesalter. AWMF online 2021 [URI: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-014l_S1_Akute-lymphoblastische-Leukaemie-ALL-im-Kindesalter_2021-07.pdf].
5. Zubowska M, Interleukin 18 as a marker of chronic nephropathy in children after anticancer treatment // Disease Markers. - 2013. - 35: 811-818.

Мустафакулов С.С., Салимов Х.Г.

Хронический рецидивирующий геморрагический ЦИСТИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ СО СПИДОМ

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Хронический рецидивирующий геморрагический цистит является редким сопутствующим проявлением инфекционных заболеваний и возникает не менее 3 раза в год или не менее 2 раз в течение полугода, наиболее частым возбудителем, которого является E. Coli, аденовирусы, герпес, вирус парагриппа [3].

Посткоитальный цистит проявляется только после полового акта, зачастую бывает вызван заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП). У больных появляется боль в надлобковой части живота, частые позывы на мочеиспускание с малыми порциями, порой с подтеканием мочи, цвет мочи становится мутным с резким запахом, нет ощущения полного освобождения мочевого пузыря, головная боль, недомогание, периодическое повышение температуры тела, наличие крови в моче [2].

Для верификации диагноза необходимо комплексное исследование (общий анализ крови и мочи, мазок из уретры, бакпосев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, цистоскопия и биопсия)[1].

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай из амбулаторной практики с хроническим рецидивирующим геморрагическим циститом.

Больной А., 37 лет, житель Яванского района. Обратился к урологу с жалобами на жгучие боли внизу живота, частое мочеиспускание, отсутствие чувства полного освобождения мочевого пузыря, мочеиспускание с малыми порциями мочи, наличие крови в моче, головная боль, слабость, потливость, недомогание, периодическое повышение температуры тела.

Из анамнеза заболевания выяснилось, что болеет в течение 3-х лет, неоднократно лечился в Российской Федерации, получал антибактериальную, противовоспалительную, спазмолитическую терапию с временным эффектом.

В гемограмме была обнаружена постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести, СОЭ – 56 мм/ч, в общем анализе мочи: протеинурия – 0,99%, лейкоцитурия – 20-30 в поле зрения, макрогематурия – сплошь лейкоциты.

В анализе мочи на флору и чувствительность к антибиотикам был обнаружен *золотистый стафилококк* (*Staphylococcus aureus*) высокочувствительный антибиотик класса карбапенемов - Меропенем.

Показатели свертывающей системы крови были в пределах нормы. Серологическое исследование на ЦМВ было положительным.

На УЗИ мочевого пузыря было выявлено - увеличение размеров и утолщение стенок мочевого пузыря, контуры с неровными краями, в просвете – признаки наличия остаточной мочи.

На компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием выявили неконтрастный дефект наполнения мочевого пузыря.

Пациент от госпитализации и проведения цистоскопии, и биопсии категорически отказался.

Больному было назначено: меропенем в/м по 500 мг каждые 8 ч, фурамаг по 100 мг 3 раза в сутки, метрагил 100 в/в, дицинон по 2,0х2 раза в день, раствор аминокaproновой кислоты (100 мл стерильного 50 мг/мл раствора на изотоническом растворе натрия), но-шпа по 2,0х2 раза в/м, достаточное употребление жидкости (2-2,5 литров в сутки), исключение острых, соленых и раздражающих продуктов, отвар шиповника по 100,0х3 раза в день.

Со слов пациента, после проведенной терапии общее состояние улучшилось, моча стала более светлая, боли в надлобковой области уменьшились, температура тела нормализовалась, но в конце 3 недели вновь появились выше указанные жалобы.

ПЦР диагностика венозной крови на СПИД/ВИЧ была положительной. Больной был направлен для дальнейшего лечения в Республиканскую инфекционную больницу.

Таким образом, при хроническом рецидивирующем течении геморрагического цистита необходимо дообследовать пациентов на ЗППП.

Литература.

1. Сильчук Н.А. Хронический рецидивирующий посексциальный цистит” современный взгляд на проблему [Текст] // «Клиническая медицина», - 2022. - Том 20. №4. - С. 377-383.
2. Карева А.В. Острый и рецидивирующий цистит. Сложный пациент. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(3):130-133.
3. Bonkat G. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. EAU-2019. Russian (Клинические рекомендации по инфекциям в урологии. Европейская ассоциация урологов, 2019).

Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н., Аскаров А.Т.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ АКСИАЛЬНОГО СКЕЛЕТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

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

Актуальность. В связи со значительным старением населения планеты и увеличением в популяции женщин в постменопаузальном периоде, проблема остеопороза становится особенно актуальной. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) остеопороз (ОП) поражает от трети до половины всех женщин, находящихся в постменопаузе. Его коварство связано с отсутствием ранних признаков, а основными клиническими проявлениями служат низкоэнергетические переломы, возникающие внезапно, среди полного здоровья. Риск этих переломов у женщин составляет от 20 до 30% [3]. Кроме того, эти остеопоротические переломы не только существенно меняют качество жизни пациента, но и влияют на продолжительность жизни, определяя тем самым социально-экономическую значимость заболевания.

Поскольку отличительной особенностью постменопаузального остеопороза является преимущественное поражение трабекулярной костной ткани, то наиболее уязвимой областью является позвоночник. Так, согласно отчету Международного фонда остеопороза, у каждой третьей женщины после 65 лет отмечается возникновение характерных деформаций и переломов тел позвонков.[5].

Особенно остро эта проблема стоит в Таджикистане, регионе жаркого климата, крае климатогеографических контрастов. Причинами этого феномена являются высокая рождаемость и длительная лактация, сокращение оптимального срока деторождения, «поломки» в пищеварительном тракте, недостаточные потребления кальция и обеспеченность организма витамином D, приём некоторых лекарственных препаратов, обладающих остеотоксическим влиянием и способных индуцировать нарушения метаболизма в костной и хрящевой ткани.

В результате снижения минеральной плотности кости (МПК) и высокой скорости резорбции структуры костной ткани, позвонков, слабея, создает повышенный риск развития низкоэнергетического перелома. При этом низкая МПК может быть диагностирована случайно, при уже спонтанно развившемся переломе, который относят к «переломам-

маркерам» остеопороза. Также не вызывает сомнений тот факт, что сочетание этих патологий, с учетом факторов риска нашего региона, ухудшает течение как остеопороза, так и перелома, тем самым уменьшая функциональные возможности и ухудшая качество жизни больного [3,4].

Но, к сожалению, несмотря на имеющиеся научные и клинические данные, в подавляющем большинстве случаев больным с низкоэнергетическими переломами не проводится денситометрическое исследование, которое опровергает или подтверждает уменьшение МПК, соответствующее остеопорозу по критерию ВОЗ. Так, по зарубежным данным, лишь у 17,2% пациентов после низкоэнергетических переломов проводится денситометрия, и только 10,6% пациентов получают лечение остеопороза [1].

Аналогичная ситуация складывается и в Таджикистане. Тем самым, учитывая недостаточность данных о том, насколько часто диагностируется и лечится остеопороз в нашей стране, мы провели проспективное исследование.

Цель исследования. Определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин в постменопаузе с переломом позвоночника.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели в амбулаторных условиях на базе ГУ НМЦ-РТ «Шифобахш» были проанализированы показатели денситометрии и минерального обмена 25 женщин с неосложненными переломами тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника в анамнезе. Возраст больных соответствовал постменопаузальному периоду и составил от 49 до 67 лет ($57,8 \pm 7,6$ года). Среди них жительниц города было – 16 (64%) женщин, села – 9 (36%). Из анамнеза все больные неоднократно получали консервативные курсы лечения в амбулаторных условиях так, как заведено в практике – физиотерапию и курсовой приём препаратов кальция. Однако из-за отсутствия эффекта лечения и наличия болевого синдрома разной степени выраженности на уровне нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника при статических и динамических нагрузках, приобретшего хронический характер, вынуждены были обратиться в клинику.

Состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на остеоденситометре LunarProdigy (GE HealthCare, USA) по стандартному протоколу. В работе оценивали BMD – «bonemineraldensity» (г/см²) и Т-критерий поясничного отдела позвоночника (L₁-L₄), шейки и проксимального отдела бедра в передне-задней проекции и дистальных отделов костей предплечья. Согласно Т-критерию поясничного отдела и проксимального отдела бедренной кости, выделяли нормальную минеральную плотность костной ткани ($-1 < T < +1$), остеопению ($-2,5 < T < -1$) и остеопороз ($T < -2,5$).

Клиническое обследование исходно и на фоне фармакологической коррекции сниженной минеральной плотности кости включало визуальную оценку общепринятых рентгенограмм скелета, забор крови натощак для исследования содержания в сыворотке транспортной формы витамина D – 25(OH)D₃, кальция, магния и щелочной фосфатазы.

Больные, на фоне фиксации позвоночника съёмным ортопедическим корсетом и периодов отдыха в горизонтальном положении, в зависимости от показателей денситометрии получали патогенетически обоснованную, с целью коррекции минеральной плотности кости, антирезорбтивную терапию бисфосфонатами, фоновую терапию препаратами кальция, препаратами витамина D-3, Магне В6 или Дуомаг (экв. магния 400мг) под контролем маркеров ремоделирования кости.

Результаты и их обсуждение. Проведенный денситометрический скрининг выявил снижение МПК у обследованных женщин во всех трёх отделах скелета. У 13 (52%) обследованных женщин имелись показатели МПКТ, соответствующие остеопорозу, с преимущественной локализацией в позвоночнике ($p < 0,05$), что негативно коррелировало с возрастом ($p < 0,05$) и рентгенологической картиной. Остеопения, с преимущественным снижением МПК в позвоночнике (5) и в шейке бедра (3), отмечалась у 8 (32%) больных. Сочетание остеопении и остеопороза отмечено у 4 (16%) женщин.

Результаты исследования показали, что Т-критерий, по которому оценивали МПКТ у жительниц города, при остеопении и остеопорозе составил $-1,79 \pm 0,02$ SD и $-3,54 \pm 0,04$ SD. У жительниц села $-1,74 \pm 0,04$ SD и $-3,55 \pm 0,04$ SD соответственно. При этом у больных с деформацией позвонков (с индексом по Genant $< 0,80$, выявленные при рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции) отмечались более низкие ($-4,0 \pm 1,12$ SD) показатели МПКТ ($p < 0,001$). Как это ни парадоксально, значимое снижение минеральной плотности кости, соответствующее остеопорозу у сельских жительниц, оказалось выше, чем среди городских женщин. По нашему мнению, это обусловлено развитием дегенеративного процесса в поясничном отделе позвоночника, нивелирующего истинное снижение МПКТ с возрастом.

Анализ МПКТ поясничного отдела позвоночника на старте обследования и лечения показал, что средние значения медианы по Т-критерию на уровне L₁-L₄ позвонков составили $0,817 \pm 0,152$ г/см²; в шейке бедра – $0,653 \pm 0,118$ г/см²; дистальном отделе лучевой кости $-0,524 \pm 0,011$ г/см², которые также коррелировали с рентгенологической картиной.

При обследовании также было зафиксировано снижение уровня витамина D₃ в диапазоне 3-18,2 нг/мл и магния – $< 0,69$ ммоль/л., приём препаратов, которых способствовал изменению показателей МПКТ в положительную сторону.

Оценка динамики состояния костного ремоделирования (на фоне антирезорбтивной терапии) относительно исходных значений, отметила прирост костной ткани у больных с остеопорозом, так и остеопенией там, где процессы костного метаболизма протекали наиболее активно. Так, у больных с остеопорозом, за счет коррекции микроэлементного состава, показатели МПК через 6 месяцев продемонстрировали активизацию процесса костного ремоделирования в поясничном отделе позвоночника на $+3,1\%$ ($p < 0,001$), а проксимальном отделе бедра на $+1,6\%$ ($p < 0,0001$), с постепенным нарастанием эффекта. Тем самым прирост МПК в L₁-L₄ составил $+0,029$ г/см², в шейке бедра – $+0,019$ г/см². Спустя 12 месяцев, по показателю BMD «bonemineraldensity», отмечался прирост в сегментах L₁-L₄ на $+0,040$ г/см² и составил $4,2\%$ ($p < 0,05$); в шейке бедра – на $1,6\%$ ($p < 0,0001$) и проксимальном отделе бедра – на $2,6\%$ ($p < 0,01$). При этом, средние значения медианы МПК на уровне L₁-L₄ позвонков возросли до $-0,833 \pm 0,02$ г/см²; в шейке бедра – до $0,773 \pm 0,02$ г/см².

И так, у женщин постменопаузального периода с переломом позвоночника, по данным МПКТ, частота остеопороза достоверно выше, как на уровне поясничного отдела позвоночника, так и на уровне проксимального отдела бедренной кости. Полученные данные требуют более детального анализа отдаленных результатов.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что женщины в постменопаузальном периоде с низкоэнергетическими переломами тел позвонков – группа повышенного риска. Доказывает, что этой категории больных необходимо проводить исследования МПКТ аксиального скелета с целью выявления нуждающихся в активной остеотропной терапии.

Проведение патогенетически обоснованной фармакологической коррекции минеральной плотности кости достоверно оказывает положительное влияние на микроархитектонику кости, минеральную плотность костной ткани.

Литература

1. Доброхотова Ю.Э. Постменопаузальный остеопороз: препараты кальция в современной стратегии профилактики и лечения / Ю.Э. Доброхотова, М.З. Дугиева // Русский медицинский журнал. -2017. -№15. С.135-9
2. Мирзоева Ю.К. Особенности лечения остеопороза у женщин в климактерическом периоде /Ю.К.Мирзоева// Молодой учёный. -2017. -№17. –С.129-133
3. Мухамедова И.Г. Особенности лечения перелома тел позвонков на фоне постменопаузального остеопороза /И.Г.Мухамедова, С.Х.Курбанов, А.А.Раззоков, Р.Т.Курбанова // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана.2021.-Т. XI. №1. С.65-69
4. Раззоков А.А. Особенности течения остеопороза у многорожавших женщин с переломами шейки бедра и их последствиями при постменопаузальном остеопорозе /А.А.Раззоков, А.С.Эхсонов// Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -2019. –Т.IX. №4(32). –С.403-416
5. Шостак Н.А. Остеопоротические переломы позвонков: диагностика и тактика ведения/ Н.А.Шостак, Н.Г.Правдюк, А.А. Мурадянц// Лечебное дело. 2020, №3. С.4-12

Мирзоев А.Ф., Пулотов К.Дж.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БИЛИАРНЫЕ ПРОТОКИ

ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

Актуальность. Проникновение элементов паразита или дочерних кист в билиарные протоки относится к редким осложнениям и встречается у 3,7-7,9% больных, а формирование при этом внутреннего холедоходуodenального свища в литературе до настоящего времени не описано [1,2,3]. Наиболее опасными для жизни осложнения являются, когда происходит спонтанный прорыв кисты в билиарное дерево с развитием механической желтухи. На сегодняшний день ряд авторов считают, что патогенетически обоснованным в хирургическом лечении больных данной категории является выполнение на первом этапе эндоскопических транспапиллярных декомпрессивных вмешательств на желчных путях, позволяющих эффективно купировать желчную гипертензию и паразитарный холангит, и, тем самым, выполнить радикальные оперативные вмешательства в более безопасных и благоприятных для больного условиях [4,5,6].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени осложнившиеся прорывом в билиарные протоки.

Материал и методы исследования. Обобщены результаты обследования 36 больных с прорывом эхинококка печени в билиарные протоки с развитием механической желтухи. Мужчин было – 12, женщин – 24. Средний возраст больных составил 72 года. У всех больных отмечалась желтуха различной степени выраженности и сроками возникновения от 3 дней до 7 месяцев. Диагностическая программа и лечебная тактика зависели от сроков заболевания, характера патологии желчных протоков, выраженности гипербилирубинемии, а также общего состояния больного.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические проявления нагноения напряженных кист имело место - у 10, холангита - у 22 больных. Все больные были оперированы. У всех больных, наряду с эхинококкокэктомией проведено тщательное интраоперационное обследование желчевыводящих путей. При этом расширение внепеченочных желчных путей отмечено - у 25 больных. При холедохотомии обтурация желчных ходов обрывками хитиновой оболочки обнаружена - у 26, дочерними эхинококковыми кистами - у 9 больных. Всем проведена санация желчных протоков, ревизия баллонным катетером Фогарти и холедохоскопия. После операции производили тщательную ревизию и ушивание перфоративных отверстий, наружное (26) и внутреннее дренирование (6) холедоха. После эвакуации и удаления хитиновой оболочки остаточную полость санировали 70° спиртом. Полость кисты заполняли 0,05 % раствором Уре-султана. Далее в раствор погружали специальный ультразвуковой инструмент - волновод, соединенный с акустическим генератором аппарата УЗНЧ «Альвеола». После включения генератора, начинает вибрировать с частотой 44 кГц и амплитудой до 45 мкм. Постепенно перемещая инструмент на расстоянии 4-5 мм от поверхности фиброзной капсулы производилась ультразвуковую кавитацию в течении 5-7 минут. Остаточная полость кисты ликвидировали путем капитонажа (24 больным) или тампонирования сальником на ножке (16 пациентам). Операцию завершали дренированием остаточной полости эхинококковой кисты (12).

В раннем послеоперационном периоде наружные желчные свищи сформировались у 14 больных, у которых через дренаж в холедохе выделялось до 500-1200,0 желчи. У 5 из них удалось через наружный дренаж выполнить холедохоскопию и добиться удаления хитиновой оболочки с восстановлением пассажа желчи. Остальным больным в последующем произведена фистулография, где установлено наличие блока в терминальном отделе холедоха. При явной клинике осложнения с развитием механической желтухи и гнойным холангитом лечебные мероприятия начинаются сразу после диагностической ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография): при этом вы-

полняется максимально возможная широкая эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с целью дооперационной билиарной декомпрессии. Эндоскопическая операция завершается назобилиарным дренированием. Произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая в 8 случаях завершилась восстановлением пассажа желчи и закрытием наружных желчных свищей в течение 2-4 дней. В одном случае папиллотомия оказалась неэффективной и больному выполнена дуоденотомия и папиллосфинктеропластика с благополучным исходом. Следовательно, при прорывах эхинококковых кист в желчные ходы с развитием механической желтухи и холангита наряду с эхинококкэктомией необходимо проводить тщательную ревизию и санацию желчных протоков, наружное дренирование холедоха.

Вывод. В случаях развития послеоперационной обтурации терминального отдела холедоха методом выбора лечения является ретроградные транспапиллярные вмешательства, которые являются не только высокоспецифичными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево.

Список литературы:

1. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение. Доказательная гастроэнтерология. 2013;(2):18-25.
2. Курбонов К.М., Азиззода З.А., Назирбоев К.Р. Эхинококкоз печени, осложненный механической паразитарной желтухой Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2019, т. 14, №1.
3. Киртанасов Я.П., Андреев А.В., Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Измайлова Л.Г. Минимально инвазивное лечение при эхинококковых кистах печени, осложнившихся прорывом в желчные протоки. Анналы хирургической гепатологии. 2022;27(1):94-100.
4. Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Чекунов Д.А., Хрусталева М.В., Ким С.Ю. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, осложненный холедоходуоденальным свищом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012;(7):80-82.
5. Хаджибаев А. М., Анваров Хикмат Эркинович, Хашимов М. А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути // Вестник экстренной медицины. 2010. №4.

Sharma BC, Reddy RS, Garg V(2011) Endoscopic management of hepatic hydatid cyst with bili

Мухаббатов А.Дж., Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Актуальность. Геморрой среди хирургических патологий анального канала часто встречается, распространенность которой точно неизвестна, так как многие заболевания прямой кишки и перианальной области ошибочно относятся врачами и пациентами к проявлениям геморроя. По приблизительным данным, распространенность этого состояния среди всех возрастных групп составляет от 10 до 15%, причем пик распространенности (более 20%) приходится на возраст 45-65 лет. Распространенность заболевания между полами примерно равна, однако мужчины чаще обращаются к врачам с жалобами на симптомы геморроя [2].

Одной из актуальных проблем современной медицины является сочетание у одного больного терапевтической и хирургической патологии. Среди последних сочетаний особое место занимают хирургические заболевания на фоне сахарного диабета (СД), способствующие осложнению течения заболевания и развитию осложнений особенно в послеоперационном периоде [1,4].

По данным Балаболкина М.И. [3], сахарный диабет встречается у 9,6% больных с колопроктологическими заболеваниями, в частности, острый парапроктит в 5-7% случаев сочетается с СД, свищи прямой кишки на фоне СД встречается 16,9% [1,4,6] и распространённость поражений кишечника у больных СД II типа составляет около 70 % [5]. В то же время малоизученным остаётся изучение структуры острого и хронического геморроя у больных с сахарным диабетом и клинико-лабораторные показатели у этой категории пациентов.

Цель исследования. изучить степень и характер изменения клинико-лабораторных показателей крови у больных с геморроем в сочетании с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Нами проведён сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей 64 больных с геморроем в сочетании с сахарным диабетом (основная группа) и 64 больных – с геморроем, но без сахарного диабета (контрольная группа), которые находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ МГЦ №2 г. Душанбе с 2018 по 2022г. Давность геморроя была от 1 года до 22 года. Все больные были с сахарным диабетом II типа, с давностью до 13 лет в стадии компенсации или субкомпенсации. При этом средний возраст их составил 54,4 года. Больных в стадии декомпенсации не встречались. Пациенты с другими сопутствующими острыми и хроническими хирургическими патологиями анального канала были исключены из настоящего исследования.

Для диагностики хронического геморроя и СД больным обеих групп проведены клинико- инструментальные и лабораторные исследования: жалобы, осмотр промежности, анаскопия, общий анализ крови биомимия крови и др.

Результаты исследования и их обсуждение. При распределении больных по возрастно-половому составу (таблица 1) выявлено преобладание пациентов геморроем разных степеней в сочетании с сахарным диабетом II типа в возрасте 40 лет и старше. Из таблицы 1 видно, что среди больных преобладали лица мужского пола - 46 (71,8%) основной группы, 44 (68,7%) контрольной группы.

СД у больных с ХГ в 39 (60,9%) случаях был в стадии компенсации (таблица 2) и в 25 (39,1%) - в стадии субкомпенсации. СД у 41 (64,1%) пациента ОГ был выявлен первично.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрастному-половому составу больных хроническим геморроем с СД II типа и без него

Пол		Возраст (лет)				
					Всего:	
					Абс. число	В %
	Осн.	-	29	17	46	71,8
	Кон.	18	12	14	44	68,7
	Осн.	-	13	5	18	28,2
	Кон.	12	5	3	20	31,3
	Осн.	-	42	22	64	100
	Кон.	30	17	17	64	100

По данным таблицы 3, распределение больных обеих групп по степеням хронического геморроя выявило, что у пациентов с ХГ в сочетании с СД в отличие от больных без СД обнаружило высокую долю геморроя III (56,3%) и IV (17,1%) – степени. Это обстоятельство мы связывали с высокой частотой недостаточности анального сфинктера у больных с СД (73,4%). А среди пациентов контрольной группы преобладали больные с II степенью геморроя, которое составили 38 (59,4%) случаев. Среди них анальная недостаточность разных степеней наблюдалась в 21 (32,8%) случаях. Как видно из данных таблицы 4, лабораторные показатели крови у больных с хроническим геморроем в сочетании с сахарным диабетом отличались и проявлялись уменьшением количества гемоглобина в эритроцитах, то есть анемия обнаружилась у этих больных три раза больше в отличие от пациентов без СД: 18 (33,3%) случаев в ОГ и 6 (9,9%) – в КГ. А также уменьшение количества лейкоцитов – лейкопения выявлено у 7 (10,9%) больных ОГ, которое не наблюдалось среди больных КГ. Необходимо отметить, что статическое значимое увеличение показателей СОЭ и СРБ отмечено у больных с ХГ на фоне СД: 19 (29,7%) и 37 (57,8%) соответственно против 7 (10,3%) и 8 (12,5%).

Таблица 2. Распределение больных основной группы по стадиям компенсации СД

Стадии СД	Основная группа, n-64	
	Абс.	%
Компенсация	39	60,9
Субкомпенсация	25	39,1
Всего (n-128)	64	100,0

Таблица 3. Распределение больных по степеням хронического геморроя на фоне СД и без него

Степени хронического геморроя	Контрольная группа, n-64		Основная группа, n-64		Всего(n-128):		Р
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
II	43	67,2	17	26,6	60	46,8	
III	16	25,0	36	56,3	52	40,6	
IV	5	7,8	11	17,1	16	12,5	
Итого:	64	100,0	64	100,0	124	100,0	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Таблица №4. Статическое различие в некоторых лабораторных показателях у больных с хроническим геморроем на фоне СД и без него.

Показатель	ХГ без СД (n=64)	ХГ с СД (n=64)	р
Анемия (n, %)	6 (9,9%)	18 (33,3%)	<0,001*
Лейкопения (n, %)	-	7 (10,9%)	-
Лейкоцитоз (n, %)	9 (14,1%)	1 (1,6%)	<0,001
СОЭ(>15,0мм/ч, n, %)	7 (10,3%)	19 (29,7%)	<0,01
СРБ (>5,0мг/л, n, %)	8 (12,5%)	37 (57,8%)	<0,01

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Выводы. Клиническое проявление хронического геморроя на фоне сахарного диабета в стадии субкомпенсации характеризуется преобладанием III и IV – ой степени геморроя из-за сопутствующей недостаточности анального сфинктера. Со стороны лабораторных показателей статически значимое различие проявляется в лейкопении и

10,9% случаях и в увеличении показателей СОЭ и СРБ, что можно использовать для оценки тяжести СД и прогноза прогрессирования осложнений у этой категории больных.

Список литературы.

1. Абдуллаев М.Ш.. Острый парапроктит у больных сахарным диабетом (обзор литературы) // Колопроктология. – 2012. – № 1 (39). – С. 46-51.
2. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой / М., «Митра-Пресс», 2002, -192 с.
3. Балаболкин М. И. Лечение сахарного диабета и его осложнений. - М.: Медицина, 2005, 512 с.
4. Ремизов С.В. Хирургическое лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом. - Автореф. на соиск. учёной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 «Хирургия» / С.В. Ремизов. – М., 2004. – 16 с.
5. Тихонова Т. М. Особенности течения поражений кишечника при сахарном диабете. - Автореф. на соиск. учёной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.05 «внутренние болезни», 14.00.03 - эндокринология / Харьков., 1992. - 22 с.
6. Хамроев Б.М. Хирургическое лечение свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом: дисс. канд. наук: 3.1.9 / Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич. – Душанбе, 2022.-142 с.

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СУЖЕНИЯ АНУСА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

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

Актуальность. Стеноз (структура или сужение) анального канала, среди контингента больных, находящихся на лечении в хирургических стационарах, встречается довольно редко, однако данное заболевание представляет собой достаточно сложную и не всегда разрешимую проблему. По данным литературы, в последнее время количество патологического рубцеобразования после проведения хирургических операций колеблется от 40 до 70% случаев [4, 5]. Частота сужения ануса, возникающего после проведённого оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала на протяжении последних нескольких десятилетий составляет в пределах 2-9% от всех больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний прямой кишки, в частности анального канала [1] и основная часть данного послеоперационного осложнения возникает у пациентов после геморройэктомии [2, 3]. Из-за сужения анального канала, особенно при II – ой и III – ей степенях стеноза ануса не имеется возможность проведения внутри анальных инструментальных исследований. Таким образом, исходя из выше сказанного, оптимизация диагностики постоперационного стеноза анального канала и на основании полученных данных разработать хирургическую тактику для улучшения результатов хирургического лечения сужения ануса, возникающего после оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала является актуальным.

Цель исследования. Оптимизировать диагностику постоперационного стеноза анального канала и на основании полученных данных разработать хирургическую тактику для улучшения результатов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Данное научное исследование включает в себя 92 пациента с ПСАК, оперированных в отделении колопроктологии ГУ ГКЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева в период 2012-2023 гг. Из них, ретроспективному анализу были подвергнуты 46 историй болезни больных с сужением ануса, возникшим после оперативного лечения хирургических острых и хронических патологий АК, которые составили контрольную группу (КГ, с 2012 г. по 2017г.). Для проведения проспективного анализа 46 больных с ПСАК были включены в основную группу (ОГ, с 2018 г. по 2023 г.). Для выявления местных изменений тканей АК, анального сфинктера ПК и параректальной клетчатки пациентам ОГ применяли современные методы диагностики для разработки хирургической тактики.

Основными критериями диагностики ПСАК являлись клинически (жалобы и местный осмотр промежности) и инструментально (УЗИ, МРТ промежности в ОГ). В диагностике постоперационного сужения ануса не проводились пальцевое исследование, ано- и ректороманоскопия, сфинктерометрия и аноректальная манометрия. Критериями включения в исследования явились больные с постоперационным сужением ануса II- и III степени, развившим после оперативного лечения острой и хронической хирургической патологии АК. Критериями исключения были пациенты с посттравматическим, врождённым сужением ануса и стенозом АК опухолевого генеза, а также с ПСАК I степени сужения.

Среди всех больных преобладали лица мужского пола, которые составили 59 (64,1%), а женщины - 33 (35,9%) случаев в исследовании. Возраст больных обеих групп исследования колебался от 23 до 72 лет, средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 1,8$ лет. Отмечено нами доминирование пациентов в возрасте 40-49 лет (55,4%), что относится к трудоспособному возрасту.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение пациентов по степеням показало (таблица 1), что общее количество больных с II -ой степенью ПСАК составило 78(84,8%) пациентов (38(82,6%) в ОГ и 40(86,9%) в КГ) и с III-ой степенью – 14(15,2%) больных (8(17,4%) в ОГ и 6(13,0%) в КГ).

Таблица 1. Распределение больных обеих исследуемых групп по степеням ПСАК.

Степени ПСАК	ОГ, n=46	КГ, n=46	p	Всего:
	абс, %	абс, %		абс, %
II	38 (82,6%)	40 (87,0%)	>0,05	78 (84,8%)
III	8 (17,4%)	6 (13,0%)	>0,05*	14 (15,2%)
Всего:	46 (100,0%)	46 (100,0%)	-	92 (100,0%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса)

Проведенное УЗИ исследование показало, что у больных с ПСАК обнаружались гнойные полости и затеки в 13(14,1%) случаях: 5(5,4%) случая после иссечения СПК, 3(6,6%) – после иссечения хронической анальной трещины, осложнённой неполным внутренним параректальным свищом и 5 (5,4%) наблюдения после вскрытия острого гнилостного парапроктита. Из них более половины случаев (69,2%) этих больных, выявились плохо дренирующиеся гнойные полости в параректальной клетчатке с периодическими обострениями. В 7(15,2%) случаях вокруг анального сфинктера выявили различные по форме и размеру воспалительные инфильтраты. Также при УЗИ промежности с помощью линейного датчиком в 4(8,7%) случаях определяли утолщения и снижения эхогенности мышечных волокон в области воспалительного инфильтрата что будет необходимо учитывать при подготовке больных к предстоящей операции - анопластике. 8(17,4%) больным ОГ с III-ой степени ПСАК проводилось МРТ – исследование. Среди них в 2-х (4,3%) случаях было выявлено инфильтрация одной из стенок АК и нижней нижеампулярной части прямой кишки. Кроме этого в 7-ми (15,2%) случаях у больных ОГ было обнаружено чрезмерное расширение прямой кишки и ректосигмоидального отдела толстого кишечника с признаками хронической кишечной непроходимостью толстого кишечника.

По разработанной нами хирургической тактике больные ОГ в зависимости от наличия выявленных местных изменений тканей анального канала нами были разделены на три подгруппы: I-подгруппа без изменения СОПК и АК; II-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками воспаления СОПК и или АС и III-подгруппа с УЗИ и МРТ признаками фиброзных изменений СОПК и или АС (таблица №2).

Таблица №2. Распределение больных ОГ в зависимости от состояния местных изменений в анальном канале, n=46

ОГ	Характер изменений	Абс. число	В %
I-подгруппа	Без воспалительных изменений СОАК	25	54,3
II-подгруппа	С воспалительными изменениями СОАК	12	26,1
III-подгруппа	С фиброзными изменениями АС	9	19,6
Всего:		46	100,0%

Предоперационный период больных I-подгруппы ОГ ограничивался проведением накануне операции назначением без шлаковой диеты. Пациенты II-подгруппы, у которых были выявлены признаки воспалительных изменений в СОАК и ПК и, или в АС больные получали противовоспалительное и антибактериальное лечение в предоперационном периоде. Больные III-подгруппы с фиброзными изменениями в выше указанных анатомических структурах пациенты без специальной подготовки принимали разработанные нами способы оперативного лечения ПСАК.

Таким образом, использование нами в диагностике постоперационного сужения анального канала УЗИ с линейным датчиком и МРТ позволяет получить наибольшую информацию о характере патологического процесса в предоперационном периоде и выбрать правильную хирургическую тактику.

Выводы. Комплексное применение клинко-лабораторных исследований вместе с УЗИ и МРТ в диагностике послеоперационного сужения ануса позволяют установить наличие местных воспалительных тканей и степени тяжести распространенности рубцовых процессов в анальном канале, что позволяет проведению соответствующей индивидуальной предоперационной подготовки и дальнейшей хирургической тактике.

Список литературы.

1. Гобеджишвили В.В., Лысенко О.В. Профилактика стеноза анального канала после геморройэктомии / В.В. Гобеджишвили, О.В. Лысенко // Материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. Ставропольский государственный медицинский университет. 2017. С. 373-374.
2. Кахорова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Рабиев А.Х. Хирургические аспекты лечения послеоперационных сужений анального канала / Р.А. Кахорова, Иброхимов, А.Х. Рабиев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения, №1, 2019.
3. Мухаббатов Дж.К., Курбонов К.М., Муродов У.К. Хирургическое лечение сужения анального канала / Дж.К. Мухаббатов, К.М. Курбонов, У.К. Муродов // Актуальные проблемы колопроктологии ГНЦК. - Москва. - 2006. - №19. - с. 170-172.
4. Проблема гиперплазии соединительной ткани после операций и травм / П.М. Лаврешин. [и др.] // Матер. науч. конф. анестезиологов-реаниматологов и хирургов СКФО с международным участием. Беслан-Владикавказ. – 2011. – с. 36-7.
5. Помазкин В.И. Кожно-пластический метод при лечении рубцовых стриктур анального канала / В.И. Помазкин // Колопроктология. – 2011. – №3, Приложение №37. – с. 43-44.

Мухаббатов Дж.К., Расулова С.И., Хоркашев Ф.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Более чем 50% взрослого населения Земли страдают проблемами нарушения стула и этиологическим фактором развития хронических запоров у лиц женского пола, данные литературы о частоте запоров и распространенности широко освещены и варьируют от 39-79% при разной этиологии. Особенно число их возрастает ввиду жизни в мегаполисе, пассивного образа жизни, культуры питания, гормональных сбоев, паритета, ИМТ, стрессов, гиповитаминозов, неврологического статуса [1-3]. Этому в своем большинстве подвержены женщины по сравнению с мужским полом. На долю женщин приходится функция деторождения и материнства, что коренным образом меняет

не только состав крови и гормональный фон женщины, а также углеводный и метаболический обмен и существенно перестраивает эндокринную систему под новые условия. Однозначно, это физиологический процесс, но ввиду некоторых факторов он может провоцировать пролонгацию таких изменений, которые послужили факторами риска хронических запоров. У женщин более зрелого возраста следует учитывать функциональные и органические изменения мышц тазового дна и генитальный пролапс (опущение прямой кишки, матки и мочевого пузыря), паритет и общую соматику [4-5].

Таким образом, многие вопросы этиологии и клинического проявления запоров у женщин с высоким паритетом не в полном объеме освещены литературой и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования. Изучение гендер-зависимых факторов с хроническими запорами у лиц женского пола.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования, положены данные обследования и лечения 100 пациенток, находящихся на лечение по поводу хронического запора в отделении колопроктологии на базе ГУ «Городская клиническая больница №2 им. академ. К.Т. Таджикива» г. Душанбе за период с 2018 по 2023 гг. в возрасте 18- 65 лет. Все больные проходили раннее многократную консервативную терапию, но безуспешно.

Все женщины проходили клинико-лабораторное и инструментальное обследование, помимо анамнестических особенностей-паритета, включающие в себя: общий анализ крови, биохимию крови, ирригографию, виртуальную колоноскопию, расчет индекса массы тела (ИМТ), анамнез предыдущих родов (частота и интервал родов)-паритет, частота использования дополнительного пособия при акте дефекации, изучение гормонального фона, оценку по шкалам степени и тяжести запоров. А также женщинам провели ректальное пальцевое исследование, ректороманоскопию (RRS), трансректальное УЗИ (ТРУЗИ), сфинктерометрию и манометрию в рамках обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании выявленных ретроспективных факторов в выявлении этиологии развития хронических запоров у женщин, а так же клинических проявлений его и вида запора. Были изучены 100 истории болезни и пациентки поделены на 2 группы. Изучение условий и причин развития запоров у больных показал, что в 23 случаях причиной развития, была связана пациентками с диагностированным повышением уровнем глюкозы крови в анамнезе беременности (17%) и наличия эпизодов запора с детства или молодого возраста –у данной группы женщин до 25 лет (79%) , этот вид запоров мы обозначили, как кологенные запоры . В 16 случаях причиной развития были связаны с нарушением углеводного обмена и повышению ИМТ, нарушение транзита кишечного содержимого был диагностирован у 45 (53,57%) женщин. На долю аномалий строения толстого кишечника: долихосигмы пришлось-74 (88,1%) случая, а долихомегаколон- 10(11,9%) соответственно. Культура питания значительно отличалась у жителей села и города, на долю городских жительниц пришлось 18, а сельские женщины составили 66. Упорные запоры преобладали у городских женщин. Различный характер гормональных изменений эндокринной системы имел место у 19(22,6%) данного контингента больных.

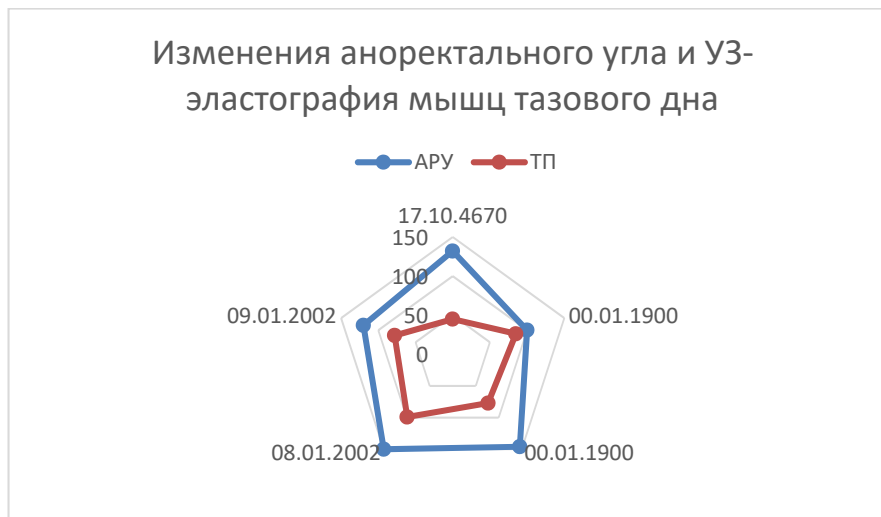
Интерпретация данных историй болезни пациенток, включенных во 2-ю группу, показала, что в 37 (37%) случаях выявлены повреждения и нарушения тонуса в тазовых мышцах , преимущественно у лиц старшего возраста или с высоким паритетом (более 3 эпизодов естественных родов) , что составило 39(46,5%) случаев. Дисплазия соединительной ткани, при наличии клинически-обоснованных критериев проявлялась наличием грыж, варикозной болезни, гипермобильностью суставов и других критериев , клинически-указывающих на СНСТ (Табл.1).

Таблица 1. Частота сопутствующих заболеваний в зависимости от возраста женщины.

Возраст	18-25	26-35	35-55
Анемия хроническая	N-2 2,4%	N-7 8,3%	N-2 2,4%
Гормональные нарушения	N-4 4,8%	N-18 21,4%	N-9 10,8%
Ожирение-повышение ИМТ	N-1 1,2%	N-9 10,8%	N-6 7,2%
Пролапс мышц таза	N-3 3,6%	N-15 17,9%	N-19 22,7%
Варикоз н/к и вен таза	N-4 4,8%	N-8 9,5%	N-16 19%
СД 2 типа	N-2 2,4%	N-17 20,2%	N-4 4,8%

Этот вид запоров относится к проктогенным, так как данные о недостаточности мышц тазового дна –тазового пролапса (ТП), подтвержденные инструментальными методами исследования- проктографией и определением изменений аноректального угла (АРУ), УЗ-эластографией мышц таза и сфинктероманометрией имеют место и соответственные изменения, изменения по диаграмме 1.

Диаграмма 1. Изменения аноректального угла и УЗ-эластометрия мышц тазового дна



Выводы. Широкая вариабельность этио-патогенетических факторов хронических запоров у женщин детородного возраста заслуживает внимания и дальнейшего изучения, в плане более глубокого изучения проктогенных и коллогенных запоров.

Список литературы.

1. Стандарты диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Григорьев П. Я. ,Москва, 2002.
2. Запор. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов.20.10.2013.
3. Парфенов А.И. Запор от симптома к болезни Waybak Machin №12, том 05,2003.
4. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Современные подходы к лечению функциональных запоров.,2009.Т-19.-№1.-С.59-65.
5. Махов В.М., Береснева Л.А. Системные факторы при хроническом запоре , 2012.

Набиев М.Х.

ҲОЛАТИ СИСТЕМАИ ЛАХТАБАНДИИ ХУН ДАР БЕМОРОН БО ШАКЛҲОИ ОРИЗАНОКИ АЛОИМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТИ ВА ИСЛОҶИ ОН

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Алоими попанҷаи диабетӣ (АПД) - маҷмӯи тағйирёбҳои анатомӣ-функционалии попанча, ки сабабгоришон нейропатияи диабетӣ, ангиопатия, остеоартропатияҳои аз инкишофи равандҳои фасодӣ-некротикӣ оризанокшуда мебошанд. Гипергликемияи музмин, дар патогенези диабет ҳамчун звенои ибтидоии спектри боиктидори вайроншавиҳои гормоналӣ-метаболическо, ки оқибат боиси осеби тақрибан тамоми системаҳои функционалии организм мешавад, таъриқ мекунад [3]. Тибқи маълумоти ТУТ, то соли 2013 дар ҷаҳон 374 млн., дар Россия бошад - 3 млн 782 ҳазор нафар гирифтори диабетӣ қанд (ДҚ) буданд. Паҳншавии диабетӣ қанд дар аҳоли аз 2,5 то 3,8% бо ду баробар зиёдшавии шумораи беморон ҳар як 10-15 сол қайд мешавад [1]. Басомади инкишофи алоими попанҷаи диабетӣ (АПД) солҳои охир зиёда аз 5 маротиба афзоиш ёфтааст (дар ҳар як шашум бемори мубталои ДҚ. Компоненти хатмии муолиҷаи нуқсонҳои решноку мавтшудаи попанча хангоми ДҚ коркарди радикалии ҷарроҳии манбаи фасод, бо минбаъда муолиҷаи ҷароҳати фасодӣ мебошад [4]. Нишондод ва техникаи коркарди ҷарроҳии манбаҳои фасод хангоми синдроми попанҷаи диабетӣ хеле хуб тақдир дода шудаанд [2,5]. Натиҷаҳои муолиҷаи ҷароҳатҳои фасодӣ хангоми АПД ғайриқаноатбахш мебошанд. Дар Тоҷикистон то соли 2014 34853 нафар гирифтори бемории ДҚ қайд шудааст, ки аз инҳо 5249 нафар (63,6 ба сари 100000 аҳоли) аввалин маротиба бо ошкоршавии ДҚ, қайд шудаанд. Барои беморони мубталои шаклҳои оризанокӣ АПД нисбатан хос мушкилоти дер бистаришавӣ мебошад.

Мақсади тадқиқоти мазкур аз омӯзиш ва ислоҳи вайроншавиҳои коагулологӣ хангоми шаклҳои оризанокӣ алоими попанҷаи диабетикӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқоти мазкурро натиҷаҳои мушоҳидаҳои клиникӣ ва муолиҷаи 183 беморони гирифтори шаклҳои оризанокӣ АПД, ки дар шуъбаи БКШ № 3-и Маркази эндокринӣ ва ҷарроҳии фасодӣ-септикийи ш. Душанбе муоина муолиҷа гирифтанд (95 (51,9%)-мард, 88 (48,1%)-зан, таъкил кард. Синну сол: аз 30 то 74- сола. Навъ, вазнинии ҷараён ва марҳилаҳои ДҚ тибқи таснифоти ТУТ (1985) муайян карда шуданд. ДҚ-и навъи 1-ум дар 12 (6,5%), ДҚ-и навъи 2-юм дар 171 (93,5%) ва дар 7 (3,8%) аввалин маротиба бемории ДҚ ошкор карда шуд. Дар анамнези 98% беморон бемориҳои ҳамроҳикунанда, ки бештар бемории гипертоникӣ - 76,1%, атеросклероз ва БИД - 73,5% ва анемияи дараҷаҳои гуногуни вазнинӣ дар 78,7% беморон қайд шуд, муайян карда шуд.

Баҳодиҳии хусусиятҳои коагулологӣ хун ба таҳқиқҳои дараҷаи фибрин ва фибриноген, фибриногени В, тромботест, толерантнокии плазма ба гепарин, индекси протромбини ва ПТВ Квик асос ёфт. Дар бемороне, ки гепарини ғайрифраксионӣ (n-90) ва сулодексид (Vessel Due F)(n-93) қабул мекарданд, баҳодиҳии клиникӣ самаранокӣ антикоагулянтҳо гузаронда шуд. Истифодаи гепарин дар вояи профилактикӣ 2500 ЕД зерӣ пӯст дар як рӯз 4 маротиба ва аз рӯи нишондодҳо вояи муолиҷавӣ то 20000 ЕД дохиливаридӣ, сулодексид -1200 LSU як маротиба дар як шаборӯз дохили рағ муддати 10 рӯз, сипас муддати 30 рӯз ба дохил 1 капсулагӣ 2 маротиба

дар як рӯз пас аз хӯрок нисбатан самарабахштар аст. Ҳолати беморон ҳангоми қабулшавӣ ва назорат аз болои динамикаи он ва чараёни раванди ҷарроҳатро тибқи маълумоти усулҳои клиникӣ-озмоишгоҳӣ ва асбобии муоина баҳодиҳӣ кардем. Ҳаҷми осебҳои рағҳои магистрالي андомҳои поёниро бо ёрии ангиосканированияи дуплексӣ ташхис гузоштем.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар муолиҷаи маҷмӯии беморони мубталои АПД табобатҳои мақсадноки антибактериалӣ, дезинтоксикасионӣ, иммуностимулясиякунанда, кандислоҳкунанда, ангиотропии умумимустаҳкамкунанда ва маводи хусусиятҳои реологии хунро бехтаркунанда, дохил карда шуд. Мутобиқи нишондодҳо гемотрансфузияи плазмавӣ гузаронда шуд. Ҳангоми қабулшавӣ дар беморон инкишофи гиперкоагулятсияи вазнини сабабгояш гиперфибриногенемия, пастшавии фаъолнокии фибринолиз мушоҳида мешуд. Миперфибриногенемияи максималиба шаборӯзҳои 3-5-уми пас аз ҷарроҳӣ рост меомад. Танҳо шаборӯзҳои 10-12-ум тамоюли камшавии миқдори фибриноген қайд шуд, вале ин нишондиҳанда коагулограмма баланд боқӣ монда буд. Тамоми беморони мубталои АПД дар давраҳои то ҷарроҳӣ ва баъдазҷарроҳӣ назорати дақиқи гемокоагулятсионӣ ва табобати давомнокии патогенетикии антикоагулянтӣ талаб мекард. Дар беморони нисбатан вазнин вайроншавиҳои системаи гемостазро ҳамчун шакли нопурра ва ё гузариши ДВС – синдром (n – 22) баҳодиҳӣ кардан мумкин аст. Ин дар намуди вайроншавиҳои микротсиркуляторӣ ҳам дар сатҳи узвҳои паренхиматозӣ (нокифогияи гурдаву ҷигар) (n – 12) ва ҳам дар сатҳи ҷарроҳат (некрозҳои авҷгиранда) зухӯр меёбад (n – 10).

Омӯзиши системаи гемостаз дар беморони гирифтори бемории ДК, бо шаклҳои оризаноки ДК мавҷудияти вайроншавиҳои гемореологии нишонаҳои гиперкоагулятсияро нишон дод, ки бо мурури авҷгирии раванди фасодӣ-мавӣ дучанд мешаванд ва дар навбати худ боиси гипоксияи бофта мешавад. Махсусан зиёд миқдори фибрин ва фибриноген қайд шуд, ки дар як қатор беморон мутобиқан то 40-50 мг ва 11-13 г/л расид. Дар 93 беморони мубталои АПД-и гурӯҳи асосӣ зерӣ анестезияи ҷузъимилзании (катетеризатсия) рағи эпигастралии поёнӣ бо дастрасии параректалӣ поёнтар аз ноф, бо истифода аз катетерҳои тамйизии пластикӣ тариқи воридкунии дохилирағии доруҳ иҷро карда шуд. Дар як шаборӯз як маротиба дохили рағ бо ёрии насоси микровоягии фаврагии маҳлули сулодексид - 1200 LSU ва 20 мл маҳлули физиологӣ муддати 2 соат давоми 10 рӯз ворид мекардем. Истифодаи сулодексид ба бехтаршавии назарраси нишондиҳандаҳои гемореологӣ (дар қиёс бо натиҷаҳои ибтидоӣ) мусоидат кард.

Ҳамин тавр, вақти лахтабандӣ дар гурӯҳи асосӣ дар фарқият аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ 1,5 маротиба зиёдтар шуд. Миқдори фибрин ва фибриноген мутаносибан 2,4 ва 2,1 маротиба камтар шуд. Фибриноген В ва тромботест муътадил шуданд. Вақти рекалсификатсияи плазма ва толерантнокии плазмаба гепарин мутобиқан 1,9 ва 1,6 маротиба зиёд шуд. Индекси протромбиншуда ба 16,2% расид (кам шуд).

Зимни гузарондани муолиҷаи маҷмӯии беморони мубталои АПД бо истифодаи сулодексид динамикаи назарраси мусбати раванди ҷароҳат қайд шуд. Муоинаи клиникӣ нишон дод, ки ҳангоми истифодаи сулодексид, рӯзи 9-уми пас аз оғози даври муолиҷа дар 54 бемор ҷароҳатҳо аз бофтаҳои некротикӣ тоза шуда, бо бофтаи гранулятсионии эпителизатсияи фаъоли канорӣ пӯшида шуданд. Дар боқимонда 49 бемор камшавии фасод-резӣ рӯзи 14-уми пас аз оғози даври муолиҷа қайд шуд. Бо назардошти паҳншавандагии раванди фасодию-мавӣ ва ҳассосияти микрофлора ба антибиотикҳо табобати антибактериалӣ гузаронда шуд. Самари хуби клиникӣ, аз рӯи мушоҳидаҳои мо, дохили варид ворид кардани офлоксатсин (то 1,0 г/дар як шаборӯз) дар якҷоягӣ бо метрогил (то 1,5 г/дар як шаборӯз) ё Селтум (то 1,0 г/дар як шаборӯз) бо метрогил (то 1,5 г/дар як шаборӯз) таъмин мекунад.

Асоси муолиҷаи ҷузъии раванди ҷароҳат дар беморони мубталои АПД-ро коркарди ҷарроҳии ҷароҳат, чоккунии васеи он бо ташреҳи тамоми чайбҳо вазатекҳои фасодӣ; чоккунии ҳамаи бофтаҳои потенциалӣ-қобилияти ҳаётидошта; таъмини шароит барои чараёни бозгашти комили обияти ҷароҳатро пешбиникунанда, ташкил мекард. Аломати муътамади қобилияти ҳаётии бофтаҳоро модар раванди чоккунии бофтаҳо пайдо шудани хунравии зиёди капиллярӣ, кашиши хуби мушакҳо, инчунин ранги сурхи баланди бофтаҳои мулоими гузошташуда мондашуда мешуморем.

Басомади ампутатсияҳои баланд дар беморони гурӯҳи назоратӣ 15 (16,6%), дар гурӯҳи асосӣ бошад, танҳо дар 5(5,3%-и беморон ташкил кард. Фавтияти умумӣ дар бемороне, ки гепарини ғайрифраксионӣ истеъмол мекарданд (гурӯҳи назоратӣ) 13,3% (12 беморон) қайд шуд. Сабаби асосии марги беморон инфаркти миокард дар 5 ҳолат, дар 2 ҳолат тромбозмболии рағи шуш, дар боқимонда 5 ҳолат сабаби марг зухуроти эндотоксикози давомкунанда буд. Ҳангоми истифодаи сулодексид дар беморони гурӯҳи 5(5,3%) фавтиданд. Табобати антикоагулянтӣ дар якҷоягӣ бо ислоҳи мубодилаи карбогидратҳо, боздории раванди сироятӣ ва ишемияи критикӣ гузарондан мебояд. Танҳо дар якҷоягӣ истифода шудани ин тадбирҳои муолиҷавӣ ба муътадилшавии нишондиҳандаҳои гемокоагулятсионӣ ва ба кам шудани хавфиоризаҳои рағҳо ва тромботикӣ мусоидат мекунад. Зимни муолиҷаи маҷмӯӣ дар беморони мубталои АПД бо истифодаи сулодексид динамикаи мусбати раванди ҷароҳат қайд шуд ва ислоҳи самарабахши вайроншавиҳои коагулятсионӣ ва профилактикаи оризаҳои тромботикиро таъмин кард.

Ҳамин тавр гузарондани табобати антикоагулянтӣ дар якҷоягӣ бо ислоҳи мубодилаи карбогидратҳо, боздории раванди сироятӣ ва ишемияи критикӣ гузарондан лозим аст. Танҳо дар якҷоягӣ истифода шудани ин тадбирҳои муолиҷавӣ муътадилшавии нишондиҳандаҳои гемокоагулятсиониро таъмин карда, хавфи оризаҳои рағ ва тромботикиро кам мекунад.

Адабиёт

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. и др. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы осложнённого гнойно-некротическими процессами // *Вестник Авиценна*. 2014; (2):69-73.
2. Войнов А. В., Бедров А.Я., Войнов В.А. Синдром «диабетической стопы» // *Вестн хир* 2012. №3. С. 106-109.
3. Петрова В.В., Спесивцев Ю.А., Ларионова В.И. и др. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно - некротических осложнений синдрома диабетической стопы: Обзор // *Вестн. Хир*. 2010. №2. С.121-124.

4. Суковатых Б.С., Панкрушева Т. А., Абрамова С. А.. Оптимизация хирургического лечения больных с синдромом диабетической стопы. Вестник хирургии имени И.И.Грекова. Том 173. №3. 2014. С. 28-32.
5. Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. и др. Распространённость осложнённых форм синдрома диабетической стопы в Республике Таджикистан//Вестник Авиценна. 2015; (4):13-18.

Набиев М.Х.

ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ ФАСОДӢ ДАР БЕМОРОНИ АЛОИМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ

Кафедраи ҷарроҳии умумии №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Муҳимият. Тибқи маълумоти ТУТ, то соли 2013 дар ҷаҳон 374 млн., дар Россия бошад - 3 млн 782 ҳазор нафар гирифтори диабетӣ қанд (ДҚ) буданд. Паҳншавии диабетӣ қанд дар аҳоли аз 2,5 то 3,8% бо ду баробар зиёдшавии шумораи беморон ҳар як 10-15 сол қайд мешавад [1]. Басомади инкишофи алоими попанҷаи диабетӣ (АПД) солҳои охир зиёда аз 5 маротиба афзоиш ёфтааст (дар ҳар як шашум бемори мубталои ДҚ), натиҷаҳои муолиҷаи гурӯҳи мазкури беморон бошад, чандон дилхоҳ нестанд [4]. Нишондод ва техникаи коркарди ҷарроҳии манбаъҳои фасод хангоми синдроми попанҷаи диабетӣ хеле хуб тақмил карда шудаанд [2,3]. Дар Тоҷикистон то соли 2014 34853 нафар гирифтори бемории ДҚ қайд шудааст, ки аз инҳо 5249 нафар бо аввалин ошкоршавии бемории ДҚ (63,6 ба сари 100000 нафар) ва барои беморони мубталои шаклҳои оризаноки АПД нисбатан хос мушкilotи дер бистаришавӣ мебошад [5].

Мақсад аз гузарондани тадқиқоти мазкур пешгирӣ кардани инкишофи оризаҳои фасодӣ хангоми алоими попанҷаи диабетӣ дар марҳилаи тогоспиталӣ буд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқотро натиҷаҳои муоина ва муолиҷаи клиникаи 183 беморони гирифтори шаклҳои оризаноки АПД, ки дар Маркази ҷарроҳии эндокринӣ ва фасодӣ-септикӣ бистарӣ буданд, ташкил кард. Мардон - 95 (51,9%), занҳо - 88 (48,1%) -ро ташкил карданд. Синни беморон аз 30 то 74-сола. Навъ, вазнинии ҷараён ва марҳилаи ДҚ мутобиқи таснифоти ТУТ (1985) муайян карда шуд. ДҚ-и навъи 1-ум дар 12 (6,5%), ДҚ навъи 2-юм дар 171 (93,5%) ва дар 7 (3,8%) гирифтори бемории ДҚ аввалин маротиба ошкор шуд. Дар анамнези 98% беморон бемориҳои ҳамроҳикунанда ошкор шуд, ки дар байни онҳо бештар бемории гипертоникӣ - 76,1%, атеросклероз ва БИД - 73,5% ва анемияи дараҷаҳои вазнинии гуногун дар 78,7% беморон қайд шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Сабабҳои асосии бистаришавии беморон ва мурочиат ҷиҳати ёрии ҷарроҳӣ вайроншавии авҷгирандаи трофикӣ дар бофтаҳои попанҷа, решҳо, равандҳои фасодӣ-илтиҳобӣ ва мавтӣ (гангренаи ангуштон ё ҳуди попанҷа ва ноҳияҳои дисталии андомҳои поён) буданд. Беморони пеш аз ин вобаста ба оризаи попанҷаи диабетӣ ҷаррохишуда 18 (9,2%), муолиҷаи консервативӣ гузаронда - 6 (2,4%) -ро ташкил карданд. Дар байни ҷаррохишудагон барои ёрии ҷарроҳӣ бештар беморони гирифтори осеби андоми ипсилатералӣ (40,4%) мурочиат мекарданд. Барои беморони гирифтори шаклҳои оризаноки АПД мушкilotи дер бистаришавӣ нисбатан хос мебошад. Муддати то 14 шаборӯз аз оғози беморӣ 64 (34,9%) бемор, аз 15 рӯз то як моҳ 74 (40,5%), зиёда аз як моҳ 45 (24,1%) бемор қабул шуд. Дер мурочиат кардани беморон боиси паҳншавии раванди фасодӣ-мавтӣ дар 35 (19,1%) бемор гардид, ки ба онҳо ампутатсияҳои баланд иҷро карда шуд. Дар давраи баъдиҷарроҳӣ, 12 (34,2%) - бемор фавтид. Ба боқимонда 148 (80,9%) бемор ҷарроҳиҳои хурд амалӣ карда шуд.

Таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ нишон медиҳад, ки даҳолатҳои хурди ҷарроҳӣ хангоми равандҳои фасодӣ-мавтиро ҳамчун давраи тайёри ба ампутатсияи минбаъдаи андом шуморидан нашоёд. Даҳолатҳои хурди ҷарроҳӣ ба ампутатсияҳои дисталӣ, камсарфи андомҳои поён бо мақсади нигоҳдории андом ва ақаллан функцияи таъягоҳии он дохил мешаванд. Ба тамоми 148 (80,9%) амалҳои гуногуни ҷарроҳӣ (621) иҷро карда шуд. Ба 12 бемор яқтоғӣ ҷарроҳӣ, аз 7 то 12 ҷарроҳӣ ба 58 ва аз чор шаш ҷарроҳӣ ба 42 бемор ва зиёда аз 7 ҷарроҳӣ ба 36 бемор иҷро карда шуд. Пас аз ҷарроҳиҳои хурд дар 4 (2,7%) бемор ампутатсияҳои баланди марҳилавӣ иҷро карда шуд. Сабаби зиёдшавии басомади ҷарроҳиҳои хурд даҳолатҳои такрорӣ ба попанҷа вобаста ба раванди давомкунандаи фасодӣ-мавтӣ мебошад. Басомади нисбатан зиёди даҳолатҳои хурди ҷарроҳӣ дар некрэктомияҳои марҳилавӣ қайд шуд. Басомади некрэктомияҳои марҳилавӣ аз ду то се ва зиёда аз ин ҳолатҳо ба як беморро ташкил кард. Таҳлили қиёсии маводи клиникӣ шаҳодат бар он медиҳад, ки хангоми чоккунии ибтидоӣ ё марҳилавии решҳои невропатикӣ дар раванди муолиҷаи маҷмӯӣ суръати илтиёми онҳо дар қиёс бо тарзи анъанавӣ, ки санатсияи ҷарроҳии решро истифода мекунад, ду маротиба тезтар мешавад.

Фавтияти умумӣ 8,2%-ро ташкил кард. Сабабҳои асосии марги беморон норасоии шадиди дилу рағҳо ва эндотоксикози давомкунанда буд. Резексияҳои метатарзалӣ ва экзартикулятсияи ангуштони попанҷа дар 82,1% ҳолатҳо сабаби такроран бистаришавии беморони гирифтори осеби ипсилатералии андом дар натиҷаи сари вақт ислоҳнакунии ортопедии вайроншавии функцияи таъягоҳии попанҷа шуданд.

Ба профилактикаи инкишофи равандҳои фасодӣ-мавтӣ хангоми ДҚ дар марҳилаи тогоспиталӣ диққат махсус дода мешавад. Ҷалб кардани табибони оилавӣ ва дигар мутахассисон (эндокринологҳо, ҷарроҳон, терапевтҳо, невропатологҳо ва диг.) ба профилактикаи оризаҳои фасодӣ тарзи маҷмӯии расондани ёри ба беморони мазкурро ба дараҷаи тогоспиталӣ таъмин мекунад ва бо ин ташаккули равандҳои фасодӣ-мавтӣ пешгирӣ карда мешаад, ки ин тариқи нормогликемия, диетотерапия, омӯзондани беморон оиди нигоҳубини попанҷаҳо, нохунҳо, интиҳоби дуруст ва пӯшидани пойафзолҳо ва бурдани тарзи дурусти ҳаёт муяссар мегардад.

Солҳои профилактикаи АПД-ро ҳамчун истифодаи васеи ангиопротекторҳо мефаҳмиданд, зеро чунин шуморида мешуд, ки дар инкишофи ин патолгия омилҳои асосии патогенетикӣ ангиопатияи рағҳои андомҳои поён мебошад. Аммо таҳқиқоти сорлҳои охир нишон доданд, ки ангиопатияҳо дар кам маврид инкишофи решҳои диабетикӣ попанҷаро муайян мекунанд. Айни ҳол, дар инкишофи решҳои диабетикӣ асосӣ ба полинейропатияи диабетикӣ сенсомоторӣ ва ҳассосияти ба он попанҷа ва тағйирёбиҳои шакли он дода мешавад, ки таҳқиқоти мо низ инро тасдиқ мекунад: аз 183 гирифтори бемории АПД дар 160 нафар дар натиҷаи пастшавии ҳассосият, осеби сари вақт ошкорнашудаи попанҷа сабаби инкишофи решҳои диабетикӣ ва гангрена шуданд.

Решҳои трофикии андомҳои поён дар мушоҳидаҳои мо дар 65 беморон, деформатсияи попанча ва остеоартропатия дар 30 ҳолат дар натиҷаи полинейропатияи диабетикӣ инкишоф ёфт. Камшавии ҳассосияти дард ва ҳисси бугумҳо боис бар он мешавад, ки ташаккул ёфтагии реш номамоён мемонад. Аксаран бо сабаби ҳассосияти кам беморон аз ҳифзи таъсирҳои гуногуни зараррасонандаи мухити беруна (масалан ҳароратҳои баланд ё нурҳои ултрабунафш) маҳруманд, ки дар таҳқиқҳои мо дар 71(38,7%) бемор ин ҳол мушоҳида шуд.

Мавҷудияти нейропатия дар беморон бисёр вақт шикастагиҳои худ ба худии устухонҳои попанча (31бемор)-ро ки дар клиника танҳо хангоми муоинаи рентгенологӣ ошкор мешуданд, пинҳон мекард.

Табибони оилавӣ хангоми муайян кардани беморони на танҳо мубталои шаклҳои оризаноки синдроми попанчаи диабетӣ, балки хангоми муайянкунии мавҷудияти попанчаи диабетии дараҷаи I-ум низ бояд беморонро ба шӯбаҳои махсус барои муолиҷаи профилактикӣ равон кунанд.

Ҳамин тавр, сари вақт аз тарафи табибони оилавӣ ошкор шудани гирифтронии синдроми попанчаи диабетӣ ва гузарондани омӯзиши профилактикӣ доир ба нигоҳубини попанчаҳо, бо таъминкунии назорати мувофиқи метаболикӣ, омӯзондани беморон ба худназорати диабет ва профилактикаи маҷмӯӣ дар давраи тогоспиталӣ ба кам шудани басомади беморӣ ва муҳлатҳои бистаришавии дер имкон медиҳанд, ки ин ба кам шудани миқдори ампутатсияҳо ва кам шудани оқибатҳои фавтияти гирифтронии иллатҳои фасодӣ-мавтии попанчаҳои зимни ДҚ мусоидат мекунад.

Хулосаҳо

1. Муолиҷаи чарроҳии шаклҳои оризаноки АПД-ро ҳамчун марҳилаи реабилитатсияи маҷмӯии байни диссиплинарии беморон, ки натиҷаҳои ҷашон, пеш аз ҳама аз мақсаднокӣ ва адекватии чораҳои профилактикӣ дар марҳилаи тогоспиталӣ, бистарикунии саривактӣ беморон дар муассисаҳои махсуси муолиҷавӣ вобастагӣ дорад.
2. Сари вақт ошкор кардани гирифтронии бемории алоими попанчаи диабетӣ ва профилактикаи маҷмӯӣ дар марҳилаи тогоспиталӣ ба кам кардани басомад ва муҳлатҳои бистаришавии дер имкон медиҳанд, ки ин ба кам шудани миқдори ампутатсияҳо ва кам шудани оқибатҳои фавтият дар беморони мубталои иллатҳои фасодӣ-мавтии попанча зимни ДҚ мусоидат мекунад.

Адабиёт.

1. Войнов А. В., Бедров А.Я., Войнов В.А. Синдром «диабетической стопы» //Вестн хир 2012. №3. С. 106-109.
2. Петрова В.В., Спесивцев Ю.А., Ларионова В.И. и др. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно - некротических осложнений синдрома диабетической стопы: Обзор//Вестн. Хир. 2010. №2.С.121-124.
3. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А., Земляной А.Б.и др. «Особенности нарушений системы гемостаза и их коррекция у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы» Хирургия, 2006 г., №10, стр. 30-34.
4. Суковатых Б.С., Панкрушева Т. А., Абрамова С. А.. Оптимизация лечения гнойных ран у больных с синдромом диабетической стопы. Вестник хирургии имени И.И.Грекова. Том 173. №3. 2014. С. 28-32.
5. Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. и др. Распространённость осложнённых форм синдрома диабетической стопы в Республике Таджикистан//Вестник Авиценна. 2015; (4):13-18.

Назаров И.Р, Мухамедова И.Г, Аскарров А.Т

НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОАРТРОЗОВ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ

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

Актуальность. Лечение ложных суставов и несрастающихся переломов локтевой кости является одной из сложных проблем практической ортопедии. Обычно указанная патология локтевой кости развивается от 9,7 до 35,4% всех переломов локтевой кости, а при переломах шейки бедра эта патология достигает до 60% при оперативном и до 96% при консервативном лечении. При применении различных металлических конструкций для лечения псевдоартрозов есть вариант возникновения резорбции кости и ослабления стабильности фиксации, задерживающих процесс костеобразования. С целью стимуляции репаративного процесса при лечении ложных суставов необходимо использовать стабильный остеосинтез в сочетании со свободной костной пластикой.

Цель исследования – улучшение результатов лечения несрастающихся переломов и псевдоартрозов локтевой кости.

Материал и методы исследования. В ортопедическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» с 2000 по 2023 годы лечились по поводу несрастающихся переломов и ложных суставов локтевой кости 48 больных в возрасте от 27 до 70 лет. Основная часть 39 (81,3%) больных ранее лечились в хирургическом или травматологическом отделении городской или районной больницы. Псевдоартрозы отмечены у 37 (77,1%) и несрастающиеся переломы - у 11 (22,9%) больных. Левая нижняя конечность пострадала в 22 (45,8%) случаях, а правая - в 26 (54,2%). Несрастающиеся переломы и псевдоартрозы локтевой кости отмечены у 28 (58,3%) и лучевой кости - у 20 (41,7%) пациентов. Из диафизарных псевдоартрозов в проксимальной трети наблюдались – у 4, средней трети - у 11 и дистальной трети – у 5 больных. У 27 (56,3%) отмечался гиперпластический (тугой) псевдоартроз, а у 21 (43,7%) – гипопластический (атрофический). Основными причинами возникновения несрастающихся переломов и псевдоартрозов локтевой кости были :неправильное лечение раннее снятие гипсовых повязок, нестабильный остеосинтез, ранняя нагрузка конечности или удаление металлических конструкций и компрессионно-дистракционных аппаратов в связи с возникновением гнойно-воспалительные осложнения.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в клинику все больные, особенно пожилого возраста, подвергались тщательному клиническому и УЗИ, лабораторному обследованию. Предоперационная подготовка больных была направлена на устранение патологических изменений кожи и кровообращения пораженной верхней конечности

и лечению сопутствующих заболеваний. При оперативном лечении несрастающихся переломов и псевдоартрозов локтевой кости мы широко использовали как экстремедулярный остеосинтез и внеочаговый остеосинтез аппаратами Илизарова с дополнительными стержнями, с целью стабильной фиксации отломков и конечности, а также костную пластику аутотрансплантатами. Производилась сопоставления смещенных костных отломков, в костномозговой канал вводили пластинчатый костный трансплантат, взятый из передней поверхности большеберцовой кости и фиксировали пластинкой. Степень устранения смещения и фиксации отломков оценивали контрольными рентгенограммами. Область операции плотно прикрывали мягкими тканями. Частичное нагноение кожи отмечено у 15 пациентов, которым купированы эти осложнения путём проведения комплексной консервативной терапии. Больным с ложным суставом н/3 (4) произведена ревизия области поражения, удаление рубцовых тканей между отломками и костная пластика пластинчатым трансплантатом, введенным в костномозговой канал, а 2 больным трансплантат уложен экстремедулярно. Отломки фиксированы пластинкой 5-6 винтами. Больным (11) с ложным суставом средней трети локтевой кости произведена мобилизация концов отломков, экономная резекция концов и вскрытие костного канала. Следует отметить, что не следует оголять отломки от надкостницы и вновь образованных тканей, обеспечивающих достаточное кровоснабжение. Компрессионно - дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова с дополнительными стержнями на флажках произведен 6 – больным, с целью достижения максимальной стабильности отломков и конечности. Экстремедулярный остеосинтез нами использован 5 больным. При локализации псевдоартроза в дистальной трети локтевой кости, после соответствующей подготовки (удаления рубцовых тканей, костных осколков и сопоставления отломков), нами произведена свободная костная аутопластика (2) и по Хохутову (3). Фиксация отломков осуществлена пластинкой (3). Поверхностное нагноение кожи и мягких тканей вокруг спиц отмечено у 3 больных, которое купировано комплексным консервативным лечением. Для обеспечения покоя оперированной конечности накладывали гипсовую повязку на весь период сращения ложного сустава. Отдалённые результаты изучены у 45 (93,7%) больных, в сроки до 5 лет. Хорошие и удовлетворительные исходы получены у 91,1% больных. У 4 пациентов развилась разгибательная контрактура локтевого суставов, укорочение конечности и несращение ложного сустава (2), которым предприняты повторные оперативные вмешательства.

Вывод. Таким образом, полученные положительные исходы лечения больных, достигнуты нами в результате максимальной устойчивой и длительной фиксации костных отломков и аутотрансплантатов при помощи адекватного применения различных способов пластики и остеосинтеза.

Литература:

1. Шугаров Н.А. Клиническая и экспериментальная оценка некоторых методов остеосинтеза трубчатых костей / Н.А. Шугаров, Н.А.Арапов. -Ортоп, травм. и протез. – 1980. – №5. – С. – 9-13.
2. Терновой К.С. Костная пластика при лечении ложных суставов длинных трубчатых костей. / К.С. Терновой, Ю. С.Жила.-Ортоп., травм. и протез. – 1985. – № 9. – С. – 17-20.
3. Кузнецова О.А. Лечение ложных суставов длинных костей нижних конечностей на фоне регионарного остеопороза. / Атореф. дис., кан.мед.наук. /О.А. Кузнецова. – Москва, 2010, с. 34.

Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Сайдалиев Ш.Ш., Рахимов А.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

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

Актуальность. На протяжении многих десятилетий одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии остается вопрос диагностики и лечения острой кишечной непроходимости [1-3]. Следует отметить, что за последнее десятилетие не наблюдается тенденции к снижению частоты развития ОКН, о чем свидетельствуют данные из литературы. В настоящее время ОКН является одним из основных хирургических заболеваний органов брюшной полости во всем мире, что составляет около 23% от общего числа больных [2;4;5].

Внедрение широкого применения новых диагностических и мининвазивных технологий в клиническую практику, а также постоянное совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения больных с ОКН не позволило снизить существенную частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов [1;3;5].

Высокая частота послеоперационных гнойных осложнений негативно сказывается на исходе хирургических операций и, таким образом, продлевает сроки послеоперационного периода. Это свидетельствует о том, что многие аспекты на данный момент находятся на стадии изучения и обсуждения.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования. В материале включены результаты диагностики и хирургического лечения 167 (100%) пациентов, поступивших в хирургическое отделение ГОУ МГЦ СМП г. Душанбе с диагнозом ОКН за период с 2020 по сентябрь 2023 года. Мужчины составили 95 (56,9%) случаев, а женщины - 72 (43,1%). Возраст больных составлял от 19 до 76 лет, а продолжительность заболевания с момента появления первых признаков до госпитализации составляла от 6 часов до 3 суток.

В зависимости от метода проведения профилактики послеоперационных осложнений и с целью проведения сравнительной оценки результатов проведенного хирургического лечения, все пациенты были разделены на 2 группы. В I (основную) группу вошли 109 (65,3%) больных, которым проводилась интраоперационная профилактика послеоперационных осложнений. Во II (контрольную) группу включены 58 (34,7%) больных, которым проводилась ликвидация причин непроходимости с традиционным промыванием брюшной полости и ее дренированием.

В обеих группах критерии выбора пациентов были одинаковыми и включали в себя отсутствие гнойного распространенного перитонита, а также наличие серьезных сопутствующих патологий, которые могли бы серьезно повлиять на исход заболевания и проведенной операции.

Следует отметить, что при проведении сравнительной оценки в обеих группах были пациенты, которым проводили операции как лапароскопическими, так и традиционными методами. Основным этапом операции не различался по группам. С целью предотвращения синдрома первого троакара при проведении операций лапароскопическими методами, использовалось УЗИ для определения более безопасного места для введения первого троакара (акустическое окно) или первый троакер вводился в брюшную полость методами Хасенна.

По завершению основного этапа операции, у больных основной группы проводилось промывание брюшной полости физиологическим раствором или фурацилином с дренированием брюшной полости. У больных основной группы после рассечения спаек с восстановлением проходимости кишечника, при отсутствии противопоказаний (наличие выраженной инфильтрации брыжейки кишечника или гнойного перитонита), проводилась инъекция 0,25% новокаина в брыжейку кишечника в объеме 50-60 мл. В случае наличия перитонита после промывания брюшной полости антисептическим раствором декасана в общем объеме 400-800,0 мл.

С целью диагностики заболевания и динамической оценки результатов проведенного лечения выполнялись общеклинические и биохимические исследования крови, УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости. При необходимости также выполнялось рентгеноконтрастное исследование кишечника.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе результатов проведенного лечения у больных основной группы развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде было зарегистрировано только в 3 (1,8%) случаях, которые удалось устранить консервативными методами. В 2 (1,2%) случаях наблюдался выраженный парез кишечника (после резекции кишечника с наложением межкишечного анастомоза), и в 1 (0,6%) случае произошло нагноение послеоперационных ран. У больных контрольной группы ранние послеоперационные осложнения были зарегистрированы в 5 (3%) случаях, включая 1 (0,6%) случай развития ранней спаечной кишечной непроходимости, 2 (1,2%) случая выраженного пареза кишечника, требующего специфического лечения, и 2 (1,2%) случая нагноения послеоперационной раны. У больной с ранней спаечной кишечной непроходимостью потребовалась проведение релапаротомии с рассечением спаек и дренированием брюшной полости.

Больные из обеих групп были выписаны в удовлетворительном состоянии, летальных исходов не было ни в одной из групп. Срок госпитализации больных в обеих группах составил 8-10 дней.

Выводы. Таким образом, проведение комплексной профилактики послеоперационных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью способствует улучшению результатов хирургического лечения этой категории пациентов. Применение интраоперационных методов снижения риска послеоперационных осложнений позволяет снизить частоту неблагоприятных исходов у больных с острой кишечной непроходимостью, независимо от метода проведенной операции.

Список литературы

1. Гулов М.К. Комплексное лечение пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью /М.К. Гулов, Б.И. Сафаров, К.Р. Рузбойзода// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2022. - Т.17, №1. - С.41-44
2. Меньков А.В. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза: современное состояние проблемы / А. В. Меньков, С. В. Гаврилов // Современ. технологии в медицине. - 2013. - Т5, №3. - С. 109–115.
3. Опыт использования видеолaparоскопии при обследовании и лечении пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью/ М.В. Турбин [и др.]// Журнал имени академика Б.В. Петровского.-2020.-Том 8.-№ 2.-С.67-72
4. Comparison of outcomes following laparoscopic and open treatment of emergent small bowel obstruction: an 11-year analysis of ACS NSQIP // Surg.Endosc.-2018.-Vol.32.-№12.-P.4900–4911.
5. Laparoscopic versus open surgical management of adhesive small bowel obstruction: a comparison of outcomes/ J. Byrne [et al.]// Surg. Endosc.-2015.-29. -P.2525-2532.

Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Сараев А.Р.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Проблема надежности кишечного шва в последние несколько десятилетий остаётся актуальной в urgentной абдоминальной хирургии [3;4]. Наложение анастомоза в кишечнике при проведении неотложных и экстренных операций повышает риск развития внутрибрюшных осложнений, в том числе несостоятельности анастомоза при резекции кишечника с восстановлением его непрерывности [2;5]. Высокий риск развития несостоятельности швов линии анастомоза прежде всего связан с проведением операции в условиях некупированного воспаления брюшины, нарушенного мезентериального кровообращения и микроциркуляции в стенках кишечника. Также немаловажное значение в развитии несостоятельности анастомоза имеет степень развития синдрома интраабдоминальной гипертензии и наличие так называемой «компрометированной» кишечной стенки как следствие реализации синдрома системного воспалительного ответа при острой кишечной непроходимости, которые бывают более выраженными в условиях перитонита [1;3]. Несмотря на существование многочисленных методов профилактики несостоятельности анастомоза и появление новых хирургических возможностей с применением современных технологий, до сих пор частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью остаётся высокой, что вынуждает хирургов искать новые пути для повышения механической прочности, физической и биологической герметичности формируемого межкишечного соединения [1;4].

Цель исследования. Снижение частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования. Представленный материал включает результаты диагностики и хирургического лечения 93 (100%) больных, поступивших в хирургическое отделение ГОУ МГЦ СМП г. Душанбе с диагнозом ОКН за период с 2021 года по сентябрь 2023 года, которым была проведена резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза. Преобладали пациенты мужского пола – 52 (55,9%) человека, женщин было 41 (44,1%). Возраст пациентов колебался от 23 до 72 лет, а продолжительность заболевания с момента появления первых признаков до госпитализации составила от 8 часов до 4 суток.

В зависимости от метода профилактики несостоятельности линии анастомоза, все пациенты были разделены на 2 группы. В I (основную) группу вошло 42 (45,2%) пациента, которым после наложения межкишечного анастомоза с целью повышения его механической прочности, а также физической и биологической герметичности, дополнительно линию анастомоза покрыли пластинками "ТахоКомб". Во II (контрольную) группу включен 51 (54,8%) пациент, которым было проведено только наложение анастомоза двумя рядами швов.

В обеих группах обязательным этапом операции была интубация кишечника с целью декомпрессии кишечника в месте наложенного анастомоза. Выбор метода интубации кишечника зависел от места наложенного анастомоза. При наложении анастомоза на тонком кишечнике использовалась назоинтестинальная интубация (n=24), а при наложении анастомоза на толстом кишечнике проводилась трансанальная интубация кишечника (n=69)..

У больных основной группы после завершения основного этапа операции с целью раннего снижения воспалительных процессов и улучшения реологии крови в стенках кишечника проводили промывание брюшной полости с использованием нагретого до 40-45°C раствора, содержащего 400,0 мл раствора реополиглюкина и 8 мг дексаметазона, с экспозицией 4-5 минут. Также с целью снижения микробной обсемененности брюшной полости ее промывали антисептическим раствором декасана в общем объеме 400-800,0 мл.

У всех больных были проведены общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости. При необходимости, для исключения кишечной непроходимости, выполнялось рентгеноконтрастное исследование кишечника.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка эффективности проведенных операций была осуществлена на основе клинических проявлений, лабораторных показателей и эхопризнаков ультразвукового исследования, указывающих на нормализацию функционального состояния кишечника (исчезновение признаков отечности стенки кишечника, нормализация диаметра кишки, восстановление перистальтики), а также на снижении воспалительных процессов и интоксикации организма. Установлено раннее восстановление функционального состояния кишечника и снижение воспалительных процессов в брюшной полости у больных основной группы по сравнению с контрольными больными.

Одним из основных критериев оценки эффективности проведенного лечения была частота развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, при оценке которой установлено их меньшее число у больных основной группы. Такие случаи у больных основной группы (n=42) наблюдались в 2 (4,8%) случаях, из которых 1 (2,3%) случай был characterized выраженным парезом кишечника, а в 1 (2,3%) случае - нагноением послеоперационных ран. У больных контрольной группы такие осложнения наблюдались в 5 (9,8%) случаях, включая 2 (3,9%) случая несостоятельности анастомоза, 2 (3,9%) случая нагноения послеоперационной раны и 1 (2%) случай развития ранней спаечной кишечной непроходимости.

Следует отметить, что у 2 (3,9%) больных произошла несостоятельность линии анастомоза, и в 1 (2%) случае из-за наличия перитонита потребовалась проведение релапаротомии с наложением колостомы, в то время как у другого пациента имелась частичная несостоятельность, которая не потребовала повторной операции.

Всем больным было проведено соответствующее специфическое лечение для устранения послеоперационных осложнений с положительными результатами.

Летальных исходов в обеих группах не наблюдалось, и все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Таким образом, комплексное проведение профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в ургентной абдоминальной хирургии позволяет значительно снизить частоту развития этих осложнений. Укрепление линии межкишечного анастомоза с помощью пластинок "ТахоКомба" повышает механическую прочность и биологическую герметичность линии швов, что способствует снижению риска развития её несостоятельности.

Список литературы

1. Жариков А.Н Повторные резекции тонкой кишки и применение новых тонкокишечных анастомозов в условиях послеоперационного перитонита / А.Н. Жариков, В.Г. Лубянский, А.Р. Алиев// Журнал имени академика Б.В. Петровского.- 2020.- Том 8.- № 1.-С.23-28
2. Обструктивная резекция кишки в лечении травматических повреждений кишечника в условиях перитонита/С.А. Ярошук [и др.]// Сибирское медицинское обозрение. -2022;(5).-С.42-49
3. Применение «ТахоКомба» в ургентной хирургии /Г.А. Ахмеджанова [и др.]// Вестник КазНМУ. - 2014.-№2(2).- С.238-240
4. Elfaedy O. Gunshot wounds to the colon: predictive risk factors for the development of postoperative complications, an experience of 172 cases in 4 years. / O. Elfaedy, K. Elgazwi, J. Alsharif, S. Mansor// ANZ Journal of Surgery.- 2020; 90(4).-P. 486–90.
5. Penetrating colonic trauma and damage control surgery: Anastomosis or stoma? / G. Oosthuizen [at al.]// ANZ Journal of Surgery.-2021;91(9).-P.1874-1880.

Назаров Ш.К., Давлатов Дж.Ё., Холматов П.К.
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

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

Введение. Несмотря на высокий уровень развития современной гепатологии, проблема хирургического лечения больных эхинококкозом печени (ЭП) попрежнему остается актуальной во многих эндемических регионах мира, в том числе, в Республике Таджикистан [1,3]. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных клинко-инструментальных методов диагностики, направленные на раннее выявление эхинококкоза печени, частота рецидивов заболевания составляет (3–54%), и остается высокой их послеоперационные осложнения (7,3–37,7%) в виде кровотечения, желчеистечения с развитием желчного перитонита, нагноения остаточной полости, образования желчных свищей и механической желтухи встречающейся довольно часто, достигая до 9,64% и при этом, требуя повторных хирургических вмешательств, что указывает на недостаточную эффективность существующих методов лечения [2,4].

В настоящее время разработано и используется множество различных способов хирургического лечения эхинококкоза печени. Тем не менее, в лапароскопической хирургии эхинококкоза печени, остаётся ряд нерешённых вопросов.

Цель исследования – улучшение результатов хирургических вмешательств у больных с эхинококкозом печени.

Материалы и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 на базе ГУЦ СМП г. Душанбе за последние 10 лет повторным оперативным вмешательствам подвергнуто 96 пациентов. Женщин было 46 (47,9%), а мужчин 50 (52,1%). Возраст больных варьировал от 18 до 81 лет. В зависимости от особенностей клинической ситуации использовали различные по характеру и объёму оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени: Открытая эхинококкэктомия выполнена у 28 (27%) больных, закрытая эхинококкэктомия у 22 (22,9%), комбинированные эхинококкэктомия (идеального эхинококкэктомия) у 17 (17,7%), тотальная перицистэктомия у 9 (9,3%), атипичная резекция печени у 11 (11,4%), правосторонняя гемигепатэктомия у 5 (5,2%), левосторонняя гемигепатэктомия у 4 (4,1%).

Для диагностики осложнений при эхинококкозе, требующих повторного оперативного вмешательства проводили клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Выбор вида оперативного вмешательства выполнялись индивидуально. На выбор способов и объёма повторных отсроченных вмешательств на печени непосредственное влияние оказывал характер развивающихся осложнений (табл. 1)

Табл.1. Характер осложнений и патологии печени требующие повторных операций:

Характер осложнений и патологических процессов :	Экстренные и отсроченные операции	Плановые повторные операции
Послеоперационное скопления желчи	12	-
Послеоперационный желчный перитонит	6	-
Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения	7	-
Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы	12	-
Хронический гнойный процесс остаточной полости со свищами	3	15
Рецидивный и резидуальный эхинококкоз печени	2	38
Всего:	43	53

Всем больным были выполнены традиционные методы операции. После выполнения различных по объёму и характеру операций на печени в 43 (44,8%) наблюдениях возникли осложнения, требующие повторные экстренные или отсроченные операции. В 53 (55,2%) - наблюдениях больным после первичной операции возникло необходимость выполнения, плановых повторных операций.

Практически все больные независимо от характера перенесенной операции по поводу ЭП в послеоперационном периоде получали антипаразитарную химиотерапию с целью профилактики рецидива заболевания. Консервативное лечение проводили в амбулаторных условиях. Препарат альбендазол назначали из расчёта 10 мг/кг в сутки в течение 28 дней с перерывом 14 дней. В зависимости от титра антител в крови и показателей красной крови выбраны 3 курса лечения. После курса терапии проводился контрольный осмотр с клинко-лабораторными исследованиями крови, а также ультрасонография печени.

Выводы.

1. Повторные оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени, необходимо следует, проводить в условиях специализированного отделения.
2. При остро развившихся осложнениях после оперативных вмешательства на печени, характер повторных операции должно быть малотравматичным и направленное на коррекцию осложнений и спасению жизни пациентов.
3. Повторные плановые оперативные вмешательства должны быть радикальными и направленными на предотвращении рецидивов заболевания.

Литература

1. Азиззода З.А. Результаты применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении и эхинококкоза печени его осложнений /З.А. Азиззода [и др.] Вестник Авиценны Том 22. №3 .2020. С-448-453
2. Современные тенденции хирургическом лечении эхинококкоза печени /Г.Х. Мусаев [и др.] // Сеченовский вестник №4(34) .-2018. №6.-С 78-83.
3. Даминова Н.М Осложнения после эхинококкэктомии печени / Н.М. Даминова, Ф.И. Махмадов., // Здоровоохранение

Назаров Ш.К., Ализода С.Г., Ганиев А.Э.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН БРЮШНОЙ СТЕНКИ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Современная медицина располагает широкими возможностями для лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей различной локализации и этиологии. За последнее столетие информация о различных аспектах профилактики, лечения и заживления ран разрослась до гигантских размеров, и исчерпать её едва ли возможно [1,3]. Несмотря на большое количество методов хирургического воздействия, и средств местного лечения гнойных ран мягких тканей различной локализации, результаты проводимых мероприятий остаются достаточно скромными с точки зрения современных требований – сроки заживления гнойных ран достаточно длительные, иногда после заживления имеются неудовлетворительные функциональные и косметические результаты [2,3].

Цель исследования. Изучить влияние внутривенного лазерного облучения крови у пациентов с гнойно-септическими послеоперационными раневыми осложнениями брюшной стенки.

Материал и методы. Работа основана на клиническом материале включающий результаты комплексного обследования и лечения 79 больных с послеоперационным гнойно-септическим осложнением ран передней брюшной стенки, находившееся в городской клинической больнице скорой медицинской помощи города Душанбе, являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино за периоды с 2002 по 2015 годы. Средний возраст всех поступивших больных колебался от 17 до 87 лет, и составил в среднем $52,0 \pm 3,5$ года. Мужчин было 38(48,0%), женщин 41(52,0%). При этом больные поступили в клинику позже 7-12 часов с момента начала заболевания, в тоже время 5(6,3%) и 6(8,0%) пациентов собственно обратились в сроки до 6-часов от начала заболевания. Анализ наших наблюдений показал, что сроки обращения и госпитализация больных с хирургической патологии органов брюшной полости зависел от интенсивности болей в животе. В случае медленного нарастания симптоматики пациенты обращались за медицинской помощью в более поздние сроки. Сроки возникновения послеоперационных осложнений варьировали от 6-дней до 9-дней. Перечисленные послеоперационные осложнения ран передней брюшной стенки наблюдались после оперативных вмешательств по поводу осложненного острого аппендицита у 48(31,1%) больных, после грыжесечения в плановом и экстренном порядке у 29(18,8%), у 23(14,9%) больных оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, после традиционной холецистэктомии у 30(19,4%) больных, оперированных по поводу перфорации язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у 15(9,7%) и эхинококкозе печени у 9(5,8%) больных. С возникшими послеоперационными гнойно-септическими осложнениями со стороны ран передней брюшной стенки больных исследовали лабораторные показатели крови, индексы интоксикации, иммунограмму, относительное и абсолютное число Т- и В- лимфоцитов, количество Т-активных лимфоцитов, процент фагоцитоза, количество активных фагоцитов, фагоцитарное число, ЦИК, иммуноглобулины G, M, A. Проводилось динамическое исследование раневой микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам, динамическое цитологическое исследование. С-реактивный белок определялся по методу Anderson et McCarty в модификации М. Пашина. Для оценки степени выраженности воспалительного процесса, интоксикации и динамики течения раневого процесса и динамика ряда показателей общих анализов крови, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Для изучения динамики раневого процесса было использовано цитологическое изучение мазков-отпечатков по методу М.П. Покровской и Т.С. Макарова. С поверхности ран у 29(36,7%) больных до начала лечения и через 3,5, 10-сутки лечения. В качестве источника высокоэнергетического лазерного излучения при обработке гнойных ран использовали аппарат «Матрикс ВМ» серийно выпускаемые промышленностью.

Результаты и их обсуждения. Одной из стандартных лабораторных методик определения эффективности лечения больных с гнойно-септическими осложнениями послеоперационных ран передней брюшной стенки явились изучения общеклинического и биохимического анализов крови больных, определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу. В ходе исследования установлено, что у больных отмечается лейкоцитоз $14,5 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$. При изучении ЛИИ до начала лечения у всех исследуемых больных показатели были выше нормы и колебались от 2,4 до 3,12, однако в основной и контрольных группах различий в средних значениях ЛИИ не было. До начала лечения у всех пациентов было обнаружено высокие цифры показатели ЛИИ, особенно в группе больных с абсцессами области доступа и с флегмоной передней брюшной стенки, которые свидетельствовали о выраженной интоксикации. В ходе исследования изучено некоторые показатели иммунного статуса у 33(37,1%) больных с гнойно-септическими осложнениями раны передней брюшной стенки из общего количества больных. Показатели иммунной системы у больных с послеоперационными осложнениями раны брюшной стенки характеризовались снижением пролиферативного маркера CD₃, что отмечено уменьшение активности клеток с Fc рецепторами для антителозависимой цитотоксичности CD₁₆. Показатели иммунной системы характеризовались угнетением клеточного и гуморального иммунитета. Наиболее выраженные нарушения показателей иммунитета выявлены у 15(18,9%) больных с инфильтратом области раны брюшной стенки и у 11(13,9%) больных с абсцессом области раны брюшной стенки. У 7(8,8%) больных с флегмоной области раны брюшной стенки показатели функционирования иммунной системы характеризовался угнетением гуморального иммунитета, которое выражался снижением CD₂₀. Показатели ИРИ самым высоким оказался у больных с флегмоной брюшной стенки и с нагноением раны, сопровождаясь снижением CD₈-супрессорной субпопуляции. Применение лазерного облучения в комплексном лечении гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии приводит к скорейшей ликвидации основных

функциональных расстройств систем гемостаза, что позволяет улучшить результаты лечения данной патологии. У всех больных использован ВЛОК и местное лечение и излучение гнойно-септических ран брюшной стенки. Во время сеанса большинство пациентов отмечали чувство расслабленности, сонливости. Эффект ВЛОК на фоне комплексного лечения отмечается на 3-4 сутки, что проявлялось в снижении и нормализации температурной реакции, уменьшения признаков эндотоксемии. При этом в качестве объективных критериев оценили ВЛОК и местного излучения гнойных ран брюшной стенки использовались показатели пульса, температуры тела, ЛИИ, СОЭ, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок. В начале лечения больных с инфильтратом области доступа выявлено, что максимальный пульс варьировал в $88,2 \pm 4,6$ ударов в мин., который коррелировался с температурой тела, максимально достигавший $37,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$, при этом такие показатели как ЛИИ, щелочная фосфатаза, С-реактивный белок увеличивались в 2,6 раза, на фоне комплексного лечения с применением ВЛОК и местного облучения и санации ран нормализация указанных показателей наступило на 5-7 сутки. Цитологическая картина гнойно-септических ран брюшной стенки после комбинированного внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) и местной обработки высокоэнергетического лазера на фоне санации и мазевых аппликаций на 3-сутки лечения характеризовалась резким уменьшением содержания микрофлоры и нейтрофильных лейкоцитов, среди которых выявлялись как неизмененные клетки, так и с признаками дистрофических изменений ($54,6 \pm 3,8$). При этом встречались многочисленные элементы макрофагального ряда ($2,8 \pm 0,2$) среди которых преобладали мононуклеарные макрофаги ($7,1 \pm 0,2$). Значительно уменьшалось количество свободнолежащей микрофлоры, нитей фибрина, клеточного детрита. Отмечается увеличение содержания юных фибробластов ($2,4 \pm 0,1$). Незавершенный и дегенеративный фагоцитоз снижался постепенно. На 5-сутки на фоне проведенных комплексов лечебных мероприятий включая ВЛОК и местное излучение раны при цитологическом исследовании мазков-отпечатков из гнойной раны брюшной стенки обнаруживалось уменьшение числа нейтрофилов ($68,2 \pm 1,0$), уменьшено количество дистрофически измененных нейтрофилов ($40,4 \pm 1,2$), при этом отмечено возрастание процента незрелых мононуклеарных элементов ($10,2 \pm 0,4$) и фибробластов ($9,4 \pm 0,1$), однако при этом выявлено преобладание незрелых клеток ($7,2 \pm 0,1$) с появлением единичных фиброцитов. В этом периоде выявлено значительное уменьшение количества свободнолежащей микрофлоры, нитей фибрина, происходит усиление фагоцитоза микробов. В мазках-отпечатках из раны больных появляются отдельные эпителиальные клетки, что отражает начало эпителизации раневого дефекта. На 9-сутки после комплексного лечения гнойных ран в мазках-отпечатках среди неизмененных нейтрофилов, общее число которых снижено, увеличивается количество как не зрелых мононуклеарных элементов ($10,8 \pm 0,4$) так и активных зрелых макрофагов ($16,2 \pm 0,4$). Обнаруживается большое количество клеточных элементов фибробластического ряда: юных и зрелых фибробластов ($5,4 \pm 0,1$), цитоплазма которых богата РНК, а также фиброцитов. При этом свободнолежащая микрофлора не определяется, что свидетельствует об усилении фагоцитоза. Обнаруживаются клетки регенерирующего плоского эпителия и волокнистые структуры.

В ходе исследования при изучении цитологических показателей раневых отделяемых из послеоперационной раны брюшной стенки с использованием комплексного лечения, ВЛОК, местного излучения высокоэнергетическим лазерным излучением ран получены хорошие результаты, где проведенное комплексное лечение оказывает выраженное положительное влияние на динамику цитологических показателей и усиливает процессы регенерации и репарации. При этом выявляется цитологически ранее очищение раневого экссудата начиная с 5-суток проведения лечения в исследованных мазках-отпечатках отмечено отсутствие детрита, микрофлора выявлена в отдельных и редких мазках-отпечатках, которые свидетельствуют о выраженной местной стимуляции фагоцитоза, очищение раны и ликвидации воспалительного процесса. Начиная с 3-сутки лечения происходила активация макрофагальной и фибробластической реакции которая нарастало к 9-суткам и ускорило регенерацию и репарацию гнойных послеоперационных ран брюшной стенки. Для объективизации, полноты исследования на фоне ВЛОК и местного лазерного излучения у 9 (11,3%) больных с инфильтратом послеоперационной раны, у 7 (8,8%) больных с абсцессом послеоперационной раны, у 5 (6,3%) больных флегмоной брюшной стенки и у 13 (16,4%) с нагноением послеоперационной раны брюшной стенки изучены некоторые показатели иммунного статуса.

Заключение. Таким образом иммунокоррирующий эффект ВЛОК и местного излучения послеоперационной раны выражался в заметном повышении активности клеточного звена с постепенной нормализацией CD₃-лимфоцитов, тенденцией к увеличению абсолютного и относительного количества лимфоцитов периферической крови. Отмечено повышение показателей маркёров CD₄/CD₈ лимфоцитов, и отмечено снижение ИРИ. При этом также отмечено повышение гуморального звена иммунитета показателем CD₂₀, и постепенной нормализации показателей IgG, IgA, IgM.

Литература

1. Григорян А.Ю. Новые способы местного медикаментозного лечения гнойных ран // Исследования и практика в медицине. - 2020. - Т. 7. - № 2. - С. 79-83.
2. Иванова Ю.В. Местное лечение обширных инфицированных ран // Харьковская хирургическая школа. - 2017. - № 3-4. - С. 36-40.
3. Тамразова О.Б. Современные аспекты лечения гнойных ран комбинированными препаратами // Клиническая дерматология и венерология. - 2020. - № 19. - С. 905-913.

Нарзуллаева Н.Дж., Ибодов С.Т., Шарипов Х.Ю.

ВНЕЗАПНАЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА

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

Актуальность. На сегодняшний день вопрос внезапной младенческой смерти (ВМС) или внезапной детской смерти (ВДС) является одним из приоритетных в практике судебных медиков. Существует разное толкование термина «Внезапная детская смертность». В зарубежной литературе и медицинской практике существует опыт объединения

понятий синдрома внезапной смерти детей (Sudden Infant Death Syndrome – SIDS) и внезапной неожиданной смерти младенца (Sudden Unexpected Infant Death – SUID)[1,2], где последняя включает и перинатальную смертность. На 2-й Международной конференции по внезапной младенческой смертности (1969), было принято, считать «под синдромом внезапной смерти детей (СВДС) - неожиданную ненасильственную смерть ребёнка грудного возраста, при которой отсутствуют адекватные для объяснения причины смерти, данные анамнеза и патологоанатомического исследования», которая вызывает подозрение у окружающих и родственников. В Международной классификации болезней X пересмотра в разделе «неизвестные причины смерти» диагноз «внезапная смерть грудного ребенка» содержится под кодом R 95.

Распространенность СВДС в мире составляет 0,2-1,5 случаев, в России - 0,43 случая на 1000 детей. На сегодняшний день самая низкая смертность от данного синдрома в Японии – 0,09 на 1000 рожденных живыми. В Новой Зеландии регистрируются самые высокие показатели смертности – 0,80 на 1000 живорожденных. В США смертность от СВДС представлена промежуточными значениями и составляет 0,69 на 1000 рожденных живыми. Наибольшее количество внезапных детских смертей приходится на возраст 2-4 месяца. 60% детей, погибших в результате СВДС, составляют мальчики[2,3,4,5]. Одной из причин гибели младенцев в постнеонатальном периоде является синдром внезапной смерти детей грудного возраста. В истории синдром внезапной смерти младенцев назывался «смерть в колыбели». Пато- и морфогенез синдрома внезапной смерти детей являются предметом незатухающей дискуссии клиницистов и патоморфологов, а также судебных медиков. В большинстве промышленных стран мира СВСМ составляет 25–30% всех случаев смерти младенцев в возрасте от 1 мес до 1 года, что дает основание считать СВСМ значимой медико-социальной проблемой [2,3]. На сегодняшний день в Республике Таджикистан нет точных статистических данных по внезапной детской смерти. По данным демографического медико-санитарного обследования в Таджикистане за 2021 год, показатель смертности среди детей до одного года составил 13,4 смерти на 1 тысячу населения, а среди детей до 5 лет этот показатель равняется 16,5 на 1 тысячу.

Данное обстоятельство диктует необходимость проведения дальнейшего научного исследования, которые будут способствовать оптимизации постмортальной диагностики СВДС в судебно-медицинской практике.

Цель исследования. Уточнить факторы риска синдрома внезапной смерти младенцев, оценить патоморфологические изменения в внутренних органах и дать судебно-медицинскую оценку.

Материалы и методы. Были изучены данные медицинской документации внезапно умерших младенцев до одного года в период с 2012 по 2022 гг. Основой сведений явились заключения экспертов, индивидуальные карты беременных и родильниц женских консультаций по месту жительства, истории родов, истории новорожденных и истории развития ребёнка. Также, были изучены судебно-медицинское заключение 12 аутопсии внезапно умерших детей на фоне полного здоровья. Аутопсия произведена в морге Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы. Морфологические исследования проведены в «Медицинском комплексе Истиклол». Возраст детей составил от 1 дня до 12 месяцев. Биопсийным материалом для морфологического исследования служили сердце, легкие и головной мозг. Проведены макроскопическое и микроскопическое изучения сердца, легких и головного мозга. Фиксацию микропрепаратов проводили в 10 %-ном растворе нейтрального формалина и спирта, потом заливали в парафиновые блоки по стандартной методике. Срезы толщиной в 5-7 мкм готовили ручным микротомом. Окраска проведена гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Микропрепараты смотрели под микроскопом типа «Leica-100» с микрофотографированием.

Результаты и их обсуждение. Среди факторов риска развития синдрома внезапной детской смерти нами выявлены следующие факторы: сон младенца на животе, небрежность и невнимательность родителей, совместный сон в одной постели с родителями, несоблюдение температурного режима в комнатах, заболевания матери, отказ от плановых медицинских осмотров и прививок, курение матери и употребление алкоголя, короткий интервал между родами.

Наружный осмотр выявил некоторые признаки характерные для СВДС в виде отсутствия телесных повреждений, сниженная масса тела с наличием периферического акроцианоза, обилие трупных пятен. При внутреннем исследовании – жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, отёки участки ателектазов, участки эмфиземы в легких, отёк и набухание головного мозга, множественные мелкоточечные кровоизлияния в серозные и слизистые оболочки. Среди часто встречающихся признаков были отмечены явления гиперплазии мышечного слоя сосудов среднего и малого калибра в малом круге кровообращения, гипертрофия стенки правого желудочка сердца, гиперплазия тимуса и периферических лимфоузлов различной локализации, гипоплазия надпочечников. В большинство случаев выявлена тимомегалия, которая явилась одной из причин внезапной смерти детей.

Макроскопическое исследование лёгких в 6 случаях показало множественные кровоизлияния мелкоточечного характера в плевру, участки эмфизематозного вздутия передне-верхних отделов, накопление клеточных элементов в просвете бронхов, участки интраальвеолярного отёка и острой эмфиземы (рис.1).

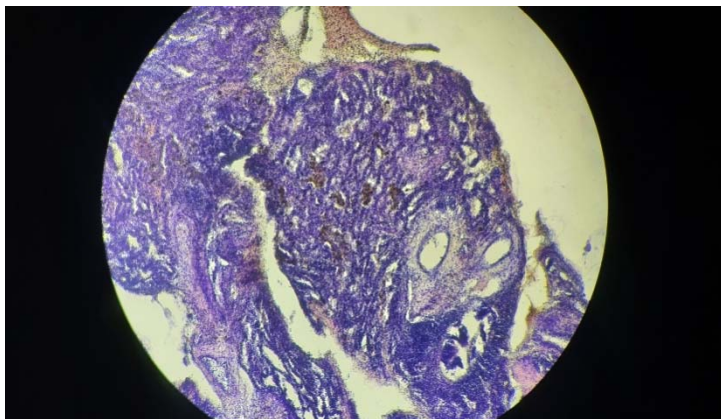


Рис.1. Картина бронхолита, накопление в просвет бронхиол клеточных элементов, десквамация эпителия бронхиол. Хроническая лимфоцитарно-макрофагальная воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки бронхиола.

В эпикарде в большинстве случаев были отмечены множественные мелкоточечные кровоизлияния, правый желудочек расширенный, левый желудочек – пуст. Масса сердца увеличена (рис 2). Были выявлены фиброзные изменения в эндокарде субэндокардиальной зонах предсердий и межпредсердной перегородке.



Рис.2. Гипертрофированное сердце с множественными кровоизлияниями у ребенка 6 месяцев (внезапная смерть).

Особое место занимает исследование головного мозга, особенно продолговатого мозга. При этом наблюдали в 3 случаях отёк и венозное полнокровие мягких мозговых оболочек и вещества мозга. Микроскопия показала явление отёка, плазматического пропитывания и фиброза. Выраженные изменения наблюдались при СВДС в продолговатом мозге, особенно в заднем ядре блуждающего нерва, в виде дегенеративных изменений нейронов. Причиной таких патоморфологических изменений в продолговатом мозге может быть внутриутробная гипоксия, которая приведёт к нарушению регуляции дыхательного ритма с развитием летального исхода во время сна.

Выводы. Таким образом СДВС является полифакторным явлением при этом выявляются характерные патоморфологические макро- и микроскопические изменения внутренних органов. Особенно эти изменения выражены в сердце, легких и головном мозге. Одной из причин внезапной смерти младенцев считается врождённая тимомегалия, сочетающейся с гипоплазией надпочечников.

Список литературы.

1. Аванесян Х.А., Судебно-медицинская диагностика морфологических изменений при синдроме внезапной детской смерти./Аванесян Х.А., Берлай М. В., Копылов А. В., Коробкеев А. А., Карпов С. М. // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13(4):667-671. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13132>
2. Бокерия Л.А. Синдром внезапной смерти новорожденных: современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностические подходы и методы профилактики./Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Кулага О.И. // Сердечно – сосудистая хирургия. -2010.-№3.-С. 25-41
3. Глуховец Б.И. Синдром внезапной детской смерти младенцев: методологические и патогенетические варианты диагноза. Вопросы современной педиатрии. 2011;
4. Нисевич Л. Л., К вопросу о диагностике синдрома внезапной смерти младенцев./Нисевич Л.Л., Кригер О. В., Селютина Н. С., Никишцев И. Н., Коноплева Т. Н., Павлова М. С.//Вопросы современной педиатрии. 2015; 14 (6):645–651.
5. Shapiro-MendozaCK, CamperlengoLT, LudvidsenR. Classification system for Sudden Unexpected Infant Death as a registry and its application. Pediatrics. 2014;134(1):210–219. DOI:10.1542/peds.2014–0180.

1Неъматзода О., 2Гоибова З.В., 2Нарзуллаева А.Р.
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Введение. В последние годы отмечается рост частоты прижизненной диагностики различных морфологических по структуре опухолей надпочечников, в том числе феохромоцитомы (ФХЦ) [2, 5]. Из-за отсутствия гормональной активности и не специфичности клинических признаков у каждого пятого – шестого пациента ФХЦ диагностируются при приобретении больших размеров [1, 3, 5]. Как показано рядом исследований, рост ФХЦ приблизительно составляет от 0,3 до 11 мм в год, что соответствует увеличению риска малигнизации опухоли, распада и кровотечения в несколько раз [1, 5].

Наиболее грозным осложнением больших опухолей является прорастание в соседние анатомические образования и сращения с крупными сосудами, что сопровождается развитием отечного и/или ишемического синдромов, тем самым значительно усложняется техническое проведение оперативных вмешательств [3, 4].

Цель исследования. Демонстрация собственного опыта хирургического лечения пациентов с феохромоцитомой больших и гигантских размеров.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 13 пациентов с ФХЦ имеющие размеры более 8 см, находившихся на лечении в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ), в период с 2006 по 2023 гг. Из них женщин было 9 (69,2%), мужчин – 4 (30,8%). Возраст больных варьировал от 17 до 58 лет [средний возраст - $44,1 \pm 5,6$ лет ($M \pm m$)]. У 12 (92,3%) пациентов была отмечена односторонняя локализация (правосторонняя у 7, левосторонняя у 5) опухоли, а у одного двустороннее поражение надпочечников. Длительность заболевания согласно анамнезу от начала первых симптомов заболевания до госпитализации составила в среднем $8,2 \pm 1,8$ лет ($M \pm m$).

Кроме тщательного изучения анамнеза заболевания и результатов, ранее проведенных диагностических исследований, больным дополнительно проводилась ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), а также аортография с селективной артериографией опухоли надпочечника ($n=3$).

У всех пациентов были определены уровень экскреции метанефринов (МН) в суточной моче методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием лабораторных реагентов MetCombi ELISA EIA-4083 (Германия).

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты поступили на плановое хирургическое лечение по поводу феохромоцитомы в РНЦССХ. Лишь в 2 (15,4%) случаях у пациентов отмечалась периодическое повышение артериального давления (АД). У остальных 11 пациентов опухоли были диагностированы при обследовании пациентов по поводу болевого синдрома в поясничной области.

Среди различных неинвазивных методов диагностики ФХЦ определение содержания МН в суточной моче занимали одно из ведущих мест. Основной целью применения лучевых методов диагностики явилась необходимость установление/исключение новообразования надпочечников, а также определение топографо-анатомического взаимоотношения опухоли с соседними органами и структурами: при правосторонней локализации с печенью, нижней полую и воротной веной и почкой; при левосторонней со селезенкой, хвостом поджелудочной железы и левой почкой. Средний размер выявленных феохромоцитом на УЗИ составил $108,5 \pm 6,7$ мм.

Безусловно, основным методом визуализации на сегодняшний день является СКТ. На СКТ феохромоцитомы имели овальную, округлую или неправильную веретенообразную форму, гомогенной или гетерогенной структурой, плотностными показателями от +28 до +42 ед. Н_и (средняя плотность без контрастирования $+26,1 \pm 4,2$ ед. Н_и). Средний размер выявленных ФХЦ на СКТ составил $105,7 \pm 6,2$ мм.

При исследовании КТ-плотности на разных фазах выведения контрастного вещества, ФХЦ имели тенденцию к задержке контрастного вещества (средняя плотность при контрастировании $+35,9 \pm 7,2$ ед. Н_и), при этом медленно снижались показатели плотности в течение от 11 до 14 минут (в среднем $12,1 \pm 0,4$ мин), которые свидетельствовали о доброкачественном характере ФХЦ. Измерение этого показателя позволяло дифференцировать ФХЦ от других форм опухолей надпочечников, таких как аденокортикальный рак и метастатическая карцинома.

В ряде случаев ($n=3$), с целью более тщательного изучения ангиоархитектоники опухоли, определения наличия прорастания опухоли в крупные сосуды забрюшинного пространства, а также признаков их злокачественной перерождения пациентам была выполнена аортография с селективной артериографией сосудов надпочечника. Необходимость ее проведения обосновалась тем, что при помощи УЗИ и СКТ было невозможным более точное идентификация центральной надпочечниковой вены и артерий малого калибра. Именно применение данного метода позволило более четко определить особенности ангиоархитектоники опухоли, отношение опухоли к магистральным венам и артериям соседних органов, аортой и нижней полую веной. Кроме того, на основании комплексного применения топических методов исследования нами выбирался хирургический доступ для удаления новообразования.

После тщательной предоперационной подготовки все пациенты были оперированы в плановом порядке из торакофренолюмботомного (ТФЛ) доступа, являющегося наиболее оптимальным для выполнения адреналэктомии при больших размерах опухоли и создающего оптимальный угол операционного действия, что позволяет выполнить операцию радикально и безопасно. Удаление больших опухолей правого надпочечника имеет некоторые особенности, в частности зона впадения центральной вены опухоли и зона сосудистой ножки правой почки. Выполнение операции, сопряжено с риском ятрогенной их травмы, в связи с этим во всех случаях мобилизацию опухоли следует осуществить из нижнего ее полюса и снизу от сосудистой ножки правой почки.

Из-за больших размеров образования возможность лигирования центральной вены надпочечника на ранних

этапах адреналэктомии не осуществимо, так как она отходить от оставшейся небольшой ткани самой железы расположенной высоко и в глубине, из-за смещения ее опухолью.

Определенные трудности при левосторонней адреналэктомии встречаются при визуализации хвоста поджелудочной железы, и мобилизации центральной вены опухоли, которая впадает в почечную вену. Во избежание травмы сосудистой ножки левой почки необходима деликатная их мобилизация и расположение их на сосудистых турникетах, для адекватного контроля в случае необходимости. В наших наблюдениях во всех случаях была выполнена расширенная адреналэктомия. Средние размер удаленных феохромоцитом составили $103,2 \pm 10,1 \times 93,1 \pm 8,2$ мм, вес $570,2 \pm 25,1$ гр.

В послеоперационном периоде специфических осложнений не отмечено, летальных исходов так же. В одном наблюдении отмечалась серома послеоперационной раны. Дренажные трубки удаляли на 3-7 сутки после операции. В интра- и послеоперационном периоде заместительная гормональная терапия потребовалась двум пациентам. Гистологическая оценка удаленных ФХЦ во всех случаях согласно шкале PASS соответствовали 4-7 баллам.

В 3 случаях феохромоцитомы имели альвеолярный вариант строения, в 2 случаях трабекулярный и в 8 случаях дискомплексированный тип строения.

Из 13 обследованных пациентов по клиническим, лабораторным и инструментальным методам топической диагностики, рецидива заболевания в период наблюдения не отмечалась.

Заключение. Комплексная диагностика, адекватная предоперационная подготовка и проведение расширенной адреналэктомии при больших и гигантских феохромоцитомах из торакофренолюмботомного доступа позволяют в большинстве случаев добиться хороших результатов. Во избежание ятрогенной травмы крупных сосудов забрюшинного пространства и радикального удаления опухоли, адреналэктомия при феохромоцитомах больших размеров должно проводиться в специализированных клиниках, располагающих достаточным опытом оперативных вмешательств при опухолевых поражениях надпочечников.

Литература

1. Возможности лучевых методов исследования в диагностике опухолей надпочечников / О.Н. Садриев, А.Д. Гаибов, Т.Г. Гульмурадов, Ш.С. Анварова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 2. – С. 107-116.
2. Клинический случай: феохромоцитома в клинической практике врача-кардиолога / Ю.Ю. Вертьянова [и др.] // Тенденции развития науки и образования. – 2023. – № 93-7. – С. 27-29.
3. Мохорт, Т.В. Феохромоцитома: современные подходы к диагностике и лечению / Т.В. Мохорт, Е.И. Велесевич, Е.Г. Мохорт // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2016. – № 1 (19). – С. 4-23.
4. Хирургические заболевания надпочечников: феохромоцитома, кортикостерома. диагностика и лечение / А.И. Киселев [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. – 2022. – № 82-2. – С. 22-24.
5. Хусейн, С.Х. Гормонально-активная нейроэндокринная экстраадренальная феохромоцитома (параганглиома): случай из практики и обзор литературы / С.Х. Хусейн, Л.Б. Пархоменко, К.Г. Рукша // Евразийский онкологический журнал. – 2023. – Т. 11, № 2. – С. 151-161.

Неъматзода О.¹, Шарипов З.Р.¹, Райхонов Ф.Х.²

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ СЕМИОТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

¹ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

² ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Предварительное выяснение морфологической природы опухолей надпочечников являются ключевой составляющей для правильного выбора тактики лечения этой категории пациентов [2, 4]. С этой целью в основном применяется тонкоигольная пункционная биопсия опухоли с последующим патоморфологическим исследованием [3]. Однако, объем пункта, возможности развития различных осложнений, связанных с пункцией, а также недостаточность специалистов способствуют тому, что данная процедура в последние годы выполняется очень редко [1, 3, 4]. Его место в последние годы занимали позитронно-эмиссионная томография и скинтиграфия, которые в нашей республики не имеются. В связи с этим, актуальным считается дооперационное определение морфологии адреналовых опухолей, а также дифференциация различных её форм между собой с помощью имеющихся у нас арсенале инструментальных методов диагностики.

Цель исследования. Описать характерную компьютерно-томографическую (КТ) лучевую семиотику различных нозологических форм опухолей надпочечников (ОН).

Материал и методы исследования. Анализированы результаты компьютерной томографии альдостеромы (АС) (n=18), кортикостеромы (КС) (n=13) и феохромоцитомы (ФХЦ) (n=23) у 54 пациентов. Женщин было 35 (64,8%), мужчин – 19 (35,2%). Средний их возраст составил $31,6 \pm 2,4$ лет. Адреналовые опухоли у 50 (92,6%) пациентов имели одностороннюю локализацию, в 4 (7,4%) наблюдениях – двухстороннюю.

Лучевая семиотика ОН изучали с помощью КТ, выполненной как в нативном режиме, так и с контрастным усилением с применением «Омнипака». Нами были изучены размеры, форма и структура опухолей, их плотность без и в разных фазах контрастирования, время вымывания контраста более чем на 60%. Полученные результаты КТ сравнивались с данными морфологического исследования удаленных новообразований, при этом оценивались ее чувствительность и специфичность.

Данные, полученные по ходу исследования были систематизированы и подвергнуты статистической обработке. Из-за того, что они имели распределение отличное от нормального, нами показатели представляются в виде медианы (Me) и квартильных размахов (Q25; Q75). Значимость различий между группами определяли с использованием критериев Краскала-Уоллиса. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты исследования и их обсуждение. Размеры выявленных новообразований варьировали от 17 до 108 мм. В 21 случаях диаметр образований было до 40 мм, в 24 - от 40 до 60 мм и в 9 наблюдениях – 61 мм и более.

На КТ ФХЦ имели овальную (n=8), округлую (n=8) или неправильную веретенообразную (n=7) форму, гомогенную (n=12) или гетерогенную (n=11) структуру, с плотностными показателями +22 (20; 25) ед. Ну. Медиана размера ФХЦ составила 65 (41; 109) мм. В 11 случаях ФХЦ имели четкие ровные контуры за счет наличия тонкой нежной капсулы. В 12 случаях при КТ ФХЦ имели бугристый контур за счет гиперваскуляризации, наличия кальцинатов в капсуле и внутри опухоли, большого размера и спаянности ее с соседними органами.

При исследовании КТ-плотности на разных фазах выведения контрастного вещества, ФХЦ имели тенденцию к задержке контрастного вещества по сравнению с КС и АС, и при этом медленно снижались показатели плотности от 11 до 15 минут, в среднем за 14 минут. Медиана её плотности в разных фазах контрастирования составила +41 (40; 45) ед. Н. Снижение плотности ФХЦ при внутривенном контрастировании в среднем через 14 (11; 15) минут после введения контрастного вещества более 60% по сравнению плотности полученное в нативном режиме свидетельствовали о доброкачественном характере ФХЦ. Измерение этого показателя позволяло дифференцировать ФХЦ от аденокортикальных аденом, аденокортикального рака и метастатической карциномы.

У двух пациентов на КТ-сканограммах находили такие косвенные признаки озлокачествления ФХЦ, как неправильной формы образования с нечеткими контурами, и множественными участками деструкции и кальцинатов. Однако в последующем при гистологическом исследовании злокачественная природа не подтвердилась. Чувствительность КТ в отношении ФХЦ составляла 100%, а специфичность 91,3%.

Кортикостеромы на КТ имели округлую (n=10) или овальную (n=3) форму с четкими ровными контурами. На томограммах срезах КС в 4 случаях имели несколько неоднородную структуру, в большей части со средней нативной плотностью +14 (11; 16) ед. Н, чередующуюся с участками более низкой плотности. Медиана размера выявленных КС с помощью КТ составил 46 (41; 50) мм. При отсроченном сканировании КС задерживали контрастное вещество в среднем 8 (6; 12,75) минут и в течение этого времени «вымывание» контрастного вещества наблюдалось более чем на 60%, что с большой степенью вероятности указывало на доброкачественную их природу. Средняя плотность КС при трех фазах контрастирования составила +20 (16-20,5) ед. Н.

При сравнении данных КТ с результатами морфологического исследования, чувствительность КТ в распознавании КС составила 100%, а специфичность 91,7%.

Альдостеронпродуцирующие аденомы при синдроме Конна на КТ-сканограммах имели гомогенную структуру, достаточно низкую плотность (в среднем +6 (4,25; 8,5) ед. Н), без включения в их структуре кальцинатов. Во всех случаях альдостеромы имели четкие ровные контуры за счет наличия тонкой, нежной капсулы. Средний размер АС в наших наблюдениях составил 39 (28,5; 46,75) мм.

После внутривенного болюсного контрастирования отмечалось их контрастирование только в артериальной фазе с быстрым «вымыванием» контрастного вещества в среднем в течение 4,9 (3,5; 6,625) минут. Вследствие невысокой плотности АС не столь были контрастными как КС и ФХЦ, создавалось впечатление о нечетких очертаниях этих образований. Низкая плотность АС также была обусловлена высоким содержанием липидов. Средняя плотность АС после контрастирования составила 11 (9,25-13) ед. Н. Чувствительность и специфичность КТ в диагностике АС составили 94,7% и 89,5% соответственно.

Выявленные при помощи КТ некоторые характерные признаки различных форм опухолей надпочечников, позволявшие дифференцировать их между собой, приведены в таблице.

Таблица
КТ-семиотика опухолей надпочечников [Ме (Q₂₅; Q₇₅)]

Признаки		Нозология опухоли			Р
		ФХЦ	КС	АС	
Средний размер опухоли (мм)		65 (41,0; 109,0)	46 (41,0; 50,0)	39 (28,5; 46,75)	<0,001
Форма	округлая	+	+	+	
	овальная	+	+	+	
	неправильная	+	—	—	
Структура	однородная	±	+	+	
	неоднородная	+	—	—	
Кровоизлияние, кальцинаты, некрозы		±	±	—	
Средняя плотность без контрастирования (ед. Н)		+22 (20,0; 25,0)	+14 (11,0; 16,0)	+6 (4,25; 8,5)	<0,001
Средняя плотность при контрастировании (ед. Н)		+41 (40,0; 45,0)	+20 (16,0; 20,5)	+11 (9,25; 13,0)	<0,001
Время вымывания контраста более чем на 60%		14 (11,0; 15,0)	8 (6,0; 12,75)	4,9 (3,5; 6,625)	<0,001

Примечание: р - статистическая значимость различия показателей при множественном сравнении (по Краскелу-Уоллису).

Как видно из таблицы опухоли исходящие из коры надпочечников всегда имели округлую или овальную форму, в большинстве случаев размеры их не превышали 5 см, тогда как ФХЦ в большинстве случаев имели неправильную веретенообразную форму, размерами больше 5 см. Оказалось, что неровность контуров, неоднородность структуры, высокая плотность опухоли, а также наличие включений в ее структуре характерна в основном ФХЦ, тогда как при КС и АС эти признаки практически отсутствовали.

Вместе с тем при внутривенном контрастировании ФХЦ было свойственно усиленное контрастирование (р<0,001) по сравнению с КС и АС, с более длительным вымыванием контраста более чем на 60%. При большом размере опухоли вероятность нахождения в ее структуре солей кальция, включений и зон некрозов была выше.

Выводы. Размер опухоли, ее структура, плотность в разных фазах контрастирования и время вымывания контраста, выявленные при КТ, позволяют дифференцировать различные нозологические формы опухолей надпочечников между собой и быть клинически значимым в выборе дальнейшей лечебной тактики.

Литература

1. Котельникова, Л.П. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике опухолей надпочечников / Л.П. Котельникова, Ю.В. Жижилов // Эндокринная хирургия. – 2021. – Т. 15, № 4. – С. 38-43.
2. Мохорт, Т.В. Феохромоцитома: современные подходы к диагностике и лечению / Т.В. Мохорт, Е.И. Велесевич, Е.Г. Мохорт // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2016. – № 1 (19). – С. 4-23.
3. Пучков, К.В. Тонкоигольная биопсия опухолевидных образований надпочечников / К.В. Пучков, Р.М. Евстратов // Московский хирургический журнал. – 2017. – № 4 (56). – С. 38-42.
4. Хирургические заболевания надпочечников: феохромоцитома, кортикостерома. Диагностика и лечение / А.И. Киселев [и др.] // Национальная Ассоциация Ученых. – 2022. – № 82-2. – С. 22-24.

Нижзов М.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ «ГОУ ТГМУ им.

Абуали ибни Сино» и Клинико-диагностический центр «Мадади Акбар»

Актуальность. Врожденная косолапость занимает одно из первых мест среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата у детей и составляет 35,5% - 40% [1,2,3].

Большое количество мнений и теорий об этиопатогенезе врожденной косолапости затрудняет выбор рационального подхода к принципам лечения данной патологии. [1,4,8] Диагностика врожденной косолапости не представляет затруднений, но определение степени тяжести деформации выбора метода хирургического лечения, тактика в послеоперационном периоде не всегда обоснованы и профилактика рецидива деформации не всегда обеспечена. [5,6,11]. Перед ортопедами стоит задача устранить деформации стопы обеспечить ее нормальный рост, функцию опороспособности, выносливость исправленной стопы. Лечение врожденной косолапости необходимо заканчивать на протяжении первого, минимум второго года жизни ребенка консервативным, а при неуспехе и позднем обращении оперативным путем. [7,9,10]

Результаты хирургического лечения тяжелой косолапости часто являются неудовлетворительными частота послеоперационных рецидивов типичной и атипичной косолапости достигают 35% - 64% и 80%- 100% соответственно. [2,3,7,8]

До настоящего времени не существует эффективных способов и технических средств их реализации, которые обеспечивают одноэтапное устранение всего патологического симптомокомплекса при различных видах поражений стопы, обладают малой травматичностью и позволяют проводить полноценную реабилитацию пациентов в минимально короткие сроки.

Цель исследования. Проанализировать результаты хирургического лечения врожденной косолапости.

Материалы и методы. С 2013 по 2023гг. в отделении травматологии и ортопедии клиники «Мадади Акбар» находились на лечении 241 (301 стопа) пациентов с врожденной косолапостью. Возраст детей составил от 5 мес. до 10 лет. Среди них лиц женского пола было – 74 (69,3%), мужского – 167 (30,7%). Двухстороннее поражение отмечено – у 62 (25,7%) больных, правостороннее – 101 (41,9%), левостороннее – 78 (32,4%). С рецидивом врожденной косолапости были 18 больных, которые были пролечены в других медицинских учреждениях. Из них 11 - мальчики, 7 - девочки. В 10% случаев отмечалось позднее обращение больных. Причина позднего обращения за медицинской помощью недостаточная осведомленность о возможности излечения врожденных деформаций со стороны родителей.

Все больные с врожденной косолапостью подвергались клиническому, рентгенологическому, неврологическому методам исследования.

В начальном периоде пациентам с врожденной косолапостью проводилась этапная коррекция по методу В.Я. Виленского. Начиная с 2017 года используются гипсования по методу И. Понсети. А при отсутствии положительного результата или при рецидиве на фоне роста использовалось оперативное лечение. Операция заключалась в транспозиции задней большеберцовой мышцы и общего сгибателя пальцев с лигаментокапсулотомии.

У больных с рецидивом врожденной косолапости дополнительно проводилась пересадка переднее большеберцовой мышцы на наружный край стопы. После операции до заживления раны наложили гипсовую лангету.

В дальнейшем лечение продолжалось гипсовой повязкой с коррекцией оставшихся элементов деформации. В среднем понадобилось от 4 до 6 смены гипсовых повязок. Реабилитация больных продолжалась до года после операции. При этом оперированная стопа находилась на ортезе или в брейсах в течение года, получая ЛФК, массаж, витамины и др.

Результаты и обсуждения. Результаты лечения у больных с врожденной косолапостью оценены у всех больных с данными проведенного клинико-рентгенологического обследования. Результат считался хорошим если были устранены все элементы косолапости, стопа по форме приближалась к нормальной, жалобы на боли в стопах при длительной ходьбе у ребенка отсутствуют.

Удовлетворительным результат считался, когда оставались незначительные элементы косолапости, жалобы на боли в оперированных стопах при длительной ходьбе.

При неудовлетворительном результате полностью сохранялся прежний вид косолапости. Ребенок жалуется на боли в оперированных стопах при незначительных физических нагрузках. Неудовлетворительный результат – это рецидив косолапости. Причины не удовлетворительного результата лечения в основном связаны с наличием паралитических формы косолапости и тяжелых форм косолапости у больных с артрогрипозом.

У больных с паралитической косолапостью в отдаленном периоде иногда отмечалось отклонение или вальгусной установки пятки в связи с неврологическими изменениями в связочно-сухожильном аппарате стопы.

Хороший результат получен у 60,1% больных, удовлетворительный – у 33,7%, неудовлетворительный у 6,2%.

Детям с благоприятными результатами лечения продолжали консервативное лечение и диспансерное наблюдение у ортопеда. Детям с неудовлетворительными результатами были предложены повторные операции для коррекции деформации стопы.

Выводы. Таким образом, данные нашего исследования показывают, что результаты операции по поводу врожденного косолапости у детей раннего возраста дает хорошие результаты, так как у них костные изменения ещё не выражены. У детей с рецидивом и паралитической косолапостью хороший результат дает операция транспозиции задней большеберцовой мышцы и общего сгибателя пальцев с лигаментокапсулотомии и пересадкой передней большеберцовой мышцы на наружный край стопы.

Список литературы

1. Бландинский В.Ф. Оперативное лечение тяжелой косолапости у детей / В.Ф. Бландинский, М.А. Вавилов, Н.А. Корышков, Т.Э. Торно // Травматология и ортопедия России. – 2007. - №1 (43). – С. 46-50.
2. Баиндурашвили А.Г. Лечение косолапости у детей с артрогрипозом / А.Г. Баиндурашвили, Д.В. Деревянко, О.Е. Агранович // Гений ортопедии. – 2013. - №1. – С. 132-136.
3. Вавилов М.А. Сравнение отдаленных результатов лечения детей с косолапостью / М.А. Вавилов, В.Ф. Бландинский, И.В. Громов, М.А. Баушев // Гений ортопедии. – 2016. - №3. – С. 39-42.
4. Дивович Г.В. Результаты лечения врожденной косолапости и ее рецидивов у детей: итоги 8-летней хирургической практической работы / Г.В. Дивович, А.А. Бронова, Т.И. Романюк // Проблемы здоровья и экологии. - 2020. - №2 (64) - С. 35-42.
5. Клычкова И. Ю. Врожденная косолапость. Классификации, Этиология, патогенез, эволюция методов лечения (литературный обзор) / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов, Ю. А. Лапкин // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2014. – Т. II. Выпуск 3. – С. 53- 63.
6. Мухамадеев А.А. Хирургическое лечение врожденной косолапости у взрослых аппаратом внешней фиксации / И.А. Норкин, К.А. Петрова, В.Д. Балаян // Новые медицинские технологии. – 2011. - №4. – С. 17-33.
7. Тимаев М. Х. Косолапость у детей (обзор) / М. Х. Тимаев [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2017. - Т. 13, №3. – С.514-520.
8. Bensahel H. History of the functional method for conservative treatment of clubfoot / Bensahel H. [et al.] // J Child Orthop – 2007. - 1 (3). – P. 175–176.
9. Kenmoku T. Athletic ability of school-age children after satisfactory treatment of congenital clubfoot. / T. Kenmoku [et al.] // J Pediatr Orthop. – 2013. – 33. – P. 321–325.
10. Lohle-Akkersdijka J.J. Walking capacity of children with clubfeet in primary school: something to worry about? / J.J. Lohle-Akkersdijka [et al.] // J Pediatr Orthop Br. - 2015. - 24 (1). P. 18–23.
11. Ponseti, I.V. Treatment of congenital club foot / I.V. Ponseti //J. Bone Jt. Surg. – 2000. – Vol. 74A. – P. 448-454.

Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА И ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (обзор литературы)

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Травмы брюшной полости, сопровождающиеся повреждениями внутренних органов, относятся к крайне опасным для жизни ситуациям, требующим немедленной помощи. В таких случаях высокий процент смертности составляет от 27% до 35%, и замечательно, что этот показатель остается стабильным со временем, не наблюдается тенденции к его снижению [Малков И.С. с соавт., 2016; Лебедев А.Г. с соавт., 2019; Grundmann R. T. et al., 2010].

С учетом этого, стратегия лечения закрытых повреждений внутренних органов при травмах живота становится одной из самых сложных задач неотложной медицины. Очевидно, что исход лечения для пострадавших с подобными травмами зависит не только от тяжести самой травмы, но также от скорости, с которой принимается решение о неотложной медицинской помощи, от способности быстро оценить характер полученных повреждений и осложнений, а также от выбора правильной хирургической тактики [Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., 2013; Доровских, Г.Н., Васильев А.Ю., 2014; Миннуллин М.М. с соавт., 2016; Кубачев К. Г. с соавт., 2019; Ыдырысов И.Т. с соавт., 2019; Irrázaval M.M.J. et al., 2020].

Определение характера повреждений полых и паренхиматозных органов, а также оценка степени тяжести состояния пациента играют решающую роль в успешной реализации неотложного лечения, включая меры реанимации и хирургические вмешательства. Анализ случаев летальности показывает, что примерно 15% пациентов, погибших от закрытых травм живота (в том числе изолированных и сочетанных), не имели смертельных повреждений. Их смерть, к сожалению, произошла из-за задержки в оказании помощи, поздней диагностики повреждений и недостатков в предоставленной медицинской помощи [Агаларян А. Х., 2013; Бондаренко А.В. с соавт., 2014; Кухарев Д.И. с соавт., 2015; Щеголев А.А. с соавт., 2020; Lin H.F. et al., 2018; Kanlerd A. et al., 2022].

Выбор вида хирургического вмешательства. Следует отметить, что обсуждение стратегии хирургического вмешательства при закрытых травмах животной полости остается актуальным и вызывает споры в наши дни. Эти споры касаются, прежде всего, выбора методов и размеров хирургических доступов. Здесь важно учесть слова Th. Kocher о том, что "размер хирургического доступа должен быть достаточным, но минимально возможным". Имеет

смысл отметить, что открытый лапаротомный доступ считается высокотравматичным и, в некоторых случаях (в диапазоне от 8,2% до 70,3%), может вызвать серьезные осложнения, в основном инфекционного характера. Эти осложнения могут включать в себя инфицирование послеоперационной раны, образование абсцессов, развитие послеоперационных грыж и плевропневмоний. Современные исследования показывают, что необдуманное использование этого метода может принести большой вред пациентам, превышая пользу, которую оно приносит от самой операции [Ермолов А.С. с соавт., 2010; Завада Н. В., Волков О. Е., 2014; Иноземцев Е.О. с соавт., 2017; Затевахин И.И. с соавт., 2018; Biffi W.L., Leppaniemi A., 2014; Abouelazayem M. et al., 2021].

С учетом этого, вполне оправданным представляется стремление авторов литературы к двум важным аспектам. Во-первых, это разработка четких критериев для определения необходимости выполнения широкой лапаротомии при травмах животной полости. Во-вторых, это рассмотрение альтернативных, менее инвазивных методов коррекции внутрибрюшной патологии, таких как видеолaparоскопическая хирургия (ВЛС), как самостоятельный метод или в виде видеоассистированной процедуры. Эти шаги могут способствовать снижению риска тяжелых осложнений, связанных с хирургическим доступом, и улучшению результатов лечения пациентов с травмами живота [Лебедев А.Г. с соавт., 2019; Исаков М.Н. с соавт., 2020; Исаков Н.З. с соавт., 2022; Chia D.K.A. et al., 2015; De Martino C. et al., 2021].

По мнению большинства авторов, считается, что абсолютными показаниями к выполнению открытой лапаротомии являются нестабильная гемодинамика, которая проявляется признаками обширного внутрибрюшного кровотечения или распространенного перитонита [Мусаилов В.А., 2010; Миннуллин М.М. с соавт., 2016; Grundmann R. T. et al., 2010; Dodiya-Manuel A. et al., 2015]. Что касается использования видеолaparоскопии (ВЛС) в диагностике повреждений животной полости, сторонники и противники этого метода обоснованно поддерживают свои точки зрения. Одни специалисты утверждают, что ВЛС обладает высокой разрешающей способностью, что позволяет своевременно выявлять необходимость в хирургическом вмешательстве и проводить его у пациентов с серьезными повреждениями [Панкратов А.А. с соавт., 2015; Панкратов А.А., 2018; Маскин С.С. с соавт., 2022; Justin V. et al., 2017], другие же акцентируют внимание на необходимости специального оборудования и специалистов, а также на возможности ее использования только у пациентов со стабильной гемодинамикой [Ермолов А.С. с соавт., 2011; Завада Н. В., Волков О. Е., 2012; Koto M.Z. et al., 2017; Koganti D. et al., 2020].

Опыт использования видеоэндоскопических методов наглядно подтверждает, что применение ВЛС (видео лапароскопической хирургии) существенно улучшает своевременную и точную диагностику повреждений органов брюшной полости при сочетанной закрытой травме живота. В отличие от традиционных лапаротомий, которые могут быть травматичными и неприемлемыми для пострадавших в случае тяжелой травмы, ВЛС отличается меньшей травматичностью при высокой эффективности и во многих случаях может служить альтернативой [Пузанов С.Ю., 2014; Панкратов А.А., 2018; Nicolau A.E., 2011; Lin H.F. et al., 2015].

Применение ВЛС (видео лапароскопической хирургии) при закрытых повреждениях органов брюшной полости предоставляет возможность быстро и четко определить характер повреждений, источник кровотечения и перитонита, а также разработать стратегию дальнейшего лечения. Это позволяет остановить кровотечение и провести ремонт дефекта полых органов. Особенно важно использование ВЛС для диагностики патологических изменений в органах, расположенных забрюшинно, где повреждения могут быть плохо определены. К таким органам относятся поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка, а также восходящие и нисходящие отделы толстой кишки у пострадавших [Умаров О.М. с соавт., 2012; Стяжкина С.Н. с соавт., 2017; Хаджибаев А.М. с соавт., 2022; El-Bendary Y. B. et al., 2016; Di Buono G. et al., 2020].

Сводя данные, представленные в вышеуказанном контексте, можно сделать вывод, что большинство литературных авторов рекомендует следующий лечебно-диагностический алгоритм на стационарном этапе при сочетанной закрытой травме живота. Если отсутствуют клинические, рентгенологические и ультразвуковые признаки повреждения внутренних органов, то пациенту рекомендуется провести динамическое наблюдение в специализированном отделении [Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., 2014; Самохвалов И.М. с соавт., 2018; Гольбрайх В.А. с соавт., 2019; Щеголев А.А. с соавт., 2020; Farrath S. et al., 2012; Gross T., Amsler F., 2016].

Если у пациента нет свободной жидкости в брюшной полости, но есть признаки беспокойного состояния живота, то проводится УЗИ и рентгенография живота в динамике в условиях реанимационного отделения. При стабильном состоянии пациента и небольшом количестве жидкости в брюшной полости рекомендуется рассмотреть возможность выполнения ВЛС (видео лапароскопической хирургии) или ВАЛС (видеоассистированной лапаротомии) с целью более точной диагностики и лечения [Панкратов А.А. с соавт., 2015; González-Robledo J. et al., 2015].

При наличии клинических и ультразвуковых признаков повреждения и стабильной гемодинамике также можно рассмотреть возможность проведения малоинвазивных операций, таких как ВЛС (видео лапароскопическая хирургия) или ВАЛС (видеоассистированная лапаротомия с мини-лапаротомией). Эти методы характеризуются высокой эффективностью и минимальной травматичностью и часто применяются при сочетанных травмах живота. Однако в случае тяжелого состояния пострадавшего с абсолютными показаниями, такими как разлитой перитонит или внутрибрюшное кровотечение, может потребоваться проведение лапаротомии, более инвазивной хирургической процедуры, чтобы немедленно вмешаться и обеспечить необходимое лечение [Хаджибаев А.М. с соавт., 2011; Гольбрайх В.А. с соавт., 2019; Zhu T.H. et al., 2018].

Вопросы тактики хирургического лечения. Важным аспектом лечебной хирургической стратегии в случае закрытых повреждений органов брюшной полости при сочетанных травмах живота является определение объема и срока проведения оперативных вмешательств. При этом необходимо учитывать как тяжесть повреждений органов брюшной полости, так и сопутствующие травмы, общее состояние пациента и характер доминирующей травмы. Для обеспечения благоприятного исхода при хирургическом лечении тяжелых сочетанных абдоминальных травм критическое значение имеют выбор времени для оперативного вмешательства, последовательность проведения операций и объем каждой из них, то есть разработка правильной тактики хирургического лечения [Завада Н. В., Волков О. Е.,

2014; Досмагамбетов С. П. с соавт., 2020; Маскин С.С. с соавт., 2021; Hyun Suk Cho. et al., 2013; Hanna K. et al., 2021].

На основе анализа литературных данных представляется возможным разрешить эту проблему путем создания четкого диагностического алгоритма для диагностики ЗТЖ, стандартизации его использования, расширения применения современных методов визуализации в ургентной хирургии травматических повреждений живота и разработки интегральной шкалы для оценки тяжести ЗТЖ на основе объективных показателей.

Использованная литература

1. Гольбрайх В.А. Сочетанная травма органов брюшной полости: современные подходы к стандартизации, лечебно-диагностические алгоритмы /В.А.Гольбрайх, Ю.П.Савченко, А.Г.Арутюнян // Московский Хирургический Журнал М 3 (67) 2019, С. 58-70
2. Досмагамбетов С. П., Дженаляев Б. К., Тусупкалиев А. Б., Котлобовский В. И., Баубеков Ж. Т., Альтаев К. Ж. Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки у детей: клинический случай // West Kazakhstan Medical Journal. 2020. Т. 62, No 2. С. 197–204.
3. Иноземцев Е.О., Григорьев Е. Г., Апарцин К. А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений // Политравма. – 2017. – № 1. –С. 6–11.
4. Исаков М.Н., Михайликов Т.Г., Ярцев П.А. Сравнение оперативных методов лечения при разрыве мочевого пузыря // Экспериментальная и клиническая урология. 2020. Т. 13, No 5. С. 86–90. Doi: 10.29188/2222-8543-2020-13-5-86-90.
5. Исаков Н.З., Мирзакаримов Б.Х., Туракулов З.Ш. Современные методы диагностики повреждений кишечника в структуре детского травматизма // Экономика и социум. 2022. № 5-1 (96). С. 461-469.
6. Кубачев К. Г., Хахимов К. А., Мухиддинов Н. Д., Заркуа Н. Э. Хирургическая тактика при повреждениях забрюшинной части двенадцатиперстной кишки // Вестн. экспериментальной и клин. хир. 2019. Т. 12, No 3. С. 162–167. Doi: 10.18499/2070-478X-2019-12-3-162-167.
7. Лебедев А.Г., Ярцев П. А., Македонская Т. П., Кирсанов И. И., Шаврина Н. В., Селина И. Е., Казакова В. В. Закрытая травма живота с повреждением кишечника // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. No 5. С. 82–87. Doi: 10.17116/hirurgia201905182.

Носирова Ф. Т., Умарзода С.Г., Наботова М.

РАК ЯИЧНИКОВ III СТАДИИ: НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, КРИТЕРИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуалиибни Сино», Душанбе, Таджикистан

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ

Актуальность. По оценкам ВОЗ ежегодная заболеваемость раком яичников (РЯ) составляет 3,7 % в структуре онкологических заболеваний среди женщин и 4,2 % в общей смертности от рака. [1]. По данным программы SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results), пятилетние показатели выживаемости больных РЯ не достигают и 50% (47,4%) [2] а по данным, опубликованным в Eurocare-5 study, пятилетняя выживаемость больных РЯ не превышает 37,6 % [58]. По сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, 1-летняя выживаемость больных раком яичников составляет 63%, 3-летняя – 41%, 5-летняя – 35% [3].

Цель исследования. Проанализировать современные подходы лечения рака яичников III стадии.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились отечественные и зарубежные литературные источники по лечению местнораспространенного рака яичников за последние 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2013 г. классификация РЯ была пересмотрена и по классификации ФИГО при III стадии - опухоль поражает один или два яичника/маточные трубы/первичная карцинома брюшины с цитологическим или гистологическим подтверждением распространения по брюшине за пределы таза и/или метастазы в забрюшинные лимфатические узлы.

Классический подход в лечении РЯ, независимо от стадии, подразумевает выполнение на первом этапе радикальной (стадии I-II) или циторедуктивной (стадии III-IV) операции с проведением хирургического стадирования заболевания с обязательным проведением адьювантной химиотерапии у пациенток II-IV стадии, а также у отдельных категорий больных I стадии, высокого риска рецидива. При лечении «раннего» РЯ (I-II стадии) подобный подход доказал свою высокую эффективность и позволяет добиться длительной ремиссии заболевания (клинического выздоровления) у значительного числа больных. Однако, при лечении распространенных форм РЯ (III-IV стадии) 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость больных остается невысокой.[4]. В последнее время в схему лечения включается проведение неоадьювантной химиотерапии (НХТ): 3 курса перед циторедуктивной операцией (ЦО). Главным образом именно объем остаточной опухоли определяет уровень выживаемости, что обосновывает необходимость ЦО [5]. Хирургическое лечение распространенного РЯ представляет собой серьезную проблему, так как, многие больные к моменту установления диагноза находятся в тяжелом состоянии, в связи с распространенностью опухолевого процесса и сопутствующей соматической патологией. Проведение расширенных комбинированных операций становится невозможным в связи с высокой интра - и послеоперационной летальностью. Все эти обстоятельства обусловили интерес к внедрению НХТ в лечение распространенного РЯ [21]. РЯ считается одной из наиболее чувствительных к цитотоксическим препаратам солидных опухолей: стандартная комбинированная химиотерапия таксанами и препаратами платины оказывается высокоэффективной у 80% больных. При этом все большее распространение получает НХТ с последующей циторедуктивной операцией (ЦО) [28, 29]. Перед учеными встает другой важный вопрос: Критерии оценки эффективности проводимой НХТ и резектабельности опухоли? Для определения резектабельности опухолевого про-

цесса в брюшной полости перед операцией были предложены различные методы, которые можно разделить на следующие группы [30]: - оценка уровня сывороточных опухолевых маркеров, данные методов лучевой диагностики, диагностическая лапароскопия и комбинированные методы. В качестве предиктора оптимальной циторедукции специфичность онкомаркера СА-125 составила всего 54%, а чувствительность— 58% [33]. Помимо СА-125, для оценки резектабельности опухолевого процесса предложено использовать HE4 (человеческий эпидидимальный белок 4). Его чувствительность в определении нерезектабельности опухоли составила 86,6%, при специфичности, прогностической значимости позитивного и негативного результата в 91,3%; 92,9%; 84% соответственно [38]. Ряд авторов также продемонстрировали преимущество HE4 перед СА125 в прогнозировании оптимальной циторедукции, пороговые значения составили 345 Ед/мл и 218,4 пмоль/л соответственно, комбинация этих маркеров может повысить прогностическое значение [45,46]. Для оценки эффективности НХТ при РЯ должны использоваться методы современной ультразвуковой сонографии, включая традиционный В-режим, трехмерную эхографию, ЦДК, ЭДК, спектральную доплерографию, трехмерную ультразвуковую ангиографию и исследование онкомаркеров. [52]. На основании проведенного исследования А.Ф. Цыба, можно сделать вывод, что РЯ III стадии получает ультразвуковое отражение в 100% случаев, характеризуется наличием объемного образования в проекции придатков неоднородной структуры с усиленной васкуляризацией при ЦДК в капсуле опухоли или пристеночном тканевом компоненте. Ультразвуковым критерием ответной реакции рака яичников при проведении НХТ на первом этапе комбинированного лечения является снижение степени васкуляризации опухоли. В процессе проведения 3 курсов НХТ достоверно изменяется степень васкуляризации опухоли при всех гистологических формах РЯ с различной степенью дифференцировки. При ультразвуковом мониторинге было установлено, что ответной реакцией опухоли на проведение НХТ являлась частичная регрессия опухоли или стабилизация процесса. Полной регрессии и прогрессирования основного заболевания не установлено при всех формах эпителиального РЯ. [53]

В соответствии с рекомендациями Европейского сообщества по медицинской онкологии (ESMO), Европейского сообщества по урогенитальной радиологии (ESUR) и Национальной онкологической сети США (NCCN) основным методом дооперационного стадирования и, как следствие, оценки резектабельности Р является КТ с внутривенным контрастированием [40, 41]. НХТ может быть рекомендована пациенткам в тяжелом соматическом состоянии и со следующими КТ, МР-признаками нерезектабельности: 1) обнаружение метастазов размером более 2 см в корне брыжейки тонкой кишки, гастро-лиенальной связке, малом сальнике, воротах печени, междолевой борозде печени, на куполе диафрагмы или в паренхиме легких; 2) признаки вовлечения парааортальных лимфоузлов на уровне и выше уровня отхождения чревного ствола; 3) поражение забрюшинного пресакрального пространства; 4) инвазия стенок полости таза. [57]

К настоящему времени схема НХТ-ЦО стала предпочтительным режимом лечения больных распространенным РЯ [112, 113]. Наиболее изученной для применения является комбинация паклитаксела в дозировке 175 мг/м² и карбоплатина AUC (Area Under the Curve — площадь под кривой) 5 или AUC6, вводимых внутривенно с интервалом в 3 недели. Рекомендованное число циклов при назначении в неoadъювантном режиме — 3 до операции и 3 после выполнения оперативного вмешательства [117, 118]. Комбинированная химиотерапия по схеме CAP также проводится после нерадикальных операций при Ib, Ic, III и IV стадиях РЯ больным с остаточными опухолями и метастазами. В 2010 г. были опубликованы результаты крупного рандомизированного проспективного исследования, включавшего 632 пациентки, и доказавшего, что показатели выживаемости в группе НХТ оказались не хуже чем среди больных, которым на первом этапе было проведено хирургическое лечение. [6]. При этом послеоперационные осложнения и летальность были ниже в группе пациенток, которым циторедуктивная операция была выполнена после проведения неoadъювантной химиотерапии. Оптимальной циторедукции, которая определялась авторами как наличие резидуальной опухоли менее 1 см, удалось достигнуть у 41,6% пациенток в группе немедленного хирургического лечения и 80,6% в группе неoadъювантной химиотерапии.

Выводы. Таким образом, вопросы неoadъювантной химиотерапии в лечении распространенных форм рака яичников, схемы и количество курсов ПХТ, достоверные критерии резектабельности опухоли, снижение токсичности НАХТ до настоящего времени остаются дискуссионными. Данные клинических исследований противоречивы и не позволяют рекомендовать данную методику как стандарт в лечении пациенток. Однако, при использовании у избранных категорий больных, которые не являются кандидатами для оперативного лечения в момент постановки диагноза, проведение неoadъювантной химиотерапии является методом выбора.

Литература:

1. Cancer statistics, 2010 / Jemal A. [et al.] // CA Cancer J Clin. - 2010. - №60. – P. 277–300
2. Seer.cancer.gov [Internet]. Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer [cited 25 Mar 2019]. <http://www.seer.cancer.gov/stat-facts/html/ovary.html>
3. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский. – М.: 2002. -264 с.
4. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up 2013 / Ledermann J.A. [et al.] // Ann Oncol. – 2013. - № 24. – P. 24-32.
5. Сыченкова Н.И. Комплексное и комбинированное лечение злокачественных новообразований яичников с учетом индивидуальной чувствительности к химиопрепаратам: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.И. Сыченкова. - Обнинск, 2001. – 24 с.
6. Тюляндина А. С. Ретроспективный анализ отдаленных результатов применения первичной циторедукции и предоперационной химиотерапии на первом этапе лечения больных III–IV стадий рака яичника / А. С. Тюляндина // Злокачественные опухоли. – 2018. - Т. 8, № 3. - С. 86-94.

Актуальность. Сужение прямой кишки довольно редкая патология. В специализированных колопроктологических отделениях насчитываются десятки больных, лечившихся по поводу указанной патологии.

Большинство хирургических методов лечения сужений прямой кишки нашло свое отражение в литературе. Однако до сего времени все они имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Отмечено, что сужения прямой кишки встречаются в 0,9 - 1,7% среди всех больных, госпитализированных с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки и анального канала [3,4]. В то же время большинство исследователей указывают, что послеоперационные стриктуры анального канала среди всех сужений прямой кишки занимают ведущее место [1]. В хирургии взрослых описаны случаи ишемии толстой кишки после операций на аорто-подвздошном сегменте, которые достигают 15% и подтверждены ангиографическим методом исследования. Не во всех случаях при этом тяжесть поражения чревата гангреной, чаще возникает обратимый воспалительный процесс с развитием фиброзной стриктуры [2].

По данным медицинской литературы, одним из самых объективных методов оценки кровоснабжения толстой кишки является рентгеноконтрастная ангиография. Данная методика позволяет визуально оценить степень перфузии кишечной стенки, а также состояние коллатеральных путей у оперированных больных. Коллатеральное кровообращение оценивается по наличию на ангиограммах дуги Риолана и внутренних подвздошных артерий. Наибольший процент проявления ишемии левой половины толстой кишки после реконструктивных операций (до 34%) на аорто-подвздошнобедерном сегменте встречается у больных с нефункционирующей внутренней подвздошной артерией, а наиболее тяжело ишемический колит протекает у больных с сочетанным отсутствием функции нижней брыжеечной артерии и внутренней подвздошной артерии [3]. Особенности анатомического строения анального канала, его ангиоархитектоника, а также близость перианальной кожи, участвующей в процессе рубцевания, определяют специфику послеоперационных рубцовых стриктур анального канала и своеобразность течения данного заболевания [4,5]. Отсутствие достаточного количества наблюдений является причиной небольшого числа публикаций на эту тему в журнальных статьях и монографиях хирургов нашей республики, сообщения, посвященные данной теме, отсутствуют. Исходя из вышеизложенного, мы решили поделиться опытом лечения прямой кишки.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения сужения прямой кишки на основании изучения особенностей развития данной патологии.

Материал и методы исследования. В лечебно-диагностическом центре ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2021 до 2023 г проведены обследования и лечение 11 больных с сужением прямой кишки в возрасте от 25 до 55 лет. Средний возраст составил $36 \pm 2,5$ лет. Мужчин 6 (54,5%), остальные 5 (44,5%) пациентов - лица женского пола, все пациенты страдали сужением прямой кишки. В 2 (18,8%) случаях отмечались врожденные сужения прямой кишки, а в 9 (81,2%) случаях – приобретенные сужения прямой кишки. Сужение ампулярного отдела встречалось в 3-(27,2%) случаях (1-врожденный, 2-приобретенных). В 2-(18,1%) случаях сужение ампулярного отдела было ограниченным, а в 1-ом случае сужение охватывало весь ампулярный отдел и нижнюю треть сигмовидной кишки. Сужение анального канала встречалось в 8 случаях (1-врожденное, 7 приобретенный – послеоперационные).

В двух случаях причиной сужения были последствия ожогов прямой кишки, полученных во время клизмы горячей водой. В 7 случаях отмечалось послеоперационное сужение прямой кишки и анального канала. Наиболее частой причиной послеоперационного сужения явились операции геморроидэктомии, выполненные в общехирургических отделениях. Основными жалобами больных было затруднение акта дефекации. Чтобы облегчить свое страдание больные постоянно прибегали к очистительным клизмам, эффект которых был незначительным и временным. Больным проводили общеклинические обследования. Диаметр и протяженность сужения определяли пальцевым исследованием с помощью зондов и контрастированием с последующей рентгенографией прямой кишки. Сужение колебалось в пределах 0,5-1 см. В 3- (27,2%) случаях сужение анального канала осложнилось каловым завалом. После соответствующей подготовки все больные были оперированы. При ограниченных сужениях ампулярного отдела прямой кишки 2 (18,1%) применяли операцию продольного рассечения суживающего кольца с поперечным ушиванием раны слизистой оболочки прямой кишки. При сужении всей ампулярной части производили брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением вышележащих отделов толстой кишки и наложением колоанального анастомоза 1(9,01%).

При сужениях анального канала в 1 случае (9,01%) была применена пластика по методу Аминева А.М., а в 7 (63,6%) случаях – по предложенной нами методике, сущность которой заключается в следующем:

Техника операции. Оперативное вмешательство проводили под общим или местным регионарным обезболиванием, суженое анальное отверстие рассекается спереди и сзади. Потом под зрительным контролем разрез продолжается проксимально до нормальной слизистой оболочки. Глубина разреза должна доходить до волокна анального сфинктера (иногда мы задний разрез сочетаем с задней сфинктеротомией). В анальный канал вводим зеркало и проводим девальсацию. Образующиеся продольные раны на передней и задней стенках анального канала ушиваются в поперечном направлении (перианальная кожа с слизистой оболочкой). Для ликвидации натяжения отступа на 2,0-2,5 см от анального отверстия спереди и сзади производимы ослабляющие разрезы. Длина разреза зависит от степени натяжения тканей и обычно оно колеблется в пределах 2-3 см. Эта рана ушивается в продольном направлении. В послеоперационном периоде в анальный канал вводится проктосидиловая мазь, а снаружи на рану накладывается антисептический раствор. Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у всех оперированных больных отмечалось заметное улучшение состояния здоровья. Нормализовался акт дефекации. Послеоперационное осложнение в виде нагноения промежностных ран встречалось в 2-х случаях. Раны зажили вторичным натяжением отдаления.

Результаты были удовлетворительными. В отдалённом послеоперационном периоде случаев рецидива сужения прямой кишки и анального канала у наших больных не наблюдалось.

Таким образом, в результате хирургической тактики в зависимости от локализации сужения прямой кишки в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде наблюдалась наименьшая частота различных ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Литература

Аминев А. М. Руководство по колопроктологии / А. М. Аминев // 1973г., т.3, глава XX

Аминев А. М. лекции по проктологии / А. М. Аминев // 1969г.

Лёнюшкин А. И. Детская колопроктология / А. И. Лёнюшкин // 1976г.

Чухренко Д. Т. Заболевание прямой кишки / Д. П. Чухренко // 1976г.

Ривкин В. Д. Руководство по колопроктологии / В. Д. Ривкин // 2001г.

Нурзода З.М., Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.Дж.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии.

Лечебно- диагностический центр ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Сужение прямой кишки довольно редкая патология. В специализированных колопроктологических отделениях насчитываются десятки больных, лечившиеся по поводу указанной патологии.

Большинство хирургических методов лечения сужений прямой кишки нашло свое отражение в литературе. Однако до сего времени все они имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Отмечено, что сужения прямой кишки встречаются в 0,9 - 1,7% среди всех больных, госпитализированных с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки и анального канала [3,4]. В то же время большинство исследователей указывают, что послеоперационные стриктуры анального канала среди всех сужений прямой кишки занимают ведущее место [1]. В хирургии взрослых описаны случаи ишемии толстой кишки после операций на аорто-подвздошном сегменте, которые достигают 15% и подтверждены ангиографическим методом исследования. Не во всех случаях при этом тяжесть поражения чревата гангреной, чаще возникает обратимый воспалительный процесс с развитием фиброзной стриктуры [2].

По данным медицинской литературы, одним из самых объективных методов оценки кровоснабжения толстой кишки является рентгеноконтрастная ангиография. Данная методика позволяет визуально оценить степень перфузии кишечной стенки, а также состояние коллатеральных путей у оперированных больных. Коллатеральное кровообращение оценивается по наличию на ангиограммах дуги Риолана и внутренних подвздошных артерий. Наибольший процент проявления ишемии левой половины толстой кишки после реконструктивных операций (до 34 %) на аорто-подвздошнобедерном сегменте встречается у больных с нефункционирующей внутренней подвздошной артерией, а наиболее тяжело ишемический колит протекает у больных с сочетанным отсутствием функции нижней брыжеечной артерии и внутренней подвздошной артерии [3]. Особенности анатомического строения анального канала, его ангиоархитектоника, а также близость перианальной кожи, участвующей в процессе рубцевания, определяют специфику послеоперационных рубцовых стриктур анального канала и своеобразность течения данного заболевания [4,5]. Отсутствие достаточного количества наблюдений является причиной небольшого числа публикаций на эту тему в журнальных статьях и монографиях хирургов нашей республики, сообщения посвященные данной теме отсутствуют. Исходя из вышеизложенного, мы решили поделиться опытом лечения прямой кишки.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения сужения прямой кишки на основании изучения особенностей развития данной патологии.

Материал и методы исследования. В лечебно диагностическом центре ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино с 2021 до 2023г проведены обследования лечения 11 больных с сужением прямой кишки в возрасте от 25 до 55 лет. Средний возраст составил $36 \pm 2,5$ лет. мужчин 6(54,5%), остальные 5 (44,5%) пациентов - лица женского пола, все пациентов страдала сужением прямой кишки. В 2 (18,8%) случаях отмечались врожденные сужения прямой кишки, а в 9 (81,2%) случаях – приобретенные сужения прямой кишки. Сужение ампулярного отдела встречалось в 3-(27,2%) случаях (1-врожденный, 2-приобретенных). В 2-(18,1%) случаях сужение ампулярного отдела было ограниченным, а в 1-ом случае сужение охватывало весь ампулярный отдел и нижнюю треть сигмовидной кишки. Сужение анального канала встречалось в 8 случаях (1-врожденное, 7 приобретенный – послеоперационные).

В двух случаях причиной сужения были последствия ожогов прямой кишки, полученных во время клизмы горячей водой. В 7 случаях отмечалось послеоперационное сужение прямой кишки и анального канала. Наиболее частой причиной послеоперационного сужения явились операции геморроидэктомии, выполненные в общехирургических отделениях. Основными жалобами больных было затруднение акта дефекации. Чтобы облегчить свое страдание больные постоянно прибегали к очистительным клизмам, эффект которых был незначительным и временным. Больным проводили общеклинические обследования. Диаметр и протяженность сужения определяли пальцевым исследованием с помощью зондов и контрастированием с последующей рентгенографией прямой кишки. Сужение колебалось в пределах 0,5-1 см. В 3- (27,2%) случаях сужение анального канала осложнилось каловым завалом. После соответствующей подготовки все больные были оперированы. При ограниченных сужениях ампулярного отдела прямой кишки 2 (18,1%) применяли операцию продольного рассечения суживающего кольца с поперечным ушиванием раны слизистой оболочки прямой кишки. При сужении всей ампулярной части производили брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением вышележащих отделов толстой кишки и наложением колоанального анастомоза 1(9,01%).

При сужениях анального канала в 1(9,01%).случае была применена пластика по методу Аминев А. М. а в 7 (63,6%)случаях – по предложенной нами методике, сущность которой заключается в следующем:

аорто-мезентериальном пинцете. Необходимо отметить, что применение методики трансбdomинального ангиосканирования оправдано лишь у лиц астенического телосложения и с низкой выраженностью подкожно-жировой клетчатки.

Во время проведения как трансвагинального так и трансбdomинального исследования всем больным для определения рефлюкса по расширенным венам была проведена проба Вальсальвы. После локации расширенной вены пациентке предлагалась натуживаться и одновременно регистрировалась величина рефлюкса (рисунок 1). Линейная скорость параметральных вен определялась косвенно, по показателям венозного кровотока в яичниковых венах. Вены яичникового сплетения являются истоком гонадных вен и выявление рефлюкса при пробе Вальсальвы, свидетельствует об обратном кровотоке в гонадной вене.

Для оценки степени расширения вен нами было использовано эхографическая классификация А.Е. Волкова и соавт (2000г).

1 степень – диаметр вены до 5 мм (любого венозного сплетения малого таза); «штопорообразный» ход сосуда;

2 степень – диаметр вены 6–10 мм; при тотальном типе варикоза, рассыпном типе, расширении параметральных вен и вен аркуатного сплетения матки;

3 степень – диаметр вены >10 мм при тотальном типе или магистральном типе параметральной локализации.

В зависимости от степени расширения вен больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 37 больных с I-ст.

Во вторую группу вошли 21 больных со II-ст.

В третью группу вошли 7 больных с III-ст.

При выборе лекарственных средств в группе консервативного лечения основным принципом являлся «Индивидуальное лечение каждого больного». Как уже было указано выше, у больных в группе исследования была выявлена повышенная частота сопутствующей гинекологической патологии. В ходе проведения консервативного лечения больных с варикозным расширением вен малого таза, нами применялись следующие группы препаратов:

- 1) флеботропные препараты
- 2) нестероидные противовоспалительные препараты
- 3) витамины и общеукрепляющие препараты
- 4) Антикоагулянты
- 5) компрессионная терапия
- 6) лечебная гимнастика,
- 7) седативные препараты.

Результаты исследования. При проведении дуплексного сканирования, больным исследуемой группы, варикозно расширенные вены определялись в параметральных и параовариальных областях в виде извилистых сосудистых сегментов, различной степени расширенности, при исследовании просвета которых отмечалось замедление кровотока, с образованием на экране своеобразной «дымки» (рисунок 2).



Рисунок 2. -УЗДС варикозно расширенных вен малого таза

Наиболее часто была отмечена двусторонняя локализация патологического процесса в яичниковых венах, у 46 больных (69,7%), левосторонняя локализация была отмечена в 19 случаях (3%), правосторонней локализации варикозного расширения гонадных вен в данном исследовании отмечено не было.

Таблица 3.3. - Показатели гемодинамики венозной системы малого таза у больных с варикозным расширением вен малого таза (n=89)

Сосуд	Диаметр (мм)			средняя величина рефлюкса при выполнении пробы Вальсальвы, в см/сек		
	Правая	Левая	Р	Правая	Левая	Р
Яичниковые вены	6,7±0,6	8,8±0,4	<0,05	17,2±0,3	18,6±0,9	<0,05
Параметральные вены	5,1±0,5	6,2±0,7	<0,05	12,4±0,6	14,3±0,8	<0,05

Приведённые в таблице 3.3 данные показывают высокую степень расширения как вен параметрия, так и вен сплетения яичников в группах исследования. Параллельно отмечается значительное увеличение рефлюкса в яичниковых и параметральных венах при проведении пробы Вальсальвы, ввиду дисфункции клапанов в гонадных венах. В

ходе проведенных исследований, средний диаметр вен параметрия составил $5,5 \pm 0,3$ мм. Средний диаметр правой гонадной вены составил $6,7 \pm 0,6$ мм, а левой $8,8 \pm 0,4$ мм, причем всегда расширение вен левого яичника преобладало правой ($p < 0,05$).

Результаты лечения оценивались в сроки через месяц, три месяца и год после проведения методов лечения, путём заполнения опросников касательно балловой оценки основных жалоб.

Положительная динамика наблюдалась в большей или меньшей степени относительно всех клинических проявлений, вне зависимости от метода лечения (в сроки до трёх месяцев после начала лечения). При этом, анализируя степень улучшения, можно сделать вывод о том, что улучшение было приблизительно равным во всех группах, при том что в первой клинической группе в большей степени находились пациентки с менее тяжёлыми случаями заболевания. Особенно выраженными были улучшения, касающиеся болевого синдрома – самой главной жалобы у данной категории больных.

Наибольшую разницу касательно показателей остроты боли в ранние сроки имели больные с III-ст. расширения вен. При этом наибольшая степень улучшения наблюдалась в 1-й группе больных, у которых было I-ст. расширения вен по А.Е. Волкову.

Также больным всех трёх групп проводилось УЗИ сосудов в ближайшем и отдалённом периоде после лечения.

Эффект на показатели гемодинамики было лучше во 1-й группе, что характеризовалось уменьшением диаметра вен яичникового сплетения и параметрия, что свидетельствует о значительном уменьшении объёма застойной крови в малом тазу.

Результаты во второй клинической группе были схожи с результатами в третьей группе. В сроки через трёх месяцев показатели улучшения гемодинамики не наблюдалось, при проведении пробы Вальсальвы отмечалось рефлюкс. Уменьшились количество визуализируемых вен яичникового сплетения и параметральных вен.

Вывод. Консервативное лечение показано больным с первой стадией варикозного расширения вен малого таза, с незначительными симптомами тазового венозного полнокровия и без выраженного рефлюкса крови по яичниковым венам. Во всех остальных случаях показано хирургическое вмешательство

Литература

1. Балашов А.В. Клиническая и инструментальная диагностика варикозной болезни вен малого таза / А.В. Балашов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия : научно-практический журнал. - 2007. - № 2. - С. 50-54.
2. Баряева О.Е. Тазовые боли в гинекологии детского и подросткового возраста / О.Е. Баряева. – Иркутск: ИГМУ, 2012. – С. 10 – 15.
3. Беляева Е.С. Оценка результатов консервативного и хирургического лечения варикозной болезни вен таза: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Е.С. Беляева. – М., 2012. – С. 32 – 34.
4. Варикозная болезнь вен малого таза как причина хронической тазовой боли / А.Н. Рыбалка [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – Т. 18, №1(69). – С. 150 – 156.
5. Варикозная болезнь вен таза у женщин / В.В. Андрияшкин [и др.] // Флебология. – Т.7, №2. – С. 39 – 43.
6. Фармакотерапия варикозной болезни вен таза / С.Г. Гаврилов [и др.] // Лечебное дело. – 2010. - №2. – С. 77 – 82.
7. Физиологические и патологические изменения вен малого таза в практике акушера-гинеколога, невролога и сосудистого хирурга / Е.Ю. Юпатов [и др.] // Практическая медицина. – 2013. - №1 (66). – С. 92 – 97.
8. Фомин В. С. Варикозное расширение вен малого таза как причина синдрома хронических тазовых болей: взгляд на проблему / В. С. Фомин, М. Н. Фомина //Фарматека. – 2017. – №. 18. – С. 14-19.
9. Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей на фоне синдрома венозного полнокровия малого таза / Б.А. Мизаушев [и др.]//Вестник РУДН, серия Медицина. – 2008. - №2. – С. 85 – 90.
10. Ходыкин С.П. Миниинвазивное лечение варикозной болезни вен малого таза у женщин: дис. ... канд. мед.наук / С.П. Ходыкин. – Курск, 2009. – С. 42 – 44.
11. Хоменко Н.Е. Варикозная болезнь вен малого таза (этиопатогенез, диагностика, лечение) / Н.Е. Хоменко, Ю.Э. Восканян, С.А. Гаспарян // ЖРОАГ. – 2006. - №1. – С. 44 – 47.

Нуридинзода Н.Н., Ворисов А.А., Саидов И.И.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

(обзор литературы)

ГУ “КЗ Истиклол”

Цель обзора: изучить и систематизировать современные методы ведения пациентов с вазоренальной гипертензией, а также пациентов, страдающих снижением почечной функции; широко осветить вопрос диагностики и лечения при стенотических поражениях почечных артерий.

Резюме

Проведен обзор и анализ классической академической литературы, а также баз научных статей по данной проблематике. Авторами статьи использовался собственный практический опыт наблюдения и лечения пациентов со стенотическими поражениями периферических артерий. Проблема ведения пациентов с сужением просвета почечных артерий остается по-прежнему актуальной и требует дальнейшего изучения. Необходимо продолжать накапливать, систематизировать опыт диагностики и лечения больных со стенозами периферических артерий.

Актуальность

Атеросклероз периферических артерий и, в частности, почечных — довольно широко распространенная патология. Этиология, патогенез не вызывают затруднений и давно уже выяснены. Известны риски, предрасполагающие факторы для развития атеросклероза в сосудах почек [1–3]. Тем не менее до сих пор нет единого систематизированного подхода в тактике ведения данных пациентов. Имеющиеся рекомендации дискутабельны и не удовлетворяют запросам

всех практикующих специалистов, непосредственно занимающихся данными проблемами, а также специалистов смежных областей. Существующие на сегодня исследования и опубликованные метаанализы включают небольшое количество пациентов, что отражается на качестве результатов и рекомендаций [4, 5].

Основными причинами сужения просвета сосудов почек являются атеросклеротическое поражение (90 %) и фибромускулярная дисплазия почечных артерий (10 %). Реже просвет сосудов может быть скомпрометирован артериитом, нейрофиброматозом, вследствие лучевой болезни, экстравазальной компрессией (при опухолях, медиальной ножкой диафрагмы), при врожденных патологиях. В основе патогенеза при всех этих патологиях так или иначе лежит нарушение (ограничение) почечного кровотока. Развивается ишемическая болезнь почек (ИБП). Типичным проявлением ИБП является самостоятельная нозологическая единица — вазоренальная гипертензия (ВРГ) [6, 7]. Помимо ВРГ, нарушение почечного кровотока приводит к такому грозному осложнению, как почечная недостаточность [8]. Через активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы стеноз почечных артерий может стать причиной нестабильной стенокардии и привести к усугублению сердечной недостаточности вплоть до острого отека легких [9, 10].

Помимо стенотических поражений, ВРГ наблюдается при травматических повреждениях, диссекции, аневризмах почечных артерий вследствие эмболии или окклюзии. Также существуют данные о ВРГ при коарктации аорты, гипоплазии аорты и почечных артерий, мальформациях почечной паренхимы [11, 12]. Впервые неизвестную до сих пор болезнь — водянку с белковой мочой и диффузным поражением почек (нефритом) открыл в 1827 году английский врач, основоположник нефрологии Ричард Брайт. Свои наблюдения он основывал на клиническом (24 больных) и патолого-анатомическом опыте. Длительное время патология называлась именем исследователя — Брайтова болезнь. В 1836 году он описал взаимосвязь отеков, наличия белка в моче, нефросклероза и артериальной гипертензии (АГ). В России о связи ограничения кровотока в почечных артериях с развитием АГ сообщал в 1884 году С.В. Левашов.

В 1934 году Гарри Гольдблатт и соавт. экспериментально показали роль ишемии почечной паренхимы в формировании АГ и ухудшении почечной функции. В 1938 году Ледбиттер и Биркланд сообщили об успешном оперативном лечении ВРГ у ребенка 5 лет, проведя нефрэктомиию. Смитвик в 1951 году сформировал спленоренальный анастомоз, таким образом, он стал пионером реваскуляризации почек. В Советском Союзе первую операцию пациенту с ВРГ провели А.Я. Пытель и соавт. в 1961 году.

Атеросклероз почечных артерий

Атеросклероз — это процесс сложного патологического взаимодействия сосудистой стенки, форменных элементов крови, биологически активных веществ, с локальным нарушением кровотока согласно триаде Вирхова. В патогенезе атеросклероза наблюдаются такие динамические процессы, как дисфункция эндотелия, нарушения микроциркуляции, воспалительные процессы и др. [13]. Сейчас существуют две дополняющие друг друга теории развития атеросклероза: липидно-инфильтрационная гипотеза, предложенная еще в 1913 году Н.Н. Аничковым, и гипотеза «ответ на повреждение», сформулированная в 1976 году американскими учеными Р. Россом и Дж. Гломсетом. Для атеросклероза почечных артерий (ПА) характерна локализация в проксимальных и устьевых отделах почечных артерий [14]. Зачастую атеросклеротическая бляшка (АБ) устья ПА является продолжением выраженного атеросклероза стенки брюшной аорты. Но могут встречаться и изолированные сегментарные и диффузные интраваскулярные поражения. Стеноз ПА закономерно чаще выявляется у представителей пожилой возрастной группы, у пациентов 50–60 лет. С увеличением возраста заболеваемость растет. У 70 % больных выявляется сочетанное поражение в других бассейнах: коронарных, сонных артерий, артерий нижних конечностей и др. Известно, что атеросклеротическое поражение ПА наблюдается у 30 % пациентов, подвергнутых коронарной катетеризации. По данным различных исследований, в доле всех артериальных гипертензий атеросклеротическое сужение почечных артерий как причина занимает от 1 до 6%.

Фибромускулярная дисплазия почечных артерий

Второй по частоте причиной ограничения почечного кровотока является фибромускулярная дисплазия (ФМД). Распространенность данной патологии в общей популяции составляет около 0,4 %. В одном из исследований ФМД выявлена у 2,6 % потенциальных доноров почек. Среди пациентов с реноваскулярной гипертензией распространенность около 10 % [1, 8]. ФМД — это не воспалительное не атеросклеротическое поражение в основном почечных сосудов. Реже дисплазия выявляется в каротидных и вертебральных артериях. ФМД впервые описан в 1938 г. Ледбиттером и Биркландом. Этиология и механизм развития до сих пор до конца не выяснены. Возможно, одним из пусковых механизмов является ишемия сосудистой стенки. Свой вклад вносит и курение. 37 % женщин из US Registry FMD страдали зависимостью от курения против 18 % курящих женщин в общей популяции США. С. Савард и соавт. также отмечает большую приверженность к курению среди лиц, страдающих ФМД (30 %), чем в контрольной группе (18 %). В литературе встречаются публикации о роли генетической предрасположенности к данному заболеванию. Косвенно об этом говорит различная распространенность дисплазии среди расовых групп. В латиноамериканских и азиатских популяциях ФМД встречается реже, чем в «белой». В US FMD Registry из 447 пациентов 95 % были «белые», 2 % — афроамериканцы, 1 % — латиноамериканцы и азиаты.

При ФМД поражаются средние и дистальные отделы почечных артерий (второй и третий сегменты). Чаще всего (80–90 %), процесс локализуется в медиальном слое почечной артерии. Характерная ангиографическая картина для данной дисплазии получила красивое название “string of beads” — бусы. В 25–65 % случаев поражение двустороннее. Когда поражение одностороннее, правая почечная артерия страдает в 3 раза чаще, чем левая. Также выделяют интимальную форму ФМД (10 %) и адвентициальную (<5 %). Их особенностью является унифокальное поражение.

В отличие от атеросклероза, ФМД практически никогда не приводит к окклюзии.

В 40 % случаев ФМД прогрессирует. ФМД может значительно снижать перфузию почек и приводить к ВРГ.

Диагностика

Так как атеросклероз — заболевание системное, диагностический поиск ВРГ необходимо проводить среди пациентов, уже имеющих поражения в других бассейнах — коронарных, сонных артериях, аорте и др., особенно у пациентов, приверженных к курению [9]. Необходимо обратить внимание на характер АГ. Для ВРГ характерно внезапное

появление АГ в возрасте после 50 лет, стремительное развитие гипертонии, устойчивость к гипотензивной терапии [10]. Характерно злокачественное, осложненное течение гипертонии с повреждением органов-мишеней — выраженной гипертрофией миокарда, застойной сердечной недостаточностью, нарушением зрения (ретинопатией), неврологической симптоматикой. Насторожить диагноста должно наличие в анамнезе приступа внезапного, необъяснимого отека легких [1]. Возможно развитие нестабильной стенокардии на фоне ВРГ. К группе потенциальных больных ВРГ относятся пациенты с неустановленной причиной почечной недостаточности, с наличием белка в суточной моче менее 1 г при референтных значениях остальных показателей. А также больные с острой почечной недостаточностью на фоне гипотензивной терапии, особенно ингибиторами ангио-тензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА) [2]. Уменьшение относительного размера одной из почек у лиц, страдающих АГ, может свидетельствовать об ишемических процессах в почечной паренхиме и процессе прогрессирующего сморщивания. Одним из специфических признаков высокой вероятности реноваскулярного поражения является значительное повышение диастолического давления, выше 105 мм рт. ст. Диагностика ВРГ требует мультидисциплинарного подхода, участия специалистов смежных специальностей: нефрологов, кардиологов, врачей общей практики [3].

Клиническая настороженность является краеугольным камнем в диагностике ВРГ. Однако тщательный сбор анамнеза и физикальные исследования недостаточны для постановки диагноза и исключения других причин хирургически корригируемых гипертоний [4, 5]. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с феохромоцитомой, болезнью Кушинга, гиперпаратиреозом, синдромом Конна. Как правило, для этого достаточно правильно интерпретировать клинические данные и лабораторные анализы (уровень натрия, калия, кальция в плазме; содержание катехоламинов и кортизола в моче). Но для корректного подтверждения ВРГ и выставления показаний к оперативному лечению этого может быть недостаточно. Необходимо проведение дополнительных инструментальных методов диагностики [2,6].

Инструментальные методы диагностики

На сегодня наиболее доступным и экономически оправданным скрининговым методом является ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) почечных артерий. Основными преимуществами исследования являются неинвазивность, безболезненность [7].

УЗДС может использоваться как для выявления патологии, так и для наблюдения динамики изменений сосуда, контроля качества хирургической коррекции поражений. Во время процедуры проводится качественная оценка: непосредственная визуализация атеросклеротической бляшки (АБ) в просвете почечной артерии, ее структура, плотность. Также анализируются количественные характеристики, позволяющие оценить степень нарушения кровотока в почечной артерии. Существуют достаточно информативные показатели гемодинамики, такие как пиковая (систолическая) скорость кровотока (ПСК) и индекс почечной резистентности (ренально-аортальное отношение). Известно, что в случаях превышения ПСК более 200 м/с, а также значениях ренально-аортального отношения более 3,5 прослеживается достоверная корреляция с ангиографической картиной стенозирования просвета артерии, составляющая 50–60 %. Подобные критерии доводят специфичность исследования до 92 %, а чувствительность метода до 85 %, что, по данным некоторых авторов, превышает диагностические возможности ангиографии.

В числе неинвазивных методов в арсенале врача имеются также магниторезонансная (МРТ) и спиральная компьютерная томографии (МСКТ) с контрастированием. МРТ успешно применяется в качестве скринингового обследования при подозрении на наличие нарушения кровотока в ПА. Для больного данный вид обследования не несет высоких рисков, пациент не подвергается облучению. Некоторый вред может нести использование гадолиния в качестве контраста. Однако применение контраста позволяет расширить возможности визуализации, более детально верифицировать стеноз в просвете артерии. Чувствительность и специфичность МРТ достигают 94–97 и 85–93 % соответственно. При сравнении с ангиографией выявлено свойство МРТ переоценивать степень стеноза. Это является ограничивающим фактором в спорных случаях, когда необходимо выяснить гемодинамическую значимость сужения. Возможны затруднения проведения томографии у лиц с клаустрофобией [2].

Если в силу различных причин УЗДС или МРТ не удовлетворяют потребности диагностического поиска либо их проведение недоступно, в качестве скрининга возможно проведение МСКТ с контрастированием. Отрицательной стороной метода, ограничивающей его широкое применение, является используемый йодсодержащий препарат, который обладает потенциальной опасностью для паренхимы почек. Чувствительность томографии в разных центрах колеблется в пределах 64–100 %, специфичность от 92 до 98 %. Еще один из недостатков метода — это невозможность оценки остаточного просвета артерии при выраженном кальцинировании стенок сосуда. Наложения кальция способны экранировать просвет ПА, затрудняя анализ [3, 4].

Определение уровня ренина в плазме крови само по себе неинформативно. У больных ВРГ наблюдается повышение ренина после приема ингибиторов АПФ. Методология подразумевает измерение концентрации за 1 час до и через 1 час после приема каптоприла. С течением времени была отмечена значительная разница значений между различными лабораториями. Значительно дискредитировать результаты могут применяемые гипотензивные препараты. Помимо этого, само проведение исследования таит в себе риски осложнений, связанных с возможным кровотечением, повреждением вен, тромбозами. Постепенно выходит из рутинного применения радионуклидная ренография. Суть обследования состоит в проведении основной скинтиграфии и после перорального приема каптоприла. На фоне ингибиторов АПФ у больных с ВРГ происходит снижение вазоконстрикции эфферентных артериол и снижается клубочковая фильтрация. Это свойство лежит в основе развития почечной недостаточности на фоне стеноза ПА. На скинтиграфии фиксируется снижение клубочковой фильтрации. В литературе указывается разность в точности результатов различных лабораторий, методика сопровождается высоким уровнем ложноположительных результатов [5].

Неинвазивные методы диагностики

Аппаратные неинвазивные методы диагностики постоянно совершенствуются, разрешающая способность уве-

личивается. МРТ и МСКТ, обладая должным уровнем безопасности для пациентов, из года в год расширяют возможности дифференциальной диагностики большого спектра заболеваний. Несмотря на это, «золотым стандартом» для определения показаний для оперативного лечения остается субтракционная ангиография [6]. Возможности внутрисосудистых способов диагностики также растут. В арсенале интервенционного специалиста есть определение фракционного резерва кровотока (ФРК), внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ), оптическая когерентная томография (ОКТ).

Ангиография

Имея на вооружении целый комплекс клинических и инструментальных видов обследования, в современных реалиях врач должен рассматривать ангиографию (вместе с внутрисосудистыми методами визуализации (ВМВ)) в качестве окончательного способа определения значимости поражения и выставления показаний для оперативного лечения [7, 8]. Успех эндоваскулярного вмешательства зависит от тщательности предоперационной подготовки. Полезно иметь представление об анатомии подвздошных и бедренных артерий при планировании доступа через поверхностную бедренную артерию. Для этого полезно изучение проведенных ранее МСКТ и МРТ [3]. Возможно проведение ангиографии и стентирования ПА через левую плечевую и даже лучевую артерии, если в наличии есть устройства с удлиненной системой доставки либо если пациент невысокого роста. Правая плечевая артерия менее удобна для интервенции, так как необходимо проведение катетера через дугу аорты, что, в свою очередь, снижает управляемость. Предварительные МСКТ и МРТ помогают ориентироваться в особенностях отхождения ПА [10]. Когда между аортой и устьем ПА формируется острый угол, целесообразнее выбрать «верхний» доступ (плечевая или лучевая артерии). Для снижения риска токсического действия контраста рекомендуется проводить гидратацию больного инфузией физиологического раствора [9]. Проводится контрастирование ПА и оценка степени стенозирования. В случае пограничного значения стеноза визуальная оценка ненадежна и применяют ВМВ. Для проведения ВМВ потребуется использование проводникового катетера, поэтому целесообразно сразу отказаться от выбора диагностического типа зонда. В дистальные отделы ПА проводят проводник 0,014 inch с мягким концом для снижения риска перфорации паренхимы почек. Не рекомендуется использование гладких гидрофильных проводников, так как они лучше проникают в паренхиму. Можно применить специальный проводник с датчиком давления.

Внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ)

ВСУЗИ осуществляют с помощью ультразвукового прибора, включающего в себя специальный катетер с смонтированным в дистальный конец ультразвуковым датчиком. Используют датчики частотой 30–40 МГц и диаметром 2,9–3,5 Fr (0,9–1,2 мм). Разрешающая способность датчиков составляет до 150 мкм. По стандартам необходимо проводить осмотр и подготовку датчика [1,5]. Для удаления пузырьков воздуха вокруг пьезоэлемента с помощью специальной насадки заполняют катетер физиологическим раствором с гепарином и проверяют функциональную способность ультразвукового датчика. Затем соединяют его с ультразвуковой консолью и тестируют. Датчик устанавливают в коронарной артерии по проводнику монорельсовым методом равномерно, без остановок, резких движений и оттягивания назад, под контролем рентгенотелевизионного просвечивания. При этом не допускается продвижение ультразвукового датчика дистальнее конца проводника. Вручную либо автоматическим способом производят его непрерывную обратную тракцию со скоростью не более 0,5–1,0 мм/с. Производят структурный и количественный анализ изучаемого сегмента артерии. При оценке чаще определяют площадь просвета, процент стеноза по площади, максимальный и минимальный диаметры просвета и др. Площадь просвета определяют путем очерчивания курсором внутренней поверхности эхопозитивной интимы по окружности (граница кровь/интима). Необходимо отметить, что диаметр датчика ВСУЗИ не всегда позволяет провести его дистальнее стеноза. Недостатками ВСУЗИ также являются техническая сложность проведения измерений, продолжительность процедуры, высокая стоимость расходных материалов, необходимость дополнительной подготовленности персонала.

Лечение

Целесообразность вмешательств в почечных артериях достаточно дискуссионна. Однако известно, что в пяти исследованиях по данным ангиографии стеноз прогрессировал у 49 % пациентов в течение 6–18 мес. У пациентов с реноваскулярной гипертензией и стенозом 60 % и более атеросклеротический стеноз приводит к почечной атрофии в 21 % случаев. В современных реалиях наблюдается тенденция отхода от активной хирургической тактики и склонение к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) [6]. Регулярный прием гипотензивных препаратов групп ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА), блокаторов Са-каналов, β -блокаторов, диуретических может эффективно контролировать артериальное давление, а также замедлять прогрессирование заболевания почек. Множество крупных рандомизированных исследований показали хорошую переносимость ингибиторов АПФ и БРА. Более того, регулярный прием способствует снижению смертности и осложнений в группе пациентов со стенозом почечных артерий. Однако при использовании ингибиторов АПФ и БРА у пациентов с двусторонним атеросклеротическим поражением почечных артерий и при стенозе артерии единственной почки требуется осторожность, тщательный контроль почечной функции [3]. Существует риск снижения клубочковой фильтрации и повышения уровня креатинина. Необходимо мониторировать функциональную способность почек (альбумин в моче, клиренс креатинина) [4, 7]. Дискутируется вопрос поддержания уровня артериального давления. Высказывается мнение о необходимости поддержания гипертензии для преодоления гемодинамических препятствий в почечных артериях и сохранения функции почек.

Инвазивное лечение

Наиболее крупными мультицентровыми исследованиями STAR 2003, ASTRAL 2009 и CORAL 2014 не были продемонстрированы преимущества хирургической тактики над ОМТ [8, 10]. В частности, в проспективном исследовании CORAL, которое было профинансировано Национальным институтом сердца, легких и крови (National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda, MD (D.M.R.)), было рандомизировано 947 больных с атеросклеротическим стенозом почечных артерий на две группы. В одной группе пациентам было предложено стентирование и ОМТ, во второй группе проводилась только ОМТ. Выводы показали, что различия по частоте сердечно-сосудистых событий в двух

группах нет. В 2016 году той же группой авторов проведен субанализ научной работы. Выявлены некоторые погрешности. А именно — сомнительные критерии включения, не рассмотрена взаимосвязь альбуминурии и атеросклеротического стеноза ПА при обработке результатов. В CORAL у 239 исследуемых после переоценки степень стеноза понизилась в среднем с 73 до 66 %, сужений свыше 80 % было меньше 20 % от общего числа пациентов.

Ориентируясь на данные руководства, показания для инвазивной терапии выставляются для пациентов со следующими клиническими данными:

- рецидивирующая застойная сердечная недостаточность или внезапный необъяснимый отек легких;
- нестабильная стенокардия;
- быстро прогрессирующая, устойчивая или злокачественная гипертензия с необъяснимым снижением размера одной из почек;
- гипертензия, которая не контролируется тремя или более препаратами в максимально переносимых дозах;
- непереносимость гипотензивных лекарственных средств;
- двусторонний гемодинамически значимый стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной функционирующей почки; у пациентов с прогрессирующей хронической болезнью почек (ХБП) с двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом почечной артерии одной функционирующей почки;

Заключение

Проблема ведения пациентов с сужением просвета почечных артерий остается по-прежнему актуальной и требует дальнейшего изучения. Необходимо продолжать накапливать, систематизировать опыт диагностики и лечения больных со стенозами периферических артерий. Обращает на себя внимание наличие мультифокального поражения при развитии атеросклероза. Это необходимо учитывать при наблюдении больных, страдающих стенокардией, перемежающейся хромотой и др. Не стоит ограничиваться коррекцией одного артериального бассейна, а во всех случаях уделять внимание и проводить диагностику возможных поражений других артерий, которые могут длительное время себя никак не проявлять.

В современной практике проследившись за зависимостью от высокотехнологичных методов выявления и лечения сужений периферических артерий. Качество ведения больных напрямую связано с техническим оснащением, финансовыми возможностями клиники, компетенцией специалистов и владением актуальными методиками.

Ключевые слова: стеноз почечной артерии, атеросклероз периферических артерий, вазоренальная гипертензия, фибромускулярная дисплазия, ишемическая болезнь почек, ангиография.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Загребин, А.Д. Возможности эндоваскулярной ангиопластики и стентирования стенотического поражения почечных артерий у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией и клиникой ишемической болезни сердца / А.Д. Загребин [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – Т. 18. № 10–1. – С. 56–62.
2. Козлов, К.Л. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при вазоренальной гипертензии: учебно-методические рекомендации / К.Л. Козлов [и др.]. – СПб. ВМА, 2015. – 23 с
3. Фролов, Д.С. Вторичная нефропатия при артериальной гипертензии / Д.С. Фролов [и др.] // Лечение и профилактика. – 2015. – № 3. – С. 39–45.
4. Хубулава, Г.Г., Рентгенохирургические методики в диагностике и лечении артериальной гипертензии / Г.Г. Хубулава [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2017. – № 1 (57). – С.215–218.
5. Bax, L. Stent placement in patients with atherosclerotic renal artery stenosis and impaired renal function: a randomized trial / L. Bax [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2009. – Vol. 150. – P. 840–848.
6. Cooper, C.J. Stent revascularization for the prevention of cardiovascular and renal events among patients with renal artery stenosis and systolic hypertension: rationale and design of the CORAL trial / C.J. Cooper [et al.] // Am. Heart J. – 2006. – Vol. 152. – P. 59–66.
7. Cooper, C.J. Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis / C.J. Cooper [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2014. – Vol. 370. – P. 13–22.
8. O'Connor S.C., Poria N., Gornik H.L. Fibromuscular dysplasia: an update for the headache clinician. Headache. 2015; 55 (5): 748–55. DOI: 10.1111/head. 12560.
9. Prasad M., Tweet M.S., Hayes S.N., Leng S., Liang J.J., Eleid M.F., et al. Prevalence of extracoronary vascular abnormalities and fibromuscular dysplasia in patients with spontaneous coronary artery dissection. Am J Cardiol. 2015;115(12):1672–7. DOI: 10.1016/j. amjcard.2015.03.011.
10. Sethi S.S., Lau J.F., Godbold J., Gustavson S., Olin J.W. The S curve: a novel morphological finding in the internal carotid artery in patients with fibromuscular dysplasia. Vasc Med. 2014;19(5):356–62. DOI: 10.1177/1358863X14547122

Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Сокаева Т.Ю.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РИНОСИНУСИТА (обзор литературы)

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.

Актуальность.

Риносинусит (РС) – собирательное название большой группы воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП) без указания конкретной локализации. Термин подчеркивает тесную взаимосвязь полости носа и ОНП. Распространенность данной патологии крайне велика и составляет от 10 до 30% населения Земли. Тенденции к уменьшению числа этих пациентов не отмечается, несмотря на прогресс в понимании патофизиологии РС и появлении новых фармакологических и технологических возможностей в их лечении. Помимо этого, высокую распространенность РС традиционно связывают с иммунодефицитными состояниями, в том числе низкой толерантностью к острым

респираторным инфекциям (ОРИ) затяжного течения. Предметом озабоченности клиницистов остается растущая устойчивость этиологически значимых возбудителей к назначаемым антибиотикам (АБ), что в большей степени обусловлено ошибками в их назначении (применение антибиотиков в вирусную фазу ОРИ, пренебрежение АБ-терапией при манифестации бактериального РС).

Диагностика РС базируется в основном на клинических данных, и ретроспективной оценке анамнеза [1]. Рентгенологические (РГ) методы обследования имеют второстепенное значение, поскольку и в вирусную фазу РС могут отмечаться РГ-признаки РС. В связи с этим на протяжении многих лет в клинической практике существует потребность в разработке простого неинвазивного метода диагностики РС с возможностью дифференциальной диагностики вирусного и бактериального, острого и хронического РС.

Среди существующих маркеров воспаления в последние десятилетия внимание клиницистов привлекает оксид азота (NO), который непрерывно продуцируется ферментативным путем в организме животных и человека, участвуя в основных процессах клеточного метаболизма [3]. Это соединение рассматривают как медиатор иммунной системы, с которым связаны регуляторное и защитное действие на организм.

Цель исследования.

Анализ данных литературы о наличии взаимосвязи NO в полости носа и ОНП в патогенезе РС.

Материал и методы исследования.

Проведен поиск в базах PubMed, MEDLINE, Embase, Кокрейновском центральном реестре контролируемых исследований и более чем в 30 других источниках. Были включены систематические обзоры экспериментальных и наблюдательных исследований, оценивающих роль NO в патогенезе РС.

Результаты исследования и их обсуждение.

В 1997 году Европейским респираторным обществом (ЕРО) опубликован рекомендательный документ по измерению выдыхаемого назального оксида азота из полости носа (с обновлением в 2002 году). В нем впервые обобщены данные об использовании NO в качестве маркера воспаления нижних дыхательных путей (НДП) у взрослых и детей с бронхиальной астмой. Похожий документ был опубликован в 1999 году Американским торакальным обществом (АТО) в отношении детей с первичной цилиарной дискинезией (ПЦД). В 2005 году АТО и ЕРО совместно сформулировали общие клинические рекомендации по измерению NO в выдыхаемом воздухе у взрослых и детей и влияние различных факторов на этот показатель, таких как скорость выдоха, задержка дыхания, возраст и пол пациента, прием пищи, курение (активного или пассивного) и наличие инфекционных заболеваний [2].

Использование назального NO (nNO) в качестве диагностического теста для ПЦД вызвало интерес к данному критерию при других патологиях носа и ОНП как у детей, так и у взрослых, поскольку преимуществами метода являются неинвазивный характер метода и простота использования [4]. При РС nNO предоставляет информацию о роли воспаления в полости носа и ОНП, и расценивается, как дополнение к традиционным методам клинической диагностики (анамнез, осмотр, исследование легочной функции).

В 2020 году P. Ambrosino, A. Molino провели анализ литературы по использованию NO как биомаркера в диагностике РС [6]. Исходя из полученных данных, авторы пришли к выводу, что уровень назального NO у взрослых и детей значительно ниже при хроническом полипозном РС (ХПРС), чем у пациентов с РС без полипов (28.78 ± 19.87 v 33.78 ± 52.47 ppb). Ими так же признана необходимость в разработке единого стандартизованного метода и обозначении нормальных референсных значений nNO и определении влияния на него сопутствующих факторов, что препятствует проведению популяционных исследований в этом направлении [6].

В проспективном исследовании, опубликованном в журнале *Annals of Otolaryngology & Rhinology*, изучены возможности использования nNO в качестве маркера диагностики ХРС у взрослых. По мнению авторов, nNO, измеряемый путем аспирации воздуха из носовой полости, является эффективным методом диагностики различных воспалительных заболеваний носа и ОНП. В проведенном ими анализе 559 первоначально найденных статей было отобрано 79 работ, соответствующих критериям и установлено, что содержание NO в полости носа при ХРС и ОБРС особенно в случаях с ХПРС, снижается (28.78 ± 19.87 и 33.78 ± 52.47 ppb). При этом при аллергическом рините (АР) наблюдается повышение содержания nNO в полости носа (853.3 ($778.8-934.8$) ppb). Однако у пациентов с аллергическим ринитом с более тяжелой симптоматикой содержание nNO может снижаться. Выдвигалось предположение о том, что обструкция соустья является значимой переменной при изучении зависимости между наличием заболеваний полости носа и ОНП и содержанием nNO. Однако, по мнению авторов, стандартизации интерпретации и применения nNO в качестве биомаркера воспалительных заболеваний носа и ОНП препятствуют различия в методологии измерения [3].

В исследовании J.A. Andersson et al. (2002) на семи условно здоровых добровольцах женского пола в возрасте 35 лет с использованием пункции и катетеризации верхнечелюстной пазухи с трехкратным и забором воздуха (через 17 и 24 ч соответственно) из пазухи и из полости носа с противоположной стороны в течение 20 минут, установленный максимальный уровень NO ($5\,761 \pm 1513$ ppb; $n = 7$) был достигнут в течение 10 с и среднее значение (241.0 ± 89.5), при том, что, концентрация NO во вдыхаемом воздухе не превышала 4000 ppb [5].

Выводы

Проведенные исследования показали, возможность как снижения, так и компенсаторного повышения NO (при ХПРС (28.78 ± 19.87 ppb) в сравнении с контрольной группой (241.0 ± 89.5 ppb)) при РС, что может использоваться для дифференциальной диагностики наличия или отсутствия РС, определение выраженности воспаления слизистой оболочки и эффективности консервативного и хирургического лечения. Помимо этого, отмечено различие между значениями NO в полости носа и в ОНП. Установлению корреляции между уровнем NO в ОНП и полости носа препятствуют методологические трудности, поскольку содержимое ОНП недостижимо для неинвазивного исследования.

Список литературы

1. Лопатин А. С. Острый риносинусит в EPOS 2020 и обновленных клинических рекомендациях российского общества ринологов //Фармакология & Фармакотерапия. – 2022. – №. S1. – С. 30-36.
2. Exhaled N. O. ATS/ERS recommendations for standardized procedures for the online and offline measurement of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide, 2005 //Am J Respir Crit Care Med. – 2005. – Т. 171. – №. 8. – С. 912-930.
3. Benedict J. J. et al. Nasal Nitric Oxide as a Biomarker in the Diagnosis and Treatment of Sinonasal Inflammatory Diseases: A Review of the Literature //Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology. – 2023. – Т. 132. – №. 4. – С. 460-469.
4. Shapiro A. J. et al. Nasal nitric oxide measurement in primary ciliary dyskinesia. A technical paper on standardized testing protocols //Annals of the American Thoracic Society. – 2020. – Т. 17. – №. 2. – С. e1-e12.
5. Andersson J. A. et al. The paranasal sinuses as reservoirs for nitric oxide //Acta otolaryngologica. – 2002. – Т. 122. – №. 8. – С. 861-865.
6. Ambrosino P. et al. Nasal nitric oxide in chronic rhinosinusitis with or without nasal polyps: a systematic review with meta-analysis //Journal of Clinical Medicine. – 2020. – Т. 9. – №. 1. – С. 200.

Овчинников А.Ю., Мирошник Н.А.

ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭРГОФЕРОН У ПАЦИЕНТОВ С ОРВИ И ГРИППОМ

Кафедра оториноларингологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Россия

Актуальность. Разнообразие вирусов, простейший способ заражения и изменчивость возбудителей способствуют широкому распространению острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Несмотря на то, что большинстве случаев ОРВИ заканчиваются спонтанным выздоровлением, риск развития бактериальных осложнений достаточно велик. Частота вторичной бактериальной инфекции дыхательных путей после перенесенной ОРВИ по разным данным может колебаться от 0,5 до 14,3% [1,2]. Так, например, по результатам систематического обзора с метаанализом данных 3338 пациентов после перенесенного COVID-19 вторичная бактериальная инфекция отмечается у 14,3% пациентов [1]. Вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух после перенесенной вирусной инфекции верхних дыхательных путей развивается у 0,5-2% взрослых и у 5% детей [2]. При этом также известно, что частота случаев вызванного β -гемолитическим стрептококком группы А острого фарингита составляет от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 15-37% у детей, а острый отит вирусной этиологии встречается лишь у 10% пациентов [3, 4].

В последние годы, а особенно в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19), вне зависимости от типа респираторного вируса определяющими вероятности бактериальных осложнений факторами являются его вирулентность, состояние местной защиты, состав микробиоты в момент заражения, а также реакция системы противовирусного иммунитета и риск неконтролируемого воспаления [5]. Респираторные вирусы повреждают эпителий респираторного тракта и одновременно нарушают как врожденный, так и приобретенный иммунный ответ, что создает благоприятную среду для роста бактерий и облегчает их инвазию в здоровые участки дыхательных путей, способствуя затяжному течению ОРВИ и присоединению бактериальных осложнений [6].

Вышеизложенное вызывает необходимость поиска универсальных противовирусных препаратов с широким спектром действия, способных одновременно обеспечить адекватный иммунный ответ на инфекцию. В связи с чем обращает на себя внимание лекарственный препарат Эргоферон, который в отличие от многих противовирусных препаратов помимо противовирусного обладает еще и противовоспалительным, и антигистаминным действием [7]. Эргоферон производится на основе технологически обработанных антител (ТО АТ) к интерферону (ИФН) гамма, CD4 и гистамину [8]. Компоненты Эргоферона усиливают противовирусную активность друг друга и обладают единым механизмом действия в виде повышения функциональной активности CD4 рецептора, рецепторов к ИФН гамма и гистамину, соответственно, что сопровождается выраженным иммуотропным действием [8, 9]. Механизм действия препарата заключается в селективном модифицирующем влиянии именно на данные, ключевые для патогенеза ОРВИ, эндогенные молекулы-мишени, что позволяет регулировать опосредованные ими биологические процессы в организме - запускать каскад реакций гуморального и клеточного противовирусного иммунитета, оказывать выраженное противовоспалительное действие для распознавания и удаления вирусов, активации и поддержки оптимального ответа иммунитета на вирусную инфекцию, уменьшения отека слизистой оболочки дыхательных путей и выраженности сопутствующих инфекционному процессу аллергических реакций [8].

Цель исследования – оценка возможности применения комбинированного противовирусного препарата Эргоферону пациентов при сезонных ОРВИ для снижения риска возникновения бактериальных осложнений по данным публикаций в открытых источниках с позиций доказательной медицины.

Материалы и методы исследования. Проведен отбор статей в открытом доступе в интернете с данными по противовирусной эффективности препарата Эргоферон у пациентов с ОРВИ и гриппом с акцентом на наличие данных об эффективности и безопасности препарата в предупреждении бактериальных осложнений ОРВИ.

Результаты исследования и их обсуждение. Найдено 11 полнотекстовых публикаций по проблеме на русском, английском и украинском языках. Наиболее весомой публикацией с позиций доказательной медицины является метаанализ Горелова А.В. с соавт., опубликованный в конце 2021 г., поскольку в иерархии доказательств он занимает главенствующую позицию [10].

Данные метаанализа свидетельствуют о том, что лечение Эргофероном в 1,5 раза эффективнее снижает продолжительность лихорадки при ОРВИ по сравнению с плацебо-терапией (OR=1,499, p=0,0002) [10]. Применение Эргоферона облегчает тяжесть течения заболевания (значения «площади под кривой» 32,83±18,12 vs. 36,94±19,08 у.е. в группе

плацебо, $p=0,0083$) и сокращает частоту бактериальных осложнений в 7 раз по сравнению с плацебо. Безопасность терапии подтверждалась меньшим числом пациентов с нежелательными явлениями (0,6% vs. 10,8% в группе плацебо, $p = 0,0006$) и отсутствием лекарственного взаимодействия.

Наиболее полная оценка частоты возникновения осложнений ОРВИ и гриппа дана в обобщенном анализе, который включал 10 РКИ [11]. В данном обзоре учитывали долю пациентов с развитием осложнений, требующих назначения антибиотиков или госпитализации. Среди 849 пациентов, принимавших Эргоферон, развитие осложнений отмечалось в 0,6% случаев, среди 570 пациентов, принимавших плацебо, – в 4,4% случаев ($p = 0,0001$). В ряде клинических исследований результатам исследований, где в контрольной группе использовали стандартную терапию ОРВИ и гриппа, зафиксировано 15 (13,4%) случаев осложнений среди 112 получавших плацебо пациентов, среди пациентов, получавших Эргоферон ($n = 125$), не было ни одного случая осложнений.

Выводы. Воздействие Эргоферона на систему ИФН в сочетании с активацией процессов распознавания вирусов системой CD4-клеток и влиянием на гистамин-зависимые реакции ускоряет процесс элиминации вируса, способствует формированию адекватного иммунитета, сокращает длительность и выраженность основных симптомов ОРВИ и снижает риск возникновения бактериальных осложнений. Комплексное этиопатогенетическое действие препарата Эргоферон клинически проявляется в существенном уменьшении длительности симптомов и тяжести течения ОРВИ, а также в 7 раз меньшей по данным метаанализа частоте осложнений, потребовавших назначения антибактериальных препаратов. Препарат обладает благоприятным профилем безопасности. Вышеизложенное позволяет рекомендовать препарат Эргоферон к широкому применению для лечения ОРВИ, включая грипп.

Список литературы.

1. Langford B.J., So M., Raybardhan S., Leung V., Westwood D., MacFadden D.R., et al. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2020 Dec;26(12):1622-1629. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.016.
2. Клинические рекомендации «Острый синусит» МЗ РФ, 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/313_2 (дата обращения - 02.11.2022).
3. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит (фарингит) (Острый тонзиллофарингит)» МЗ РФ, 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/306_2 (дата обращения - 02.11.2022).
4. Клинические рекомендации «Острый отит» МЗ РФ, 2021. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/314_2 (дата обращения - 02.11.2022).
5. Егоров А. Проблема бактериальных осложнений при респираторных вирусных инфекциях. MIR J. 2018; 5(1): 1-11, doi: 10.18527/2500-2236-2018-5-1-1-11.

Овчинников А.Ю., Симсова В.А., Николаева Ю.О.

СВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», Российская Федерация, г. Москва

Актуальность.

Различные авторы утверждают, что провоспалительные цитокины могут взаимодействовать со структурами центральной нервной системы, оказывая влияние на метаболизм нейромедиаторов, нейроэндокринную функцию, нарушения сна и поведение, вызывая психические расстройства, такие как депрессия и тревога.

Аллергический ринит (АР) и депрессивные расстройства связаны с активацией воспалительных путей с участием схожих медиаторов. АР приводит к значительному ухудшению качества жизни: социальным и межличностным трудностям, потере продуктивности, что само по себе может вызвать стресс и привести к снижению настроения.

Доказательства связи АР с обострением депрессии получены в исследованиях, показывающих временные связи между воздействием аэроаллергенов, провоцирующим и поддерживающим фактором АР, и депрессивным настроением [2]. Многочисленные исследования сезонности самоубийств подтвердили высокий весенний пик самоубийств. Этот пик совпадает с пиками воздействия аэроаллергенов. Исследователи предполагают, что медиаторы иммунной системы верхних дыхательных путей, достигая головного мозга, влияют на изменение суицидального поведения: высокая концентрация аллергенов в воздухе и наличие сезонного ринита приводят к сезонному обострению суицидального риска [3].

Интраназальные глюкокортикостероиды (инГКС) снижают выделение медиаторов воспаления при АР. Использование этих препаратов связывается со значительно более низким уровнем самоубийств [1], в то время как такой эффект не наблюдался при использовании антигистаминных препаратов второго поколения, которые как и инГКС эффективны в отношении симптомов, но не влияют на медиаторы воспаления при АР.

Цель исследования.

Цель исследования – рассмотреть эффективность терапии АР антилейкотриеновыми препаратами в зависимости от психического состояния пациента.

Материалы и методы исследования.

Работа проводилась на клинических базах кафедры оториноларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. В исследование включались пациенты, которые обратились за медицинской помощью к врачу-оториноларингологу.

В исследование с 2017 по 2021 г. были включены 114 пациентов с диагнозом КАР и бронхиальная астма (БА). Возраст пациентов варьировался от 18 до 65 лет. Среди участников исследования было 68 женщин и 46 мужчин.

Все участники исследования имели установленный ранее диагноз «круглогодичный аллергический ринит» в

сочетании с диагнозом «бронхиальная астма» среднетяжелого или легкого течения. Все больные (n=114), в зависимости от назначенного лечения, были разделены на три группы:

- 1 группа – пациенты, у которых для лечения использовался инГКС (n=38),
- 2 группа – пациенты, которым был назначен антилейкотриеновый препарат (n=38),
- 3 группа – пациенты с комбинированным лечением (инГКС и антилейкотриеновый препарат) (n=38).

В ходе исследования была использована шкала оценки уровня депрессии пациента PHQ-2(9). Нами было проведено исследование на предмет депрессивных состояний у пациентов с аллергическим ринитом с помощью опросников PHQ-2 и PHQ-9.

В целях скрининга использовался опросник PHQ-2. Если пациент набирал 2 или 3 балла по PHQ-2, предлагалось заполнить опросник PHQ-9 для уточнения результатов. Если пациент при ответе PHQ-2 набирал ≥ 4 баллов, скрининг являлся положительным, было рекомендовано проходить дальнейшее углубленное обследование пациента на предмет депрессии и оказания соответствующей помощи в специализированных лечебных учреждениях.

При анализе PHQ-9, если пациент набирает от 5 до 9 баллов, при углубленном расспросе выявляется легкая депрессия. При сумме баллов ≥ 10 результат скрининга можно считать положительным. Если пациент набирает ≥ 15 баллов, то вероятность наличия депрессивного состояния у него приближается к 100%. В результате заполнения опросников PHQ-2 и PHQ-9, пациенты с тяжелыми формами депрессивного расстройства (сумма баллов ≥ 10) на любом из этапов исследования исключались из него с рекомендациями обратиться для дальнейшего обследования и лечения к врачу-психиатру.

Заполнение опросника пациенты выполняли на визитах в 0(1) день, 14 ± 2 день и через 3 месяца ± 1 неделя для оценки динамики состояния на фоне лечения.

Результаты исследования и их обсуждение.

В день 0(1) в группе 1 у 32 (84,2%) пациентов были получены данные за наличие депрессии и у 6 (15,8%) пациентов – отсутствие; в группе 2 наличие депрессии по данным опросника выявлено у 29 (76,3%) пациентов, не выявлено – у 9 (23,7%); в группе 3 у 30 (78,9%) пациентов данные свидетельствующие в пользу депрессии и у 8 (21,1%) – против. В день 14 ± 2 в группе 1 результаты соответственно 19 (51,4%) и 18 (48,6%) пациентов (у 1 пациента баллы соответствовали умеренно тяжелой депрессии и он был исключен из исследования); в группе 2 – 16 (44,4%) и 20 (55,6%) пациентов (2 пациента исключены по той же причине); в группе 3 – 11 (31,4%) и 24 (68,6%) пациента (3 пациента также были исключены из исследования из-за высоких баллов). В день обследования через 3 месяца ± 1 неделю результаты распределились следующим образом - у пациентов определены данные, свидетельствующие о депрессии и об её отсутствии соответственно: в группе 1 – 13 (36,1%) и 23 (63,9%) (у 1 пациента баллы соответствовали умеренно тяжелой депрессии и он был исключен из исследования), в группе 2 – 10 (28,6%) и 25 (71,4%) (1 пациент был исключен из исследования по той же причине), в группе 3 – 9 (25,7%) и 26 (74,3%).

Таким образом, нами было выявлено, что к концу исследования при оценке своего психического состояния на фоне проводимой терапии по опроснику PHQ-2(9) очень схожие результаты были у пациентов группы 2 и 3 по сравнению в группой 1. Данные опроса пациентов группы 1 также продемонстрировали улучшение у части пациентов, однако количество пациентов без депрессии было ниже, чем в двух других группах. Мы связываем такой исход с недостаточным купированием симптомов АР. Что касается групп 2 и 3, различие между ними состояло в скорости наступления улучшения психического статуса: при использовании комбинированной терапии (инГКС+ антилейкотриеновый препарат) у большего количества пациентов наступило и клиническое улучшение со стороны лор-органов, и стабилизация психического статуса уже ко второму визиту в день 14 ± 2 .

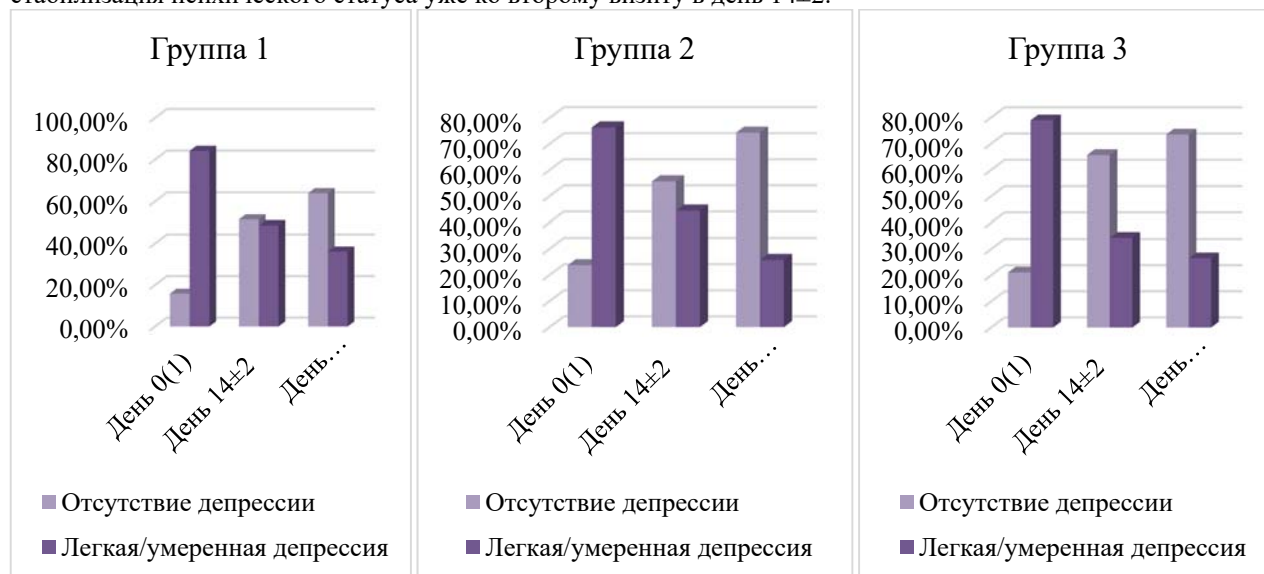


Рисунок 1. Результаты анализа опросника PHQ-9 в зависимости от группы терапии и срока лечения.

Выводы.

АР может нарушать психическое состояние пациентов из-за обструктивных и молекулярных процессов (например, выработки цитокинов), что может привести к тревожным расстройствам и суицидальному поведению. При неэффективности базовой терапии инГКС и негативной оценке психического состояния пациента, следует применять ком-

плексное лечение с назначением антилейкотриеновых препаратов для полного купирования симптомов АР и снижения уровня депрессивной настроенности.

Список литературы.

1. Amritwar, A.U. Mental Health in Allergic Rhinitis: Depression and Suicidal Behavior / A.U. Amritwar, C.A. Lowry, L.A. Brenner // *Curr Treat Options Allergy*. – № 4. – P.71–97.
2. Bahrini L. Inflammatory profile in depression and associated clinical and sociodemographic features in a middle-eastern north-African population / L. Bahrini, S. Ouanes, R. Ghachem // *J Affect Disord*. – 2016. – № 198. – P.122–126.
3. Coimbra D.G. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis / D.G. Coimbra, ESAC Pereira, C.F. de Sousa-Rodrigues, F.T. Barbosa, F.D. de Siqueira, J.L. Araujo Santos // *J Affect Disord*. – 2016. – № 196. – P.125–137.

Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Атлашкин Д.Н.

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА СИНЕГО СПЕКТРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 445 НМ.

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. Российская Федерация.

Актуальность.

Лазерное оборудование широко применяют во всех хирургических специальностях, в том числе и в оториноларингологии [1]. Особенностью современного времени является популярность диодных лазеров. Среди большого их разнообразия особую нишу занимают диодные лазерные устройства с более короткой длиной волны сине-фиолетового спектра. Они имеют ряд преимуществ: лучше поглощаются мягкими тканями, обладают выраженными бактерицидным и противогрибковым эффектами, имеют хорошее качество разреза и минимальное тепловое повреждение, а также стимулируют регенерацию тканей [2]. Диодный лазер с длиной волны 445 нм может работать в контактном и бесконтактном режимах. В бесконтактном режиме тепловой эффект менее выражен, при этом не происходит существенной потери качества и глубины разреза и не увеличивается область денатурации мягких тканей [3]. Фотоангиолитический эффект лазера позволяет значительно уменьшить объем кровопотери во время операции. [4,5].

В оториноларингологии данный лазер используется сравнительно недавно. Поэтому, на сегодняшний день существует небольшое количество научных публикаций, подробно описывающих результаты его работы.

Цель исследования.

Оценка эффективности применения диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм в хирургическом лечении заболеваний ЛОР-органов.

Материал и методы исследования.

С февраля 2021 года по август 2023 года в отделении оториноларингологии университетской клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва) проводилось изучение эффективности диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм Wolf TruBlue при проведении плановых хирургических вмешательств. С использованием данного лазера всего было проведено 136 операций: двусторонняя тонзиллэктомия – 55, увулопалатопластика – 40, пластическое закрытие перфорации перегородки носа – 35, хирургическое лечение параганглиом височной кости – 6.

Результаты исследования и их обсуждение.

В структуре оперированных нами пациентов с использованием диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм **наибольшее количество составили пациенты, перенесшие двустороннюю тонзиллэктомию.** Для оценки клинической эффективности применения данного лазера было проведено сравнение исследуемой группы, состоящей из 55 пациентов, перенесших лазерную двустороннюю тонзиллэктомию, с контрольной группой, состоящей из 55 пациентов, которым была проведена классическая двусторонняя тонзиллэктомия. Классическую двустороннюю тонзиллэктомию выполняли по традиционной методике и дополняли интраоперационным гемостазом с помощью электрохирургической коагуляции биполярным пинцетом.

Объем кровопотери во время хирургического вмешательства у пациентов исследуемой группы составил от 25 до 55 мл (среднее значение 30 мл), у пациентов контрольной группы – от 115 до 255 мл (среднее значение 171 мл). Средний объем кровопотери у пациентов после проведенной лазерной двусторонней тонзиллэктомии меньше в 5,7 раза, чем у пациентов контрольной группы.

У 12 пациентов контрольной группы (22%) в раннем послеоперационном периоде (первые 6 дней после операции) были однократные эпизоды кровотечения из тонзиллярных ниш. Данные кровотечения были непродолжительными по времени, не сопровождалась большой кровопотерей и были купированы путем проведения гемостатических манипуляций (временное прижатие марлевого тампона в месте кровотечения, радиоволновая или электрохирургическая коагуляция) на фоне внутривенного введения гемостатических лекарственных препаратов (транексамовая кислота, этамзилат натрия). Кровотечений в раннем послеоперационном периоде у пациентов исследуемой группы и в позднем послеоперационном периоде у пациентов обеих групп зарегистрировано не было.

Проведено сравнение выраженности и динамики болевого синдрома у пациентов обеих групп по шкале гримас Вонга-Бейкера. В исследуемой группе средний показатель болевого синдрома на 2 сутки после операции – 6,65 балла, максимальный 8 баллов. В контрольной группе средний показатель болевого синдрома 7,5 балла, максимальный – 10 баллов. У 90% пациентов (50 больных) исследуемой группы происходило уменьшение выраженности болевого синдрома на 3 сутки после операции. В контрольной группе на 3 сутки уменьшение выраженности болевого синдрома происходило у 80% пациентов (44 больных).

При оценке фарингоскопической картины у пациентов обеих групп выявлено, что у больных в исследуемой группе были менее выражены реактивные послеоперационные явления в первые 2 дня после операции, в сравнении с

пациентами контрольной группы. На 3 день после операции выраженность реактивных изменений слизистой оболочки ротоглотки не имела значимого различия у пациентов обеих групп.

При проведении увулопалатопластики использование диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм позволяло добиться минимизации кровопотери во время операции, за счет чего операционное поле оставалось сухим на протяжении всей операции. В раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали выраженных реактивных изменений слизистой оболочки вокруг ран. Сроки восстановления поврежденной слизистой оболочки мягкого неба после перенесенного хирургического вмешательства соответствовали срокам восстановления слизистой оболочки у пациентов, перенесших радиоволновую увулопалатопластику (среднее значение 24,5 суток). Однако, при использовании радиоволнового метода при увулопалатопластике не всегда удавалось в режиме «резание» достичь сухого операционного поля, периодически было необходимо переключать аппарат на режим «коагуляция» для остановки кровотечения.

С помощью диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм было также проведено 35 пластических закрытий перфорации перегородки носа и 6 хирургических вмешательств по поводу параганглиом височной кости. Благодаря хорошим фотоангиолитическим и коагулирующим свойствам лазера удавалось избежать кровотечения во время проведения хирургических вмешательств, операции проходили в «сухом» поле с минимальным повреждением окружающих тканей. Было доказано, что данный лазер также обладает важным преимуществом: волоконный световод, которым он оснащен, достаточно тонкий и гибкий – его удобно использовать в узком операционном поле (барабанная полость и полость носа), где пространство не позволяет разместить большое количество инструментов. Одним из самых ответственных и важных этапов пластического закрытия перфорации перегородки носа является подготовка и выделение лоскута на питающей ножке. Благодаря указанным выше преимуществам диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм во всех случаях удавалось сформировать слизистый лоскут необходимого размера, в том числе и для больших перфораций (занимающих весь хрящевой отдел перегородки носа).

Было проведено сравнение исследуемой группы, состоящей из 35 пациентов, перенесших пластическое закрытие перфорации перегородки носа с использованием диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм, с контрольной группой, состоящей из 35 пациентов, которым была проведена операция без применения лазера «холодным» способом. Средняя продолжительность хирургического вмешательства в исследуемой группе составила 1ч. 30мин ± 24 мин., в контрольной 2ч. 05мин ± 21 мин. Статистически значимых различий в сроках заживления слизистого лоскута у пациентов двух групп после пластического закрытия перфорации перегородки носа выявлено не было.

Выводы.

Применение диодного лазера синего спектра с длиной волны 445 нм для хирургического лечения различных заболеваний ЛОР-эффективно и безопасно. Хирургические вмешательства не сопровождались выраженными интраоперационными кровотечениями и не требовали существенных временных затрат для проведения гемостаза. В послеоперационном периоде отмечена более быстрая реабилитация пациентов.

Список литературы.

1. Petros, D.K. Lasers in Otolaryngology: A Laser Odyssey From Carbon Dioxide to True Blue / S.K. Ioannis, S. Triaridis, J. Constantinidis // *Ear Nose Throat J.* – 2021. – Vol. 100, № 1. – P. 1-3.
2. Fornaini, C. Use of Blue and Blue-Violet Lasers in Dentistry: A Narrative Review / R. Fekrazad, J.P. Rocca, S. Zhang, E. Merigo // *J Lasers Med Sci.* – 2021. - Vol. 12. – P. e31.
3. Lin, R. J. Blue Light Laser Results in Less Vocal Fold Scarring Compared to KTP Laser in Normal Rat Vocal Folds / V. Iakovlev, C. Streutker, D. Lee, M. Al-Ali, J. Anderson // *The Laryngoscope.* – 2021. - Vol. 131, № 4. – P. 853-858.
4. Deppe, H. Thermal effect of a 445 nm diode laser on five dental implant systems: an in vitro study / M. Ahrens, A.V. Behr, C. Marr, A. Sculean, P. Mela, L.M. Ritschl // *Sci rep.* – 2021. – Vol. 11, № 20174.
5. Диаб, Х.М. Использование фотоангиолитического лазера при хирургическом лечении параганглиомы височной кости / Н.А. Дайхес, П.У. Умаров, О.А. Пашнина, Д.А. Загорская // *Голова и шея.* – 2019. - № 4. – С. 27–32.

Одинаев М.Ш., Нигмонов Д.М., Зухуров Х.Д.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ БЕДРЕННОГО НЕРВА.

Комплекс здоровья "Истиклол", отделение торакально-сосудистой хирургии.

Актуальность: Бедренный нерв является самой крупной ветвью поясничного сплетения и распадается на конечные ветви на уровне паховой связки или на 1-2 см ниже. Невропатиями называют группу болезней, проявление которых связано с поражением периферических нервов, то есть находящихся за пределами спинного и головного мозга.

Данная патология встречается от 2 до 7% людей, и вероятность её проявления повышается с возрастом. Особенно часто эта патология наблюдается в возрасте 40 лет у 15% пациентов.

Несмотря на двухвековую историю изучения этой патологии, она всё ещё остается достаточно плохо изученной. Частая диагностическая ошибка связана с патологией позвоночника. Это обусловлено с разными проявлениями заболевания, у кого-то имеется нарушение двигательной функции, у другого наблюдается нарушение чувствительности, у некоторых - нарушение как двигательной, так и чувствительной функции.

В зависимости от уровня повреждения бедренного нерва, симптоматика проявляется по-разному. При поражении на уровне пояснично-подвздошных мышц нарушается сгибание в тазобедренном суставе, при поднимании из положения сидя и лёжа, трудности при подъеме по лестнице и беге, снижение чувствительности на передней и внутренней поверхности бедра. При поражении ниже паховой области ощущаются боли в области паха, наблюдается нарушение движения при подъеме по лестнице и при беге, а также нарушение чувствительности в области 2/3 пораженного бедра. При поражении в области канала Гюнтера – в основном боли, покалывание, снижение чувствительности от уровня канала до медиального края стопы, иногда отмечается нарушение походки.

ЦЕЛЬ: Оптимизировать хирургическую тактику при посттравматической невропатии бедренного нерва.

Материалы и методы исследования. В отделение торакально-сосудистой хирургии МД МТ Комплекса здоровья "Истиклол" за несколько лет были прооперированы 3-е пациентов с диагнозом посттравматическая невропатия бедренного нерва, которые в течение долгого времени лечились у неврологов. Среди поступивших больных двое были мужчинами. У одного из которых (возраст 25 лет) невропатия развилась после операции грыжесечения по Бассини, во время которого в шов попал бедренный нерв. У другого (возраст 35 лет) пациента наблюдалась клиника невропатии после проведенной ангиографии по методике Сельдингера и стентирование почечной артерии по поводу стеноза почечной артерии и почечной гипертензии слева. Третья пациентка девочка в возрасте 17 лет, которая получила спортивную травму в области в/з левого бедра и долгое время лечилась у невропатолога по поводу невропатии бедренного нерва, однако без какого-либо эффекта. По уровню повреждения у двух больных повреждения были на уровне пахового канала слева, у другого - повреждение на уровне в/з бедра справа.

Диагноз был поставлен на основании субъективных, объективных, местных проявлений и дополнительных методов исследования.

Для подтверждения диагноза, из дополнительных методов исследования использовались: КТ, МРТ, УЗИ и ЭНМГ (электронейромиография). Лечение невропатии бедренного нерва является комбинированным и проводится совместно с невропатологом. Лечение включает в себя назначение противовоспалительных, обезболивающих препаратов, ЛФК, электростимуляцию мышц, назначение препаратов улучшающих обмен веществ и кровоснабжение тканей. При травматической невропатии бедренного нерва основным методом лечения является сочетание консервативного метода с хирургическим. Все операции были проведены под общим эндотрахеальным наркозом. Оперативный доступ зависит от уровня повреждения. При поражении на уровне пахового канала и в/з бедра основным доступом является Г-образный разрез параллельно наружной половине паховой связки, который опускается вниз по линии, расположенной на 2 см кнаружи от проекционной линии бедренной артерии. А при поражении на уровне канала Гюнтера доступ производится продольным разрезом длиной около 10 см по краю сухожилия большой приводящей мышцы с рассечением широкой фасции бедра и подлежащих тканей с выделением бедренного нерва. Объем операции зависит от причин и проявлений болезни. Если имеется сдавление бедренного нерва, то основным видом операции является наружный или внутренний невролиз, при полном и неполном повреждении нерва - восстановление нерва с помощью наложения эпи- или периневральных швов с применением оптического увеличителя, микрохирургической техники и микрошовного материала. В послеоперационном периоде больным назначают обезболивающее, антибактериальное и местное лечение. Также на первой неделе пациенты начинают получать препараты, улучшающие регенерацию и проводимость нерва, противотечную терапию. На 10-12 сутки после операции у больных снимаются швы. После чего они выписываются домой для амбулаторного лечения. Больные находились под контролем оперирующего микрохирурга и невропатолога. По истечению 2-х месяцев пациентам при контрольном осмотре проводилась оценка степени регенерации бедренного нерва как клиническим, так и путем проведения ЭНМГ.

Результаты и обсуждение. Диагноз во время обращения ставился на основании субъективных, анамнестических, объективных, местных и дополнительных методов исследования. У всех пациентов, которые были прооперированы по поводу невропатии бедренного нерва в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось улучшение общего состояния, которое заключалось в исчезновении болевого синдрома и снижении повышенной чувствительности - гиперэстезии. В отдаленном периоде у пациента, бедренный нерв которого попал в шов во время пластики пахового канала, восстановился объем четырехглавой мышцы бедра, которая до операции была в состоянии атрофии. На ЭНМГ восстановилась проводимость бедренного нерва. Все пациенты после операции вернулись к трудовой деятельности.

Выводы: Таким образом, диагноз посттравматическая невропатия бедренного нерва можно уверенно ставить на основании субъективных, анамнестических, объективных, местных данных и по результатам дополнительных методов исследования. Основным методом лечения является комбинированный, сочетающий консервативный метод с хирургическим. Хирургический метод лечения при невропатии показан при нарушении целостности нерва и компрессии его извне. При компрессии нерва основным видом операции является наружный или внутренний невролиз. Когда имеется нарушение целостности нерва, восстановление непрерывности нерва производится путем наложения эпи- или периневральных швов с применением оптического увеличения, микрохирургической техники и микрошовного материала.

Список использованной литературы.

1. Григорович К.А. Хирургическое лечение повреждений нервов. Л.: Медицина, 1981 год.
2. Дятлов М.М. Повреждение магистральных нервов таза. Проблемы здоровья и экологии. №4(6). С. 44-49.
3. Ильясевич И.А., Сошникова Е.В., Хомушко И.С., Заровская А.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в диагностике нарушенной двигательной функции при повреждениях и заболеваниях позвоночника// Медицинские новости, 2011 год. № 7.
4. Park Jung-ah et al» Femoral nerve split with variant iliaceus muscle: a potential source of femoral nerve entrapment" Surgical and radiologic anatomy: SRA 42' 10(2020): 1255-1257. doi:10.1007/ so0276-020-02502-x.
5. Tsiftsis D. et al. Bilateral Femoral Neuropathy: A Rare complication of drug Overdose due to prolonged Posturing in Litotomy Position Case reports in neurologic medicine 20202352850. 10 Mar.2020, doi:10.1155/2020/2352850.
6. Williams Shanna E. et al, Posterior femoral cutaneous neuropathy in priapism syndrome; A vascular hypothesis. Medical hypotheses, vol. 144109924. 30 May.2020, doi:10.1016/j. Meh.2020.109924.

Одинаева М.С., Курбанов У.А., Файзуллоева М.Ф.
РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ГИГАНТОМАСТИИ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.
Таджикистан.
Республиканский научный Центр сердечнососудистой хирургии.

Актуальность. Как известно, нет чётких эстетических концепций красивой груди вследствие изменчивости и несхожести эстетических представлений у разных народов, культур, интеллектов людей на каждый период времени. От одного века существования человечества к другому меняется отношение к так называемым “эстетическим параметрам” молочной железы [1,5,6]. Так, в новом столетии в западных странах и России отмечается спрос к аугментационной маммопластике с использованием силиконовых имплантов и налицо тенденция к снижению числа желающих уменьшить размеры своих желёз [6]. На Востоке же редукционная маммопластика последнее время набирает популярность. Восточные женщины обычно имеют округлые большие формы груди, что связано с характером питания (преобладание жирных и мучных блюд) и множественными родами. Как правило, из-за стеснительности женщины Востока не обращаются к хирургам мужского пола и воздерживаются от операции, хотя пациенток, нуждающихся по медицинским показаниям в коррекции груди реально много.

Размер молочных желёз женщин может измениться по разным причинам: наследственность, избыточная масса тела, количество беременностей и кормление грудью, возраст и т.д. [4]. Слишком большая грудь доставляет нагрузку на позвоночник и боль в спине, затрудняет дыхание и приводит к деформации костей, ограничивает движение тела, образуются кожные мацерации, опрелости и гиперпигментации под железами и выраженные следы на плечах от бретелей бюстгалтера [2,4].

Целью данного исследования явилось изучение особенности формы гипертрофированных молочных желёз среди женщин нашего региона и поиск оптимальных способов их коррекции.

Материал и методы исследования. За период с 2013 по 2023гг на уменьшение размеров и создание близких по форме к эстетическим стандартам молочных желёз обратились 89 женщин в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст 36 лет). Из них молодые женщины до 30 лет составили 22,7 %, а женщины старше 50 лет – 6,1%. Так как, нет единого подхода к определению размеров молочных желёз, для группировки больных учитывали количество резецированной избыточной массы молочных желёз. Исходя из этого, следуя классификациям И.А. Фришберга (1997) и А.Е Белоусова (1998г), больных разделили на 3 группы: с выраженной гипертрофией груди, у которых избыток массы молочных желёз было до 500г, со значительной гипертрофией - от 500 до 1200г и пациентки с гигантомастией – более 1200г (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от количества резецируемой избыточной массы молочных желёз

№	Размеры	Избыточная масса	Кол-во б-х
1	Выраженная гипертрофия	до 500 г	17 (25,5%)
2	Значительная гипертрофия	от 500 до 1200 г	34 (51,5%)
3	Гигантомастия	свыше 1200 г	17 (25,7%)

Из общего числа больных с гипертрофиями молочных желёз только (9) женщин не рожавшие. Пациентки со значительной гипертрофией молочных желёз (34) и с гигантомастией (17) отмечали генетическую предрасположенность. Все они имели ожирение II-III ст. По их словам при попытке сбросить вес диетами и спортом, несмотря на уменьшения общего веса, объём молочных желёз не изменялся. Следует отметить, что 13 пациенток были в менопаузе, но молочные железы также не уменьшились с возрастом. При сборе анамнеза обращали на гинекологический и онкологический статус больных. Из опроса выяснилось, что 11 пациенток принимают лекарственные контрацептивы. Так, пациенток с гипертрофией железистого компонента груди было 7, а больных с гипертрофией, вследствие скопления избыточного жира – 59. При железистой гипертрофии вес молочной железы на ощупь была больше, но кожа относительно сохраняла свою упругость, в отличие от “жировой” груди с пониженным тургором и множественными стриями (striae gravidarum) на коже в верхних квадрантах. Следовательно, причиной большого кожного птоза во всех случаях была гипертрофия молочных желёз за счёт жировой ткани и, наоборот, при гипертрофии железистой ткани птоз груди был средним.

Важным этапом подготовки редукционной маммопластики является измерение расстояние соска от яремной вырезки грудины и конечно, других параметров молочных желёз. Учитывая не совершенность множества предложенных различными авторами способов определения размеров молочных желёз, мы воспользовались методикой с использованием принципа Архимеда (табл.2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от расстояния между яремной вырезкой грудины и соском

Степень птоза	ЮГМ расстояние в см норма 18-20	Количество больных
I	21-25	18
II	26-32	28
III	32 и более	43

Как видно на таблице, наряду с гипертрофией молочных желёз, у 18 пациенток был птоз I ст, у 28 – птоз II и у 43 – птоз III ст. Согласно законам растяжения, чем больше и тяжелее ткани молочных желёз, тем выражен степень их опадения.

Для хирурга не менее важным на данном этапе является подбор, среди десятков предложенных, и чертёж схем оптимального способа коррекции молочных желёз. Правильная выкройка залог успешного эстетического результата, поэтому накануне длительное время уделяли выбору и маркировке схемы.

В целом 66 пациенткам с гипертрофированными молочными железами различных размеров для фундаментальной коррекции объёма и форм груди были применены способы: J.O.Strombeck (62), редукционная вертикальная маммопластика (1), редукционная вертикальная маммопластика с аутоотрансплантацией маммилло-ареолярного комплекса (1), M. BerrocalCartogena-Columbia-J-technique (1), перiareолярная редукционная маммопластика Sampaio (1). Рассмотрим некоторые из этих методов подробнее.

Особо нужно отметить, что маммопластики мы начали выполнять со знаменитой операции J.O. Strombeck. При планировании операции для чертёжа схемы разрезов использовали существующие шаблоны (a,b,c – размеры резекции излишних тканей). При этом определяется новое место для сосково-ареолярного комплекса на расстоянии 18-21 см от ярёмной вырезки. Для создания правильного круга ареолы воспользовались методом R.J. Wise [6].

Результаты исследования и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде для обезболивания больным применяли инъекции Sol. Analgini 50% - 2,0 и Sol. Dimedroli 2% - 1,0 внутримышечно два раза в день. Учитывая довольно большую зону хирургической травматизации на груди, особенно у тучных больных с гигантомастией, с профилактической целью назначали антибиотик широкого спектра действия внутривенно в течение 7 дней. Пациентки активно ходили по палате на следующие сутки после операции, лишь ограничивая резкие движения плечевого пояса и грудной клетки. Редон-дренажи удаляли на 10-12-е сут, когда количество серозного отделяемого за сутки не превышало 15 мл. Специальный послеоперационный медицинский бюстгальтер пациентки носили первые две недели круглосуточно, а в последующие два месяца после операции в дневное время.

Выводы. Таким образом, при коррекции груди восстанавливается не только форма, объём и положение молочной железы, но гармонизируется телесная красота и в какой-то мере корригируются изменения психоэмоционального статуса женщин. Следовательно, редукционная маммопластика при коррекции различных форм гипертрофированных молочных желёз является благодарной операцией, ибо позволяет пациенткам достичь душевного равновесия и избавиться от комплекса неполноценности.

Литература.

1. Боровиков А.М., Тер-Никогосян Г.А. Эстетическая маммопластика. О чем мы говорим //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2012. - № 3. – С. 41-46.
2. Григорьева Т.Г. Использование селективных блокаторов лейкотриеновых рецепторов для профилактики возникновения капсулярной контрактуры молочных желёз // Экспериментальная и клиническая медицина. 2016. №2. С. 155-163.
3. Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Гулев В.С. Пластика молочных желёз. Избранные вопросы пластической хирургии. Новосибирск, 2011.
4. Arijan S. Reduction mammoplasty with the nipple –areola carried on a single narrow inferior pedicle. Plast. Reconst. Surg., 2018,vol. 5, p. 167.
5. Huang G.L., Wichmann J.L., Miiis D.C. Transsaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a single surgeons 20-year experience // Aesthetic Surgery Journal. 2019. Vol.31, №7. P. 781-801.

Одинаева М.С., Курбанов У.А., Файзуллоева М.Ф..

РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ГИГАНТОМАСТИИ

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Республиканский научный Центр сердечно-сосудистой хирургии.

Актуальность. Как известно, нет чётких эстетических концепций красивой груди вследствие изменчивости и несхожести эстетических представлений у разных народов, культур, интеллектов людей на каждый период времени. От одного века существования человечества к другому меняется отношение к так называемым “эстетическим параметрам” молочной железы [1,5,6]. Так, в новом столетии в западных странах и России отмечается спрос к augmentационной маммопластике с использованием силиконовых имплантов и налицо тенденция к снижению числа желающих уменьшить размеры своих желёз [6]. На Востоке же редукционная маммопластика в последнее время набирает популярность. Восточные женщины обычно имеют округлые большие формы груди, что связано с характером питания (преобладание жирных и мучных блюд) и множественными родами. Как правило, из-за стеснительности женщины Востока не обращаются к хирургам мужского пола и воздерживаются от операции, хотя пациенток, нуждающихся по медицинским показаниям в коррекции груди реально много.

Размер молочных желёз женщин может измениться по разным причинам: наследственность, избыточная масса тела, количество беременностей и кормление грудью, возраст и т.д. [4]. Слишком большая грудь доставляет нагрузку на позвоночник и боль в спине, затрудняет дыхание и приводит к деформации костей, ограничивает движение тела, образуются кожные мацерации, опрелости и гиперпигментации под железами и выраженные следы на плечах от бюстгальтера [2,4].

Целью данного исследования явилось изучение особенности формы гипертрофированных молочных желёз среди женщин нашего региона и поиск оптимальных способов их коррекции.

Материал и методы исследования. За период с 2013 по 2023гг на уменьшение размеров и создание близких по форме к эстетическим стандартам молочных желёз обратились 89 женщин в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст 36 лет). Из них молодые женщины до 30 лет составили 22,7 % , а женщины старше 50 лет – 6,1%. Так как, нет

единого подхода к определению размеров молочных желёз, для группировки больных учитывали количество резецированной избыточной массы молочных желёз. Исходя из этого, следуя классификациям И.А. Фришберга (1997) и А.Е. Белоусова (1998г), больных разделили на 3 группы: с выраженной гипертрофией груди, у которых избыток массы молочных желёз было до 500г, со значительной гипертрофией - от 500 до 1200г и пациентки с гигантомастией – более 1200г (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от количества резецируемой избыточной массы молочных желёз

№	Размеры	Избыточная масса	Кол-во б-х
1	Выраженная гипертрофия	до 500 г	17 (25,5%)
2	Значительная гипертрофия	от 500 до 1200 г	34 (51,5%)
3	Гигантомастия	свыше 1200 г	17 (25,7%)

Из общего числа больных с гипертрофиями молочных желёз только (9) женщин не рожавшие. Пациентки со значительной гипертрофией молочных желёз (34) и с гигантомастией (17) отмечали генетическую предрасположенность. Все они имели ожирение II-III ст. По их словам при попытке сбросить вес диетами и спортом, несмотря на уменьшения общего веса, объём молочных желёз не изменялся. Следует отметить, что 13 пациенток были в менопаузе, но молочные железы также не уменьшились с возрастом. При сборе анамнеза обращали на гинекологический и онкологический статус больных. Из опроса выяснилось, что 11 пациенток принимают лекарственные контрацептивы. Так, пациенток с гипертрофией железистого компонента груди было 7, а больных с гипертрофией, вследствие скопления избыточного жира – 59. При железистой гипертрофии вес молочной железы на ощупь была больше, но кожа относительно сохраняла свою упругость, в отличие от “жировой” груди с пониженным тургором и множественными стриями (striae gravidarum) на коже в верхних квадрантах. Следовательно, причиной большого кожного птоза во всех случаях была гипертрофия молочных желёз за счёт жировой ткани и, наоборот, при гипертрофии железистой ткани птоз груди был средним.

Важным этапом подготовки редукционной маммопластики является измерение расстояние соска от яремной вырезки грудины и конечно, других параметров молочных желёз. Учитывая не совершенность множества предложенных различными авторами способов определения размеров молочных желёз, мы воспользовались методикой с использованием принципа Архимеда (табл.2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от расстояния между яремной вырезкой грудины и соском

Степень птоза	ЮГМ расстояние в см норма 18-20	Количество больных
I	21-25	18
II	26-32	28
III	32 и более	43

Как видно на таблице, наряду с гипертрофией молочных желёз, у 18 пациенток был птоз I ст, у 28 – птоз II и у 43 – птоз III ст. Согласно законам растяжения, чем больше и тяжелее ткани молочных желёз, тем выражен степень их опадения.

Для хирурга не менее важным на данном этапе является подбор, среди десятков предложенных, и чертёж схем оптимального способа коррекции молочных желёз. Правильная выкройка залог успешного эстетического результата, поэтому накануне длительное время уделяли выбору и маркировке схемы.

В целом 66 пациенткам с гипертрофированными молочными железами различных размеров для фундаментальной коррекции объёма и форм грудей были применены способы: J.O.Strombeck (62), редукционная вертикальная маммопластика (1), редукционная вертикальная маммопластика с аутотрансплантацией маммилло-ареолярного комплекса (1), M. BerrocalCartogena-Columbia-J-technique (1), периаареолярная редукционная маммопластика Sanraio (1). Рассмотрим некоторые из этих методов подробнее.

Особо нужно отметить, что маммопластики мы начали выполнять со знаменитой операции J.O. Strombeck. При планировании операции для чертёжа схемы разрезов использовали существующие шаблоны (a,b,c – размеры резекции излишних тканей). При этом определяется новое место для сосково-ареолярного комплекса на расстоянии 18-21 см от яремной вырезки. Для создания правильного круга ареолы воспользовались методом R.J. Wise [6].

Результаты исследования и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде для обезболивания больным применяли инъекции Sol. Analgini 50% - 2,0 и Sol. Dimedroli 2% - 1,0 внутримышечно два раза в день. Учитывая довольно большую зону хирургической травматизации на груди, особенно у тучных больных с гигантомастией, с профилактической целью назначали антибиотик широкого спектра действия внутривенно в течение 7 дней. Пациентки активно ходили по палате на следующие сутки после операции, лишь ограничивая резкие движения плечевого пояса и грудной клетки. Редон-дренажи удаляли на 10-12-е сут, когда количество серозного отделяемого за сутки не превышало 15 мл. Специальный послеоперационный медицинский бюстгальтер пациентки носили первые две недели круглосуточно, а в последующие два месяца после операции в дневное время.

Выводы. Таким образом, при коррекции груди восстанавливается не только форма, объём и положение молочной железы, но гармонируется телесная красота и в какой-то мере корректируются изменения психоэмоционального статуса женщин. Следовательно, редукционная маммопластика при коррекции различных форм гипертрофированных молочных желёз является благодарной операцией, ибо позволяет пациенткам достичь душевного равновесия и избавиться от комплекса неполноценности.

Литература.

1. Боровиков А.М., Тер- Никогосян Г.А. Эстетическая маммопластика. О чем мы говорим //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2012. - № 3. – С. 41-46.
2. Григорьева Т.Г. Использование селективных блокаторов лейкотриеновых рецепторов для профилактики возникновения капсулярной контрактуры молочных желёз // Экспериментальная и клиническая медицина. 2016. №2. С. 155-163.
3. Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Гулев В.С. Пластика молочных желез. Избранные вопросы пластической хирургии. Новосибирск, 2011.
4. Arijan S. Reduction mammoplasty with the nipple –areola carried on a single narrow inferior pedicle. Plast. Reconst. Surg., 2018,vol. 5, p. 167.
5. Huang G.L., Wichmann J.L., Miiis D.C. Transsaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a single surgeons 20-year experience // Aesthetic Surgery Journal. 2019. Vol.31, №7. P. 781-801.

Олими М.О.^{1,2}, Амонов^{1,2} Ш.Ш., Мусоев² С.Ш.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Душанбе, Таджикистан²

Актуальность. С внедрением и оснащением новых технологий в кардиохирургии в Республике Таджикистан, в последние годы увеличивается числа пациентов перенесших операции на сердце с сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости. [5] Для адекватной коррекции реологии крови и уменьшения рисков тромбообразования, этим больным после операции длительно назначаются антикоагулянты или антиагреганты. Несмотря на значительный опыт хирургического лечения желчнокаменной болезни, одним из наиболее сложных и недостаточно разработанных вопросов является удаление желчного пузыря у пациентов с ранее перенесенной операцией на сердце и получающие постоянную антикоагулянтную терапию. Данная проблема наиболее актуальна у пациентов после протезирования клапанов сердца и шунтирующих операций на коронарных артериях. [4] В 10-15% все кардиохирургические больные имеют сопутствующие хронические заболевания. Одной из часто встречающейся сопутствующей патологии у этой тяжелой категории больных, является желчнокаменная болезнь, которая имеет похожий механизм развития заболевания [2,5]. По данным Всемирной организации здравоохранения 16-20% населения страдают желчнокаменной болезнью, и каждые последующие десятилетия имеет тенденцию роста заболевания в 2 раза [3]. Погрешности в диете, неправильное питание и применение различных препаратов могут привести к обострению хронического калькулезного холецистита у этих больных. Большие трудности встречаются у больных с острым калькулезным холециститом, где недостаточно времени для коррекции гипокоагуляционной терапии, особенно в первые дни после операции на сердце. Лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом», но бывают случаи, что выполнение операции лапароскопическим путём противопоказана, особенно у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [2,5]. В этих случаях всё чаще используют операции из открытого широкого доступа. Основная сложность в данном вопросе обусловлена как общим состоянием пациента, так и использованием ими антикоагулянтной терапии. Кроме того, острый холецистит может развиваться и непосредственно после кардиохирургических операций, что является одним из факторов риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. За последнее десятилетие опубликовано много работ посвященных миниинвазивным методам холецистэктомии, но сообщения о применении этих способов у больных перенесших операции на сердце единичны и до сих пор остаются актуальными [1,3,5].

Цель исследования. Изучение результатов лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомии при желчнокаменной болезни у больных перенесших операции на сердце по поводу клапанных пороков и ишемической болезни.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 38 больных желчнокаменной болезнью ранее перенесших операции на сердце. Все больные были госпитализированы в период 2014-2022 годы в отделение эндоскопической хирургии ГУ «РНЦССХ» являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Женщин было 22 (57,9%), мужчин 16 (42,1%). Возраст пациентов варьировал от 44 до 80 лет, средний возрастной показатель составил 62,4±8,8 лет. Из 38 оперированных больных у 16 (42,1%) пациентов выявлен острый калькулезный холецистит и у 22 (57,9%) больных хронический калькулезный холецистит в стадии обострения.

У всех больных имелись сопутствующие заболевания, из них – у 24 больных ишемическая болезнь сердца, у 7 кардиосклероз, у 21 артериальная гипертензия, у 6 аритмия, у 10 хронический пиелонефрит, у 5 сахарный диабет, у 17 острый или обострение хронического панкреатита, у 12 ожирение, у 9 хронический гастрит и у 8 хронические obstructивные заболевания легких. Все сопутствующие заболевания были компенсированными и не имели осложненное течение, так как большинство больных были оперированы в плановом порядке.

У всех больных в анамнезе имелись перенесшие операции на сердце. По поводу ишемической болезни сердца – 25 (65,8%) и клапанных пороков – 13 (34,2%). Стентирование левой и правой коронарной артерии было проведено 23 больным, аорто-коронарное шунтирование 2 больным, протезирование митрального клапана 7 больным, аортального клапана 3 больным, трикуспидального клапана 2 больным и легочного клапана 1 больному. У некоторых больных имелось сочетание ишемической болезни сердца с клапанными поражениями.

Все обследованные больные принимали антикоагулянтные препараты (аспирин– 24 больные, варфарин – 7

больные и клопидогрел – 4 больные). А также 3 больных принимали комбинационную терапию варфарина с аспирином и клопидогрела с аспирином. Длительность принимаемых антикоагулянтов и/или антиагрегантов составляла более 2 лет.

В комплексе предоперационного обследования входили лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование, электро- и эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания, рентгенография грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия, КТ и МРТ (индивидуально по показаниям).

На диагностическом этапе у обследованных больных, особо акцентировали внимание на состоянии сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Все диагностические мероприятия проводили в амбулаторных условиях.

В зависимости от способа холецистэктомии больные были разделены на 2 группы. Первой группе больных холецистэктомия была выполнена лапароскопическим способом, второй группе больных холецистэктомию выполняли из мини доступа с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент».

Результаты исследования. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена 31 больным. Продолжительность операции составила $63 \pm 3,5$ мин. Дренажная трубка удалялась на 2-3 сутки. Послеоперационные осложнения не отмечены. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после ЛХЭ составляла $3,5 \pm 1$ койко-дня.

Трём больным из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрации области шейки желчного пузыря лапароскопическая холецистэктомия завершена холецистэктомией из мини доступа.

Больным, которым выполнение лапароскопической холецистэктомии было противопоказано, холецистэктомия проводилась из мини доступа. Этим методом было оперировано 7 больных. Продолжительность операции составила 65 ± 3 мин. Дренажная трубка удалена на 2-3 сутки. Послеоперационных осложнений не отмечалось. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после холецистэктомии из мини доступа составила 5 ± 2 койко-дня.

Интраоперационные осложнения в виде кровотечения и каких-либо других осложнений в обеих группах не отмечались.

Состояние больных до и после проведенных операций было удовлетворительным, гемодинамика стабильной. Гипертонических кризов и тахикардии у наших больных не отмечено. Летальных исходов не было.

Выводы. Минимально инвазивные методы хирургического лечения (лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия) у кардиохирургических больных с учетом показателей гемостаза, могут быть методом выбора. Уменьшение количества осложнений у оперированных больных способствовало сокращению времени пребывания больных в стационаре, что свидетельствует о применимости предлагаемой методики.

Список литературы.

- Абасов Ш.Ю., Алиев Р.К., Ромащенко П.Н. Прогнозирование "трудной" лапароскопической холецистэктомии // Известия Российской военно-медицинской академии. 2020. Т. 1. № S1. С. 177-181.
- Бокиев Ф.Б., Рашидов Ф.Ш., Рахмонов Д.А. и другие. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни // Вестник Авиценны, 2020. Т.22. № 4. С. 572-579.
- Заболотских И.Б., Киров М.Ю., Афончиков В.С. Периоперационное ведение пациентов, получающих длительную антитромботическую терапию. Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова, 2019. № 1. С. 7-19.
- Оморов Р.А., Токтосунов А.С., Авазов Б.А. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста // Казанский медицинский журнал, 2016 Т. 97, № 1, С. 37-41.
- Рахмонов С.Б., Рахимов Х.Б., Гульмурадов Т.Г. Успехи и перспективы развития кардиохирургии в Таджикистане // Научно-практический журнал ТИППМК, 2013. № 2. С. 86-88.

Олимов А.М., Аминов Р.С., Назарова Ф.Н.2

СИНУС-ЛИФТИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ТИПОМ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»²

Актуальность. Пневматизация верхнечелюстной пазухи является следствием увеличения объема пазухи ввиду возраста или потери зубов. Под воздействием жевательных нагрузок лунки зубов на верхней челюсти резорбируются и происходит атрофия кости в области пазухи. Шнайдерова мембрана выстилает верхнечелюстную пазуху и содержит мерцательный эпителий, который эвакуирует содержимое пазухи наверх, до естественного отверстия, которое располагается на медиальной стенке пазухи, а через него содержимое попадает в средний носовой ход. Толщина мембраны варьирует в диапазоне от 0,13мм до 0,15мм[1,3].

Существует множество трудностей при установке имплантатов на верхней челюсти из-за дефицита оставшейся альвеолярной кости. В таких случаях проводится синус-лифтинг. Успех синус-лифтинга высок, а техника предсказуема, что создает основу для успешной имплантации[4,2].

Форма верхнечелюстной пазухи напоминает пирамиду, и она связана с полостью носа и околоносовыми пазухами. Поэтому, если физиологический статус верхнечелюстной пазухи не в норме, вероятность осложнений после синус-лифтинга может возрасти [5].

В данном исследовании мы оценили клинический прогноз имплантации при выполнении синус-лифтинга у пациентов с пневматическим типом верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования. Увеличение высоты гребня в области верхнечелюстной пазухи для установки имплантатов пациентам с пневматизированными пазухами.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено ретроспективно на пациентах спневматическим типом верхнечелюстной пазухи, прошедших дентальную имплантацию и открытый синус-лифтинг

на кафедре челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», с января 2018 года по сентябрь 2023 года. Средний возраст составил 33-56 лет. В данном исследовании приняли участие 12 человек (5 мужчин, 7 женщин) и были проанализированы медицинские карты, данные конусно-лучевого компьютерного томографа (КЛКТ) и ортопантомограммы (ОПГ).

Противопоказанием были следующие заболевания:

1. Хроническое и острое воспаление верхнечелюстной пазухи;
2. Одонтогенная инфекция;
3. Патология верхнечелюстных пазух (кисты, опухоли или полипы);
4. Сопутствующие заболевания: а) Нарушение свертываемости крови или прием антикоагулянтов; б) системные заболевания; д) курение.

Пациенты с патологией верхнечелюстной пазухи и те, кто лечился от хронического гайморита у отоларинголога, были исключены.

У 2-х пациентов были системные заболевания, такие как артериальная гипертензия и сахарный диабет, которые были хорошо контролируемы проконсультированы специалистами.

Диагноз ставили на основании КЛКТ и ОПГ, показанием для операции являлись пневматизированные верхнечелюстные пазухи с недостаточной высотой костной ткани ($<10\text{мм}$), что делает установку имплантатов в боковом отделе верхней челюсти невозможной.

Хирургический этап (метод латерального окна). Перед анестезией проводилось предоперационное полоскание 0,05 % раствором хлоргексидина и вавегана (йодопавидон). Под местным подглазничным, туберальным и инфильтрационным обезболиванием. В области отсутствующих зубов производили полулунный разрез, широким основанием направлен в области преддверия. Слизисто-надкостничный лоскут был отслоен после послабляющего разреза вдоль альвеолярного отростка и вертикального послабляющего разреза на беззубом участке. Для доступа в пазуху формировали окно овальной формы, с этой целью используется круглый алмазный бор с обильным водяным охлаждением. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не перфорировать Шнайдерову мембрану во время создания окна в пазуху. Изолированный участок кости может быть оставлен в центре созданного окна в пазуху, далее он будет перемещен внутрь вместе с Шнайдовой мембраной. Для того чтобы отделить Шнайдерову мембрану от костных стенок верхнечелюстной пазухи используются специальные инструменты. После этого мембрану отодвигаем от основания пазухи медиальной и латеральной стенки. Мембрана должна быть отделена от стенок во всех направлениях, чтобы позволить поместить в пазуху достаточное количество костного материала. В верхнечелюстную пазуху вносится и осторожно, не допуская перфорации Шнайдовой мембраны, распределяется выбранный костный материал. Во избежание пустот костный материал сначала укладывали вдоль передней и медиальной стенки. После этого этапа мы приступили к установке имплантатов. Завершающим этапом костный материал укладывали латерально от имплантатов, окно закрывали пороноктоколом рана была ушита нейлоном.

Послеоперационные осложнения в виде отека и гиперемия подглазничной области, незначительные боли и выделения из носа, гематомы и встречался дискомфорт. В качестве антибиотиков использовали Цефтриаксон по 1 г х 2 раза в/м, Бисептол 480 мг по 1 г х 2 раза per os, совместно с антибиотиками давали Флюконазол 150 мг per os, в качестве противовоспалительного и обезболивающего препарата применяли Нурафен 200 мг по 1 г х 2 раза per os. Полоскания полости рта проводились 10 раз в день 0,05% раствором хлоргексидина 100 мл, швы были сняты через 10 дней. В общей сложности было установлено 10 имплантатов со средним временем ожидания от 6 до 8 месяцев после синус-лифтинга.

Следует отметить, что однако имплантаты были установлены сразу после костной пластики синуса в 8 случаях (период до установки имплантатов был рассчитан путем подсчета периода заживления при методе немедленной имплантации). Имплантаты были нагружены через 5-7 месяцев в среднем после установки, и затем были получены рентгеновские снимки. После нагрузки имплантатов пациенты наблюдались в среднем 2 года с интервалом 8-10 месяцев. Процент успеха имплантации и приживаемость имплантатов были оценены, проанализировав медицинские карты, рентгенограммы, перфорацию мембраны синуса во время операции, послеоперационные осложнения, маргинальную убыль кости после нагрузки. Периапикальные снимки были сделаны вертикально по отношению к имплантатам для оценки и сравнения величины маргинальной убыли кости. Измерялось расстояние от ортопедической платформы имплантата до поверхности альвеолярной кости, реальное расстояние получалось с учетом коэффициента увеличения рентгенограмм. Коэффициент увеличения находили путем пропорции между реальной длиной имплантата и длиной, показанной на рентгенограмме. После этого был проведен анализ среднего изменения медиальной и дистальной маргинальной убыли кости.

Критерии успеха имплантации были следующими:

1. Отсутствие постоянной или не купируемой боли, дискомфорта и парестезии;
2. Отсутствие рецидивирующего перимплантита с абсцессом;
3. Отсутствие подвижности;
4. Отсутствие патологических изменений вокруг имплантата на рентгенограмме;
5. Маргинальная убыль костной ткани менее 1 мм в течение первого года.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования установка имплантатов в области моляров верхней челюсти часто бывает очень сложной из-за ограничений в отношении качества и количества альвеолярной кости верхней челюсти. Поэтому для установки имплантатов в области моляров верхней челюсти обычно требуется синус-лифтинг с костной пластикой. Костная пластика синуса является предсказуемым методом, о чем сообщалось во многих зарубежных статьях. В течение многих десятилетий она обеспечивала надежную основу для установки имплантатов. Однако, согласно некоторым статьям, костная пластика синуса противопоказана при наличии кисты в верхнечелюстной пазухе. Поэтому авторы утверждали, что костная пластика синуса должна проводиться только при отсутствии кисты в верхнечелюстной пазухе. С другой стороны, в некоторых статьях сообщается,

что киста в верхнечелюстной пазухе не влияет на прогноз костной пластики синуса. По данным литературы, с участием 10 пациентов с кистой слизистой оболочки имплантаты были установлены после костной пластики синуса, и имплантаты успешно остеointегрировались в течение 28 месяцев наблюдения. Они сообщили о 100%-ной приживаемости имплантатов [3].

Причина возникновения гайморита после костной пластики пазухи связана с нарушением функции дренажа слизистой оболочки. Пройодимость протоков является основой для обеспечения физиологического дренажа слизи, снижая вероятность возникновения послеоперационного гайморита. Поэтому, если у пациента ранее был гайморит, важно обеспечить проходимость естественного протока. В результате в некоторых случаях возникли послеоперационные осложнения, но все они купировались после дополнительного курса антибиотикотерапии и консервативного лечения. Имплантаты, установленные после лечения, показали адекватный клинический прогноз.

Выводы. Исходя из этого исследования, можно устанавливать имплантаты сразу после синус-лифтинга пациентам с неактивным патологическим процессом в пазухе. Данное исследование включало только 12 пациентов, что является небольшой группой, однако, при большем количестве пациентов результаты будут более достоверными. В заключение следует отметить, что при проведении адекватного лечения можно ожидать хороший клинический прогноз при установке имплантатов после синус-лифтинга у пациентов с пневматическим типом гайморовой пазухи.

Литература:

1. Архипов А.В. Способ предупреждения перфораций слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при синус-лифтинге/ Архипов А.В. // Стоматология.–2012.–№6.–С.45–47.
2. Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина. Оперативная хирургия полости рта и челюстно-лицевой области/ Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина //Москва «ГЭОТАР-Медиа».–2022.–С.54-57.
3. Стюарта ДЖ. Фроума. Осложнения дентальной имплантации / Стюарта ДЖ. Фроума. // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2021.– С. 776.
4. ЮсуповЗ.Я., КосимовМ.М., Хакназаров С.Ш. и др.Применение обогащённого тромбоцитами фибрина без костнопластических материалов при синус-лифтинге с одномоментной имплантацией// Матер.конф.ГУ НКИС и ЧЛХ. Рашт-2016, С- 150-152.
5. ArisanV., KarabudaZ.C., OzdemirT. Accuracyoftwostereolithographicguide systemsforcomputer-aidedimplantplacement^ a computed tomography-based clinical comparative study // J Periodontol. 2010. Vol. 81. N1.P 43-51.

Олимов А.М., Аминов Р.С., Назарова Ф.Н.

СИНУС-ЛИФТИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ТИПОМ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш»² Таджикистан.

Актуальность. Пневматизация верхнечелюстной пазухи является следствием увеличения объема пазухи ввиду возраста или потери зубов. Под воздействием жевательных нагрузок лунки зубов на верхней челюсти резорбируются и происходит атрофия кости в области пазухи. Шнайдерова мембрана выстилает верхнечелюстную пазуху и содержит мерцательный эпителий, который эвакуирует содержимое пазухи наверх, до естественного отверстия, которое располагается на медиальной стенке пазухи, а через него содержимое попадает в средний носовой ход. Толщина мембраны варьирует в диапазоне от 0,13мм до 0,15мм[1,3].

Существует множество трудностей при установке имплантатов на верхней челюсти из-за дефицита оставшейся альвеолярной кости. В таких случаях проводится синус-лифтинг. Успех синус-лифтинга высок, а техника предсказуема, что создает основу для успешной имплантации[4,2].

Форма верхнечелюстной пазухи напоминает пирамиду, и она связана с полостью носа и околоносовыми пазухами. Поэтому, если физиологический статус верхнечелюстной пазухи не в норме, вероятность осложнений после синус-лифтинга может возрасти [5].

В данном исследовании мы оценили клинический прогноз имплантации при выполнении синус-лифтинга у пациентов с пневматическим типом верхнечелюстной пазухи.

Цель исследования. Увеличение высоты гребня в области верхнечелюстной пазухи для установки имплантатов пациентам с пневматизированными пазухами.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено ретроспективно на пациентах с пневматическим типом верхнечелюстной пазухи, прошедших дентальную имплантацию и открытый синус-лифтинг на кафедре челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», с января 2018 года по сентябрь 2023 года. Средний возраст составил 33-56 лет. В данном исследовании приняли участие 12 человек (5 мужчин, 7 женщин) и были проанализированы медицинские карты, данные конусно-лучевого компьютерного томографа (КЛКТ) и ортопантомограммы (ОПГ).

Противопоказанием были следующие заболевания: 1. Хроническое и острое воспаление верхнечелюстной пазухи;

2. Одонтогенная инфекция;
3. Патология верхнечелюстных пазух (кисты, опухоли или полипы);
4. Сопутствующие заболевания: а) Нарушение свертываемости крови или прием антикоагулянтов; б) системные заболевания; д) курение.

Пациенты с патологией верхнечелюстной пазухи и те, кто лечился от хронического гайморита у отоларинголога, были исключены.

У 2-х пациентов были системные заболевания, такие как артериальная гипертензия и сахарный диабет, которые были хорошо контролируемы проконсультированы специалистами.

Диагноз ставили на основании КЛКТ и ОПГ, показанием для операции являлись пневматизированные верхнечелюстные пазухи с недостаточной высотой костной ткани (<10мм), что делает установку имплантатов в боковом отделе верхней челюсти невозможной.

Хирургический этап (метод латерального окна). Перед анестезией проводилось предоперационное полоскание 0,05 % раствором хлоргексидина и вагегана (йодопавидон). Под местным подглазничным, туберальным и инфильтрационным обезболиванием. В области отсутствующих зубов производили полулунный разрез, широким основанием направлен в области преддверия. Слизисто-надкостничный лоскут был отслоен после послабляющего разреза вдоль альвеолярного отростка и вертикального послабляющего разреза на беззубом участке. Для доступа в пазуху формировали окно овальной формы, с этой целью используется круглый алмазный бор с обильным водяным охлаждением. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не перфорировать Шнайдерову мембрану во время создания окна в пазуху. Изолированный участок кости может быть оставлен в центре созданного окна в пазуху, далее он будет перемещён внутрь вместе с Шнайдовой мембраной. Для того чтобы отделить Шнайдерову мембрану от костных стенок верхнечелюстной пазухи используются специальные инструменты. После этого мембрану отодвигаем от основания пазухи медиальной и латеральной стенки. Мембрана должна быть отделена от стенок во всех направлениях, чтобы позволить поместить в пазуху достаточное количество костного материала. В верхнечелюстную пазуху вносится и осторожно, не допуская перфорации Шнайдовой мембраны, распределяется выбранный костный материал. Во избежание пустот костный материал сначала укладывали вдоль передней и медиальной стенки. После этого этапа мы приступили к установке имплантатов. Завершающим этапом костный материал укладывали латерально от имплантатов, окно закрывали поронокотомами рана была ушита нейлоном.

Послеоперационные осложнения в виде отека и гиперемия подглазничной области, незначительные боли и выделения из носа, гематомы и встречался дискомфорт. В качестве антибиотиков использовали Цефтриаксон по 1гх2 раза в/м, Бисептол 480мг по 1тх2раза peros, совместно с антибиотиками давали Флюконазол 150мг peros, в качестве противовоспалительного и обезболивающего препарата применяли Нурафен 200мг по 1тх2 раза peros. Полоскания полости рта проводились 10 раз в день 0,05% раствором хлоргексидина 100 мл, швы были сняты через 10 дней. В общей сложности было установлено 10 имплантатов со средним временем ожидания от 6 до 8 месяцев после синус-лифтинга.

Следует отметить, что однако имплантаты были установлены сразу после костной пластики синуса в 8 случаях (период до установки имплантатов был рассчитан путем подсчета периода заживления при методе немедленной имплантации). Имплантаты были нагружены через 5-7 месяцев в среднем после установки, и затем были получены рентгеновские снимки. После нагрузки имплантатов пациенты наблюдались в среднем 2 года с интервалом 8-10 месяцев. Процент успеха имплантации и приживаемость имплантатов были оценены, проанализировав медицинские карты, рентгенограммы, перфорацию мембраны синуса во время операции, послеоперационные осложнения, маргинальную убыль кости после нагрузки. Периапикальные снимки были сделаны вертикально по отношению к имплантатам для оценки и сравнения величины маргинальной убыли кости. Измерялось расстояние от ортопедической платформы имплантата до поверхности альвеолярной кости, реальное расстояние получалось с учетом коэффициента увеличения рентгенограмм. Коэффициент увеличения находили путем пропорции между реальной длиной имплантата и длиной, показанной на рентгенограмме. После этого был проведен анализ среднего изменения медиальной и дистальной маргинальной убыли кости.

Критерии успеха имплантации были следующими:

6. Отсутствие постоянной или не купируемой боли, дискомфорта и парестезии;
7. Отсутствие рецидивирующего периимплантита с абсцессом;
8. Отсутствие подвижности;
9. Отсутствие патологических изменений вокруг имплантата на рентгенограмме;
10. Маргинальная убыль костной ткани менее 1 мм в течение первого года.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования установка имплантатов в области моляров верхней челюсти часто бывает очень сложной из-за ограничений в отношении качества и количества альвеолярной кости верхней челюсти. Поэтому для установки имплантатов в области моляров верхней челюсти обычно требуется синус-лифтинг с костной пластикой. Костная пластика синуса является предсказуемым методом, о чем сообщалось во многих зарубежных статьях. В течение многих десятилетий она обеспечивала надежную основу для установки имплантатов. Однако, согласно некоторым статьям, костная пластика синуса противопоказана при наличии кисты в верхнечелюстной пазухе. Поэтому авторы утверждали, что костная пластика синуса должна проводиться только при отсутствии кисты в верхнечелюстной пазухе. С другой стороны, в некоторых статьях сообщается, что киста в верхнечелюстной пазухе не влияет на прогноз костной пластики синуса. По данным литературы, с участием 10 пациентов с кистой слизистой оболочки имплантаты были установлены после костной пластики синуса, и имплантаты успешно остеоинтегрировались в течение 28 месяцев наблюдения. Они сообщили о 100%-ной приживаемости имплантатов [3].

Причина возникновения гайморита после костной пластики пазухи связана с нарушением функции дренажа слизистой оболочки. Пройодимость протоков является основой для обеспечения физиологического дренажа слизи, снижая вероятность возникновения послеоперационного гайморита. Поэтому, если у пациента ранее был гайморит, важно обеспечить проходимость естественного протока. В результате в некоторых случаях возникли послеоперационные осложнения, но все они купировались после дополнительного курса антибиотикотерапии и консервативного лечения. Имплантаты, установленные после лечения, показали адекватный клинический прогноз.

Выводы. Исходя из этого исследования, можно устанавливать имплантаты сразу после синус-лифтинга пациентам с неактивным патологическим процессом в пазухе. Данное исследование включало только 12 пациентов, что яв-

ляется небольшой группой, однако, при большем количестве пациентов результаты будут более достоверными. В заключение следует отметить, что при проведении адекватного лечения можно ожидать хороший клинический прогноз при установке имплантатов после синус-лифтинга у пациентов с пневматическим типом гайморовой пазухи.

Литература

1. Архипов А.В. Способ предупреждения перфораций слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при синус-лифтинге/ Архипов А.В. // Стоматология. – 2012. – №6. – С.45–47.
2. Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина. Оперативная хирургия полости рта и челюстно-лицевой области/ Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2022. – С.54-57.
3. Стюарта ДЖ. Фроума. Осложнения дентальной имплантации / Стюарта ДЖ. Фроума. // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2021. – С. 776.
4. ЮсуповЗ.Я., КосимовМ.М., Хакназаров С.Ш. и др. Применение обогащённого тромбоцитами фибрина без костнопластических материалов при синус-лифтинге с одномоментной имплантацией// Матер.конф. ГУ НКИС и ЧЛХ. Рашт-2016, С- 150-152.
5. ArisanV., KarabudaZ.C., OzdemirT. Accuracy of two stereolithographic guide systems for computer-aided implant placement^ a computed tomography-based clinical comparative study // J Periodontol. 2010. Vol. 81. N1.P 43-51.

Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х.

ТРАВМА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Актуальность. Нижний альвеолярный нерв берёт начало от заднего ствола нижнечелюстного нерва, третьей ветви тройничного нерва (V-пара черепных нервов). Это смешанный нерв с преобладанием чувствительных (афферентных) волокон. Последние иннервируют зубные альвеолы (лунки зубов), непосредственно зубы и десну дистальных первого премоляра, тогда как двигательный (афферентный) компонент представлен волокнами, иннервирующими челюстно-подъязычную мышцу. Ход альвеолярного нерва демонстрирует большую индивидуальную вариабельность относительно своего коронально-апикального и вестибулярно-язычного направления. Поэтому крайне важно тщательно оценивать весь ход нерва, чтобы не повредить его во время хирургических вмешательств, выполняемых в области нижних моляров и премоляров, удаление прорезавшихся и ретинированных зубов, хирургическое эндодонтическое лечение, вылушивание (энуклеация) кист, установка дентальных имплантатов и т.д. [1].

Для предупреждения хирургических осложнений необходимо знать расположение анатомических образований нервов, сосудов в области оперативного вмешательства. Конусно-лучевой компьютерный томограф (КЛКТ) и ортопантограмма (ОПГ) даёт возможность оценить анатомические структуры, определить возможные риски оперативного вмешательства спрогнозировать результат лечения [2,3].

В настоящее время одной из наиболее актуальных и значимых проблем современной стоматологии является лечение и профилактика травм нижнего альвеолярного нерва, возникающих при установке дентальных имплантатов на нижней челюсти. Повреждение нижнего альвеолярного сосудисто-нервного пучка, в состав которого входит нижний альвеолярный нерв, возможно при нарушении протокола выполнения операции дентальной имплантации. Данное осложнение наблюдается в тех случаях, когда не учитываются анатомо-топографические особенности строения нижней челюсти, а именно – при неадекватной оценке имеющегося резерва костной ткани, граничащей с нижнечелюстным каналом, а также при неправильном выборе размера и формы имплантата [5].

Цель исследования. Предупреждение и лечение травм нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации на нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено ретроспективно на больных с травмами нижнеальвеолярного нерва и неврологическими симптомами 3-ей ветви тройничного нерва, после дентальной имплантации на нижней челюсти в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на кафедре челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2020 года по 2023 год. Средний возраст составил 40-56 лет. В данном исследовании приняли участие 8 человек (5-мужчин 62,5%, 3-женщины 37,5%) и были проанализированы медицинские карты, данные конусно-лучевого компьютерного томографа (КЛКТ) и ортопантограммы (ОПГ).

Больные с травмами нижнего альвеолярного нерва также проконсультированы невропатологам.

Диагноз ставили на основании КЛКТ и ОПГ, показанием для операции были травмы имплантатов, находящиеся в нижнечелюстном канале и жалобы больных на кровотечения и сильную боль, парестезии. При возникновении данного осложнения, необходимо выполнить следующие мероприятия: срочное извлечение имплантата, остановка кровотечения, операция по латерализации нижнего альвеолярного нерва.

Хирургический этап (латерализация нижнего альвеолярного нерва). Перед анестезией проводилось предоперационное полоскание 0,05 % раствором хлоргексидина и вавегана (йодопавидон). Под местным мандибулярным и инфильтрационным обезболиванием. Затем выполняется трапециевидный разрез, начинающийся в ретромолярной области до медиальной части клыка, где проводят вертикальный послабляющий разрез, распатором отслаивают полный слизисто-надкостничный лоскут. Выполняют остеотомию в виде прямоугольного окна в средней трети нижней челюсти по намеченным границам с помощью ультразвукового аппарата «Piezosurgery». Под углом 45° проводят распиливание кости с постоянным охлаждением стерильным физиологическим раствором. Отделяют остаточные костные перегородки, отделяют костный аутоотрансплантат в виде фрагмента кортикальной пластинки прямоугольной формы размером 2х1,0 см. В 0,05 % раствор хлоргексидина биглюконата помещают полученный аутоотрансплантат. С помощью гомеостатической губки останавливают кровотечение в ране.

Нижний альвеолярный нерв берут на лигатуры через полученное костное окно, удаляют дентальный имплантат, 1 % раствором диоксида промывают костную рану, затем обрабатывают 0,05 % раствором Мирамистина в течение 5 минут. Резорбируемой мембраной «Парадонкол» дефект кости закрывают аутоотрансплантатом, слизисто-надкостничным лоскутом, ушивают узловыми швами из «Полиприлена» и изолируют пленкой «Камистад-гель».

В зоне операционной травмы используют электрофорез 0,5 % раствором гидрокортизона 10–12 процедур на курс – для восстановления периферического кровообращения, иглорефлексотерапию в точках Белла – в местах входа и выхода нижнего альвеолярного нерва из нижней челюсти, 10–12 процедур на курс лечения. Проводится измерение показателей электровозбудимости соответствующих зон кожи лица 1 раз в сутки.

Послеоперационные осложнения в виде отека и гиперемии щечной области, незначительные боли гематомы и дискомфорт в послеоперационной ране и длительная парестезия соответствующих иннервации нижнего альвеолярного нерва зон лица (кожа подбородка, щеки, угла рта).

В качестве антибиотиков использовали Цефтриаксон по 1 гх2 раза в/м, Бисептол 480 мг по 1 гх2 раза per os, совместно с антибиотиками давали Флюконазол 150 мг per os, в качестве противовоспалительного и обезболивающего препарата применяли Нурафен 200 мг по 1 гх2 раза per os, нейропротекторы (Семакс, Цераксон) и комплекс витаминов В. Полоскания полости рта проводились 10 раз в день 0,05 % раствором хлоргексидина 100 мл, швы были сняты через 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования и данных литературы [4] в зависимости от повреждения нижнего альвеолярного нерва различают следующие виды: **1. Травма нерва с признаками пенетрации в канале нерва или разрушение его стенок (нижнечелюстной)** – на снимке, полученном при помощи КЛКТ у 4 больных (50%). **2. Скрытое повреждение нерва** – потеря или изменение чувствительности в результате травмы или ранения без видимых признаков повреждения, но при этом после нейросенсорного теста или дополнительных методов исследования (магнитно-резонансная нейрография, электронейромиография тройничного нерва) был поставлен диагноз 4–5 степени повреждения нерва по Сандерленду у 2 больных (25%). **3. Повреждение нерва с появлением невропатической боли** – спровоцированной жгучей болью или невралгической болью с или без аллодинии, гиперпатии или гипералгезии, подтвержденной тестом на невропатическую боль у 1 больного (12,5%).

4. Химическое повреждение нерва – химические вещества могут повредить нерв (ирригация жидкостей, предназначенных для медикаментозной обработки раневого канала, в непосредственной близости от нижнеальвеолярного нерва) у 1 больного (12,5%).

Через 20–30 дней наблюдалось восстановление чувствительности зон иннервации нижнего альвеолярного нерва, включающих кожу подбородка, нижней губы, пульпы зубов. Согласно результатам определения электровозбудимости кожи лица и пульпы зубов, восстановление чувствительности после устранения травмы нижнего альвеолярного нерва другими методами отмечалось только через 3–6 месяцев.

Выводы. Для предупреждения развития осложнений КЛКТ является исключительно ценный диагностический инструмент, который позволяет проводить точную оценку костных тканей и важных анатомических структур, помогая врачам избежать развития осложнений. Разработанный способ лечения травмы нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации позволяет уменьшить операционную травму, сократить период полного восстановления чувствительности в соответствующих зонах кожи лица и пульпы зубов, иннервируемых нижним альвеолярным нервом.

Литература

1. Маттео Кьяпаско. Хирургическая стоматология. Клинические протоколы / М. Кьяпаско // М.: Практическая медицина. – 2023. – С. 43–44.
2. Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина. Оперативная хирургия полости рта и челюстно-лицевой области / Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2022. – С. 675–676.
3. Стюарта Дж. Фроума. Осложнения дентальной имплантации / Стюарта Дж. Фроума. // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2021. – С. 158–159.
4. Юсупов З.Я., Косимов М.М., Хакназаров С.Ш. и др. Возможности совершения аугментации костной ткани с одномоментной имплантацией при атрофии альвеолярного гребня нижней челюсти // Матер. конф. ГОУ ИПОвСЗРТ. Душанбе- 2015, С- 158–160.
5. Wolford L., Rodrigues D.B. Peripheral trigeminal nerve injury, repair, and regeneration. Autogenous grafts \ conduits for peripheral trigeminal nerve gaps // Atlas Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am. 2011. Vol. 19. P 91–107.

Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х.

ТРАВМА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»²

Актуальность. Нижний альвеолярный нерв берёт начало от заднего ствола нижнечелюстного нерва, третьей ветви тройничного нерва (V-пара черепных нервов). Это смешанный нерв с преобладанием чувствительных (афферентных) волокон. Последние иннервируют зубные альвеолы (лунки зубов), непосредственно зубы и десну дистальные первого премолара, тогда как двигательный (афферентный) компонент представлен волокнами, иннервирующими челюстно-подъязычную мышцу. Ход альвеолярного нерва демонстрирует большую индивидуальную вариабельность относительно своего коронально-апикального и вестибулярно-язычного направления. Поэтому крайне важно тщательно оценивать весь ход нерва, чтобы не повредить его во время хирургических вмешательств, выполняемых в об-

ласти нижних моляров и премоляров, удаление прорезавшихся и ретинированных зубов, хирургическое эндодонтическое лечение, вылушивание (энуклеация) кист, установка дентальных имплантатов и т.д. [1].

Для предупреждения хирургических осложнений необходимо знать расположение анатомических образований нервов, сосудов в области оперативного вмешательства. Конусно-лучевой компьютерный томограф (КЛКТ) и ортопантограмма (ОПГ) даёт возможность оценить анатомические структуры, определить возможные риски оперативного вмешательства спрогнозировать результат лечения [2,3].

В настоящее время одной из наиболее актуальных и значимых проблем современной стоматологии является лечение и профилактика травм нижнего альвеолярного нерва, возникающих при установке дентальных имплантатов на нижней челюсти. Повреждение нижнего альвеолярного сосудисто-нервного пучка, в состав которого входит нижний альвеолярный нерв, возможно при нарушении протокола выполнения операции дентальной имплантации. Данное осложнение наблюдается в тех случаях, когда не учитываются анатомо-топографические особенности строения нижней челюсти, а именно – при неадекватной оценке имеющегося резерва костной ткани, граничащей с нижнечелюстным каналом, а также при неправильном выборе размера и формы имплантата [5].

Цель исследования. Предупреждение и лечение травм нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации на нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено ретроспективно на больных с травмами нижнеальвеолярного нерва и неврологическими симптомами 3-ей ветви тройничного нерва, после дентальной имплантации на нижней челюсти в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на кафедре челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с 2020 года по 2023 год. Средний возраст составил 40-56 лет. В данном исследовании приняли участие 8 человек (5-мужчин 62,5%, 3-женщины 37,5%) и были проанализированы медицинские карты, данные конусно-лучевого компьютерного томографа (КЛКТ) и ортопантограммы (ОПГ).

Больные с травмами нижнего альвеолярного нерва также проконсультированы невропатологом.

Диагноз ставили на основании КЛКТ и ОПГ, показанием для операции были травмы имплантатов, находящиеся в нижнечелюстном канале и жалобы больных на кровотечения и сильную боль, парестезии. При возникновении данного осложнения, необходимо выполнить следующие мероприятия: срочное извлечение имплантата, остановка кровотечения, операция по латерализации нижнего альвеолярного нерва.

Хирургический этап (латерализация нижнего альвеолярного нерва). Перед анестезией проводилось предоперационное полоскание 0,05 % раствором хлоргексидина и вавегана (йодопавидон). Под местным мандибулярным и инфльтрационным обезболиванием. Затем выполняется трапециевидный разрез, начинающийся в ретромолярной области до медиальной части клыка, где проводят вертикальный послабляющий разрез, распатором отслаивают полный слизисто-надкостничный лоскут. Выполняют остеотомию в виде прямоугольного окна в средней трети нижней челюсти по намеченным границам с помощью ультразвукового аппарата «Piezosurgery». Под углом 45° проводят распиливание кости с постоянным охлаждением стерильным физиологическим раствором. Отделяют остаточные костные перегородки, отделяют костный аутоотрансплантат в виде фрагмента кортикальной пластинки прямоугольной формы размером 2х1,0 см. В 0,05 % раствор хлоргексидина биглюконата помещают полученный аутоотрансплантат. С помощью гомеостатической губки останавливают кровотечение в ране.

Нижний альвеолярный нерв берут на лигатуры через полученное костное окно, удаляют дентальный имплантат, 1 % раствором диоксида промывают костную рану, затем обрабатывают 0,05 % раствором Мирамистина в течение 5 минут. Резорбируемой мембраной «Парадонкол» дефект кости закрывают аутоотрансплантатом, слизисто-надкостничным лоскутом, ушивают узловыми швами из «Полиприлена» и изолируют пленкой «Камистад-гель».

В зоне операционной травмы используют электрофорез 0,5 % раствором гидрокортизона 10–12 процедур на курс – для восстановления периферического кровообращения, иглорефлексотерапию в точках Белла – в местах входа и выхода нижнего альвеолярного нерва из нижней челюсти, 10–12 процедур на курс лечения. Проводится измерение показателей электровозбудимости соответствующих зон кожи лица 1 раз в сутки.

Послеоперационные осложнения в виде отека и гиперемии щечной области, незначительные боли гематомы и дискомфорт в послеоперационной ране и длительная парестезия соответствующих иннервации нижнего альвеолярного нерва зон лица (кожа подбородка, щеки, угла рта).

В качестве антибиотиков использовали Цефтриаксон по 1гх2 раза в/м, Бисептол 480мг по 1т х 2раза перос, совместно с антибиотиками давали Флюконазол 150мг перос, в качестве противовоспалительного и обезболивающего препарата применяли Нурафен 200мг по 1тх2 раза перос, нейропротекторы (Семакс, Цераксон) и комплекс витаминов В. Полоскания полости рта проводились 10 раз в день 0,05% раствором хлоргексидина 100 мл, швы были сняты через 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования и данных литературы [4] в зависимости от повреждения нижнего альвеолярного нерва различают следующие виды: **1. Травма нерва с признаками пенетрации в канале нерва или разрушение его стенок (нижнечелюстной)**- на снимке, полученном при помощи КЛКТ у 4 больных (50%). **2. Скрытое повреждение нерва**- потеря или изменение чувствительности в результате травмы или ранения без видимых признаков повреждения, но при этом после нейросенсорного теста или дополнительных методов исследования (магнитно-резонансная нейрография, электронейромиография тройничного нерва) был поставлен диагноз 4-5 степени повреждения нерва по Сандерленду у 2 больных (25%). **3. Повреждение нерва с появлением невропатической боли**- спровоцированной жгучей болью или невралгической болью с или без аллодинии, гиперпатии или гипералгезии, подтвержденной тестом на невропатическую боль у 1 больного (12,5%).

4. Химическое повреждение нерва - химические вещества могут повредить нерв (ирригация жидкостей, предназначенных для медикаментозной обработки раневого канала, в непосредственной близости от нижнеальвеолярного нерва) у 1 больного (12,5%).

Через 20–30 дней наблюдалось восстановление чувствительности зон иннервации нижнего альвеолярного нерва, включающих кожу подбородка, нижней губы, пульпы зубов. Согласно результатам определения электровозбудимости кожи лица и пульпы зубов, восстановление чувствительности после устранения травмы нижнего альвеолярного нерва другими методами отмечалось только через 3–6 месяцев.

Выводы. Для предупреждения развития осложнений КЛКТ является исключительно ценный диагностический инструмент, который позволяет проводить точную оценку костных тканей и важных анатомических структур, помогая врачам избежать развития осложнений. Разработанный способ лечения травмы нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации позволяет уменьшить операционную травму, сократить период полного восстановления чувствительности в соответствующих зонах кожи лица и пульпы зубов, иннервируемых нижним альвеолярным нервом.

Литература:

1. Маттео Кьяпаско. Хирургическая стоматология. Клинические протоколы / М. Кьяпаско//М.: Практическая медицина.–2023.– С 43-44.
2. Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина. Оперативная хирургия полости рта и челюстно-лицевой области / Кристофера Дж. Хаггерти, Роберта М. Лафлина //Москва «ГЭОТАР-Медиа».–2022.– С.675-676.
3. Стюарта Дж. Фроума. Осложнения дентальной имплантации / Стюарта Дж. Фроума. // Москва «ГЭОТАР-Медиа». – 2021.– С. 158-159.
4. ЮсуповЗ.Я., КосимовМ.М., Хакназаров С.Ш. и др. Возможности совершения аугментации костной ткани с одномоментной имплантацией при атрофии альвеолярного гребня нижней челюсти // Матер.конф.ГОУ ИПОвСЗРТ. Душанбе-2015, С- 158-160.
5. Wolford L., Rodrigues D.B. Peripheral trigeminal nerve injury, repair, and regeneration. Autogenous grafts \ conduits for peripheral trigeminal nerve gaps//Atlas Oral Maxillofac. Surg.Clin.North. Am.2011. Vol. 19.P 91-107.

ОлимоваФ.З., Додхоева М.Ф., В.Ю. Цой

ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕЗ ПРОТЕИНУРИИ

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

Таджикистан

Актуальность. Гипертензивные нарушения продолжают оставаться одними из нерешенных акушерских проблем и главной причиной материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Преэклампсия (ПЭ) и эклампсия обуславливают 46000 случаев материнской и500000 перинатальной смертности в мире каждый год [1].

Преэклампсия – патологическое состояние, обусловленное расстройством функций нескольких систем; развивается после 20 недель беременности у ранее нормотензивной женщины, обычно проявляется артериальной гипертензией и протеинурией. Неблагоприятными перинатальными исходами ПЭ являются недоношенность и ишемически-гипоксические поражения ЦНС, синдром задержки роста плода [2]. По оценкам исследователей, беременные с тяжелой ПЭ безпротеинурии имеют такие же неблагоприятные перинатальные исходы как ПЭ с протеинурией [3]. Перенесшие ПЭ женщины имеют повышенный риск ИБС, хронической артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, инсульта, почечной недостаточности, венозной тромбоэмболии, гипотиреоза в последующей жизни[4].

Целью настоящего исследования явилось изучение течения гестационного процесса при тяжелой преэклампсии без протеинурии.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 50 беременных женщин поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г.Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ.Критериями включения в исследование были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, отсутствие патологической протеинурии, наличие опасных симптомов гипертензивных нарушений.Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение. Профилактика судорог проводилась с использованием сернокислой магнезии, которая заменялась диазепамом при снижении темпа выделения мочи до 25 мл в час. Антигипертензивная терапия проводилась при уровне 160/110 мм. рт. ст. и выше. Преимущественно использовали нифедипин и гидралазин [5].

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoftInc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил $26,7 \pm 0,1$ лет, возрастная структура исследуемых была следующей: до 19 лет – 10,0%, 20-24 года – 32,0%, 25-29 лет -22,0%, 30-34-16,0%, 35-39 – 20,0%. Так, большинство беременных с тяжелой преэклампсиейоказалось в молодом возрасте. Число беременных до 24 года составило 42,0%.Анализ репродуктивной функции женщин показал, что из 50 пациенток с паритетом 0 оказалось 56,0%, 1 – 20,0%, 2 и более – 24,0%. Следовательно, чаще тяжелой преэклампсией без патологической протеинурией страдали первобеременные и первородящие. Доля городских жительниц составила 94,0%, сельских – 4,0%. Домохозяйками оказались 98,0% пациенток.

Из перенесенных заболеваний у 10,0% женщин в анамнезе был зарегистрирован гепатит А, у 6,0% - брюшной тиф, у 58,0% - пиелонефрит, у 22,0% - диффузное увеличение щитовидной железы, у 10,0% - тонзиллит. Среди осложненийгестации и сопутствующей патологии в первом триместре у 14,0% женщин беременность протекала с явлениями угрозы прерывания, анемия отмечалась в 72,0% случаев, обострение хронического пиелонефрита – 46,0%.

В целом, из 50 случаев срочные роды произошли в 86,0%, преждевременные - в 14%, из них самостоятельные роды – 64,0%, кесарево сечение - 36,0%. Показаниями к кесареву сечению были акушерские причины: рубцы на матке

(6,0%), дистресс плода (6,0%), неэффективность родовозбуждения (14,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (4,0%), отягощенный акушерский (22,5%) и гинекологический анамнезы (8,3%), поперечное положение плода (2,0%) и др.

Общая продолжительность родов у рожениц с тяжелой ПЭ без патологической протеинурии с включением случаев родостимуляции составила $539,8 \pm 35,8$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $513,7 \pm 33,4$, второго периода – $37,0 \pm 3,3$, третьего – $2,6 \pm 0,2$.

Среди осложнений в родах частота родового разрыва плодных оболочек составила 12,0%, ПОНРП – 6,0% (3 сл.), дискоординация родовой деятельности – в 2,0%, Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 2,0% случаев, также как и в популяции. Гематометра развилась в 12,0% случаев.

Средний вес новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ без патологической протеинурии составил $3016,8 \pm 98,6$ г. Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500 г составили 22,0%. Средний рост новорожденных был $49,4 \pm 0,5$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,9 \pm 0,2$ и $7,5 \pm 0,1$. Общее состояние детей при рождении оценивалось как удовлетворительное в 60,0%, средней тяжести – в 12,0% и тяжелое – в 28,0% случаев. Перинатальная энцефалопатия различного генеза зарегистрирована в 18,0% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 14,0%, пневмония – 0,9%, неонатальная смертность (1сл.) – 2,0%.

Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что большинство пациенток с тяжелой ПЭ без протеинурии были в возрасте до 24-х лет (42,0%), первородящими (56,0%), более 95% были домохозяйками, у более половины выявлено наличие двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, заболеваний почек, щитовидной железы. Несмотря на отсутствие патологической протеинурии, отмечены случаи ПОНРП, эклампсии, гипотонические кровотечения в послеродовом периоде, рождение детей с задержкой внутриутробного развития и с энцефалопатиями. Также, установлена высокая частота абдоминального родоразрешения. Приведенные факторы указывают на проведение прегравидарной подготовки, качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для профилактики гипертензивных осложнений.

Список литературы

1. Laura A. M. Preeclampsia / A. M. Laura, H. N. Kypros[et al.] // N Engl J Med . -2022. V.386, -C 1817-1832.
2. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia / Edward Antwi, Mary Amoakoh-Coleman[et al.] // PLOS ONE. – 2020. - V.15, 24p.
3. Does pre-eclampsia without proteinuria lead to different pregnancy outcomes than pre-eclampsia with proteinuria / Azusa Tochio [et al.] // J Obstet Gynaecol. – 2019. V. 8, P. 1576-1583.
4. Future cardiovascular disease risk for women with gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis / C.Q. Andre[et al.] // Journal of the American Heart Association. - 2020. -V. 9, -P. 798-803.
5. Узакова У.Д. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве / У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманов и др. – Д., 2015. – 186 с.

Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ОЖИРЕНИЕМ

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

Таджикистан

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) остается актуальной проблемой в акушерстве несмотря на современные достижения в вопросах диагностики и лечения. По данным ВОЗ (2014), 14% случаев материнской смертности связано с преэклампсией [1]. Преэклампсия – это специфическое для гестации осложнение, которое возникает во второй половине беременности, характеризуется артериальной гипертензией и патологической протеинурией, в ряде случаев проявлениями полиорганной недостаточности [2]. Известно, что патогенез ПЭ заключается в ишемии плаценты, возникающей в результате неправильного ремоделирования спиральных артерий матери, стимулирует высвобождение растворимых факторов из ишемизированной плаценты вызывая дисфункцию эндотелия матери и гипертензию. Этот процесс усугубляется, если ПЭ протекает на фоне ожирения [3]. Известными факторами риска ПЭ могут быть хроническая гипертензия, ожирение, первородящие, чёрная раса, возраст более 20 и менее 35 лет, болезни почек и материнская инфекция [4]. Неблагоприятными перинатальными исходами ПЭ являются недоношенность и ишемически-гипоксические поражения ЦНС, синдром задержки роста плода [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов при тяжелой преэклампсии с ожирением.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено проспективное сравнительное исследование перинатальных исходов у 188 беременных женщин поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ. Критериями включения в основную группу были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений и высокий индекс массы тела (ИМТ > 30). Группу сравнения составили пациентки с тяжелой ПЭ с нормальным ИМТ. Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение [5].

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 18 до 43 лет. Средний возраст женщин с тяжелой ПЭ с высоким ИМТ оказался $27,8 \pm 0,1$ лет, с нормальным ИМТ – $24,7 \pm 0,5$. В основной группе

первородящих было 21 (38,9%), повторнородящих — 33 (61,0%), в группе сравнения — соответственно 68,6%, и 31,4%. Следовательно, чаще всего повторнородящие с высоким ИМТ страдали тяжелой преэклампсией.

Систолическое артериальное давление в обеих группах колебалось в диапазоне от 150 до 200 мм. рт. ст, а диастолическое - от 90 до 110.

Следует отметить, что у большинства женщин с тяжелой ПЭ с ожирением и нормальным ИМТ отмечена высокая протеинурия (от 3,3 до 13,2 г/л). В первой группе среднее содержание гемоглобина составило $102,3 \pm 1,54$, во второй — $100,8 \pm 2,01$.

Исходы беременности у женщин с тяжелой преэклампсией представлены в табл. 1. Высокая частота преждевременных родов отмечена среди пациенток с тяжелой ПЭ с ожирением (22,2%), что связана с индуцированием родов согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений [5].

Операция кесарево сечение чаще всего (в 37,0%сл.) проведена основной группе, в группе сравнения — 21,6%. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у беременных с тяжелой ПЭ с ожирением были акушерские причины: дистресс плода (7,4%), неэффективность родовозбуждения (3,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,5%), дискоординация родовой деятельности (3,7%), поперечное положение плода (1,8%) и др.

Таблица 1

Исходы беременности при тяжелой преэклампсии

Исходы	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=134)	
	N	%	N	%
Срочные роды	41	75,9	105	78,3
Преждевременные роды	12	22,2	25	18,6
Запоздалые роды	1	1,8	2	1,5
Индукцированные	18	33,3	48	35,8
Самостоятельные роды	34	62,9	105	78,3
Кесарево сечение	20	37,0	29	21,6

Общая продолжительность родов у рожениц с тяжелой преэклампсией с ожирением с включением случаев родостимуляции составила $606,7 \pm 28,4$ минут, в том числе продолжительность первого периода — $585,1 \pm 26,1$, второго периода — $30,4 \pm 2,3$ третьего — $2,8 \pm 0,1$. Общая продолжительность родов в группе сравнения была короче чем в первой — $566,4 \pm 20,7$ минут, в том числе продолжительность первого периода — $527,7 \pm 20,1$, второго периода — $33,6 \pm 1,9$ третьего — $2,9 \pm 0,2$.

Структура осложнений приведена в табл. 2. Как видно, чаще всего преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и дистресс плода встречались у пациенток с тяжелой ПЭ с ожирением (7,4%). Однако случаи развития эклампсии (1,5%) и ДВС-синдрома с развитием матки Кювельера (1,5%) наблюдались у пациенток с тяжелой ПЭ с нормальным ИМТ. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 1,8% случаев основной группе и в 1,5% случаев в группе сравнения. Гематометра развилась в 14,8% и 12,6% соответственно.

Таблица 2

Осложнение беременности и родов при тяжелой преэклампсии

Осложнение	Основная группа (n=54)		Группа сравнения (n=134)	
	N	%	N	%
ДРПО	5	9,2	5	3,7
ПОНРП	4	7,4	6	4,4
Аномалии родовой деятельности	2	3,7	3	2,2
Дистресс плода	4	7,4	7	5,2
Хориоамнионит	-	-	3	2,2
Эклампсия	-	-	2	1,5
ДВС-синдром	-	-	2	1,5

Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой преэклампсией в 1-й группе составила $3040,9 \pm 117,2$ г, во 2-й — $2712,6 \pm 58,4$ г. Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500г составили 24% и 35,8% соответственно. Средний рост новорожденных в 1-й группе был $48,5 \pm 0,7$ см., во 2-й — $47,9 \pm 0,3$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,8 \pm 0,1$ и $7,4 \pm 0,1$ в первой группе, $6,7 \pm 0,1$ и $7,3 \pm 0,1$ во второй. Общее состояние детей при рождении оценивалось как тяжелое в 20,3% в основной группе и 22,3% в группе сравнения. В первой группе энцефалопатия различного генеза зарегистрировано в 22,2% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 12,9%, внутриутробная инфекция — 3,7%. Во второй группе — 15,6%, 18,6% и 4,4% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 5 случаев (9,2%), во второй — 9 случаев (8,2%).

Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжелая преэклампсия в сочетании с ожирением существенно ухудшает перинатальные исходы. Установлена высокая частота ПОНРП, преждевременных и оперативных родов среди беременных с тяжелой ПЭ с высоким ИМТ. В то же время, случаи развития ДВС-синдрома и эклампсии (1,5%) наблюдались у пациенток с тяжелой ПЭ с нормальным ИМТ. Высокая частота перинатальной энцефалопатии различного издержки внутриутробного развития и стали причиной неонатальной смерти 9,2% новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой ПЭ и ожирением. Приведенные факторы указывают на проведение прегравидарной подготовки, качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для профилактики гипертензивных осложнений.

Список литературы

1. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / L.Say [et al.] // TheLancetGlobalHealth.-2014, -V.2, №6, - P.323-333.
2. Systematicreviewofpredictionmodelsforgestationalhypertensionandpreeclampsia / EdwardAntwi, MaryAmoakoh-Coleman[et al.] //PLOS ONE. – 2020. - V.15, 24p.
3. Кажигаликызы Р. Патогенетические особенности течения преэклампсии на фоне ожирения / Р. Кажигаликызы [и др.] // Вестник Казнму. – 2020. №4, -С.20-25.
4. Early Pregnancy Prediction of Preeclampsia in Nulliparous Women, Combining Clinical Risk and Biomarkers^[1] The Screening for Pregnancy Endpoints (SCOPE) International Cohort Study / L.C. Kenny [et al.] // Hypertension. – 2014. -V.64, №3, - P. 644-652.
5. Узакова У.Д. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве / У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманов и др. – Д., 2015. – 186 с.^[1]

Олимова Ф.З., Юлдошева М.У.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

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

Таджикистан

Актуальность. Гипертензивные нарушения остаются одними из нерешенных акушерских проблем и главной причиной материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Преэклампсия (ПЭ) – системный специфичный для гестации синдром, вызывающий изменения в организме, как матери, так и плода, который развивается после 20-й недели беременности и характеризуется артериальной гипертензией и патологической протеинурией, в ряде случаев проявлениями полиорганной недостаточности [1]. Неблагоприятными перинатальными исходами ПЭ являются доношенность и ишемически-гипоксические поражения ЦНС, синдром задержки роста плода [2]. Перенесение ПЭ женщины имеют повышенный риск ИБС, гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, инсульта, почечной недостаточности, венозной тромбоэмболии, гипотиреоза в последующей жизни. Также дети, родившиеся от преэкламптических беременностей, более склонны к гипертонии, резистентности к инсулину, неврологическим проблемам, инсульту и психическим расстройствам на протяжении всей своей жизни [3,4].

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов при тяжелой преэклампсии в зависимости от паритета.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 231 беременных женщин поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ. Критериями включения в исследование были: артериальная гипертензия впервые возникшая после 20 недель беременности, наличие патологической протеинурии и/или опасных симптомов гипертензивных нарушений. Пациентки были разделены на 2 группы, 134 первородящих составили первую группу и 97 повторнородящих - вторую. Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение.

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 17 до 43 лет. Средний возраст пациенток 1-ой группы составил $22,3 \pm 0,37$, 2-й группы - $31,1 \pm 0,51$ год. Из перенесенных заболеваний, в 1-й группе у 10,4%, во 2-ой группе у 7,2% женщин в анамнезе был зарегистрирован гепатит А, брюшной тиф составил в 4,5% случаев в 1-й группе и 8,2% во второй группе, пиелонефрит в 1-й группе составил 53,7%, во 2-ой - 64,9%. Диффузное увеличение щитовидной железы было зарегистрировано в 39,5% случаев у пациенток 1-й группы и 48,4% 2-ой группы, тонзиллит - у 6,7% первобеременных и 7,2% повторнородящих.

Исходы беременности у женщин с тяжелой преэклампсией представлены в табл.1. Высокая частота преждевременных родов (особенно у повторнородящих) связана с индуцированием родов согласно Национальным стандартам по ведению гипертензивных нарушений [5].

Операция кесарево сечение чаще всего (в 28,3%сл.) проведено в первой группе. Показаниями к абдоминальному родоразрешению у первобеременных были акушерские причины: дистресс плода (3,0%), неэффективность родовозбуждения (14,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (3,0%) и др.

Таблица 1

Исходы беременности при тяжелой преэклампсии с учетом паритета.

Исходы	Паритет			
	Первородящие (n=134)		Повторнородящие (n=97)	
	N	%	N	%
Срочные роды	114	85,0	72	74,2
Преждевременные роды	17	12,7	25	25,7
Запоздалые роды	3	2,2	-	-
Индукцированные	48	12,2	43	44,2
Самостоятельные роды	96	71,6	73	75,2
Кесарево сечение	38	28,3	24	24,7

Общая продолжительность родов у первородящих с тяжелой преэклампсией с включением случаев родостимуляции составила $646,6 \pm 20,5$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $609,03 \pm 19,5$, второго периода – $41,7 \pm 1,9$, третьего – $2,7 \pm 0,2$. Общая продолжительность родов во второй группе была короче чем в первой – $438,4 \pm 14,7$ минут, в том числе продолжительность первого периода – $406,1 \pm 14,9$, второго периода – $22,1 \pm 1,25$, третьего – $2,7 \pm 0,1$.

Структура осложнений приведена в табл.2. Как видно, чаще всего преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) встречалась у повторнородящих (6 сл.). Однако случаи развития эклампсии (1,5%) и хориоамнионита (2,2%) наблюдались у первородящих. Частота аномалий родовой деятельности была высока у первородящих чем у повторнородящих – 11,2% и 5,2% соответственно. Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением в 0,7% случаев у первородящих и в 2,1% у повторнородящих. Гематометра развилась в 13,4% случаев в 1-й группе и в 14,4% во 2-й.

Таблица 2

Осложнение беременности и родов при тяжелой преэклампсии с учетом паритета.

Осложнение	Паритет			
	Первородящие (n=134)		Повторнородящие (n=97)	
	N	%	N	%
ДРПО	10	7,5	5	5,1
ПОНРП	4	3,0	6	6,2
Аномалии родовой деятельности	15	11,2	5	5,1
Дистресс плода	8	6,0	5	5,1
Хориоамнионит	3	2,2	-	-
Эклампсия	2	1,5	-	-

Средняя масса новорожденных от матерей с тяжелой преэклампсией в 1-й группе составила $2840,2 \pm 54,7$ г, во 2-й – $2832,6 \pm 87,9$ г. Новорожденные массой тела при рождении ниже 2500г составили 26,8% и 34,0% соответственно. Средний рост новорожденных в 1-й группе был $48,6 \pm 0,3$ см., во 2-й – $47,6 \pm 0,5$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минутах: $6,8 \pm 0,1$ и $7,4 \pm 0,1$ в первой группе, $6,8 \pm 0,12$ и $7,4 \pm 0,1$ во второй. Общее состояние детей при рождении оценивалось как тяжелое в 20,1% в 1-й группе и 22,6%. В первой группе энцефалопатия различного генеза зарегистрировано в 18,0% случаев, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 15,0%, внутриутробная инфекция – 3,7%. Во второй группе – 21,6%, 16,5% и 4,1% соответственно. Неонатальная смертность в 1-й группе составила 3,7%, во второй – 8,2%.

Таким образом, полученные результаты проведенных исследований показали, что тяжелая преэклампсия значительно ухудшает перинатальные исходы независимо от паритета. Установлена высокая частота ПОНРП у повторнородящих с тяжелой ПЭ. Однако случаи развития эклампсии (1,5%) и хориоамнионита (2,2%) наблюдались у первородящих. Индуцирование родов с целью предотвращения тяжелых последствий и рождение недоношенных детей на фоне тяжелой ПЭ способствовали высокой частоте перинатальной патологии, особенно у повторнородящих.

Список литературы

1. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia / Edward Antwi, Mary Amoakoh-Coleman [et al.] // PLOS ONE. – 2020. – V.15, 24p.
2. Evaluating the maternal and perinatal sequelae of severe gestational hypertension / Natasha R.Kumar [et al.] // American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. -2021.- V.3, P. 275-280.
3. Отдаленные последствия перенесенных гипертензивных расстройств во время беременности В.Ф. Долгушина [и др.] // Акушерство и гинекология – 2021. №10, -С.14-20.
4. Future cardiovascular disease risk for women with gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis / C.Q. Andre [et al.] // Journal of the American Heart Association.- 2020.- V. 9, -P. 798-803.
5. Узакова У.Д. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве / У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманов и др. – Д., 2015. – 186 с. [1]

Отахонов Ф.Х., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.

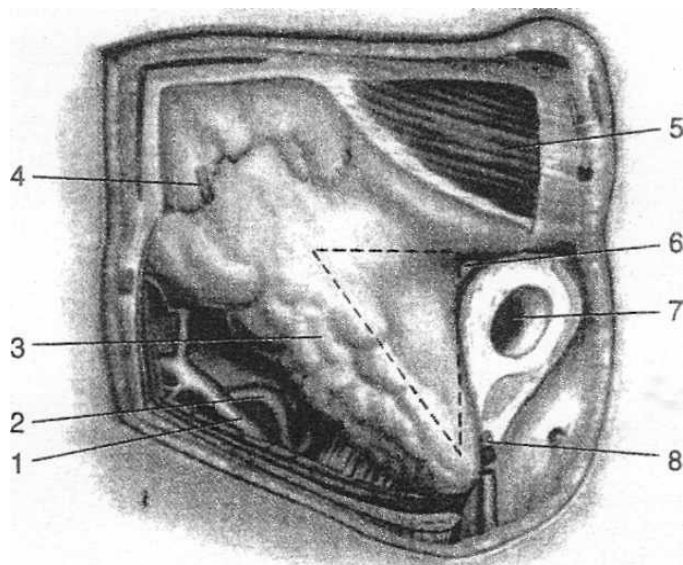
АҲАМИЯТИ СЕКУНЧАИ ТРЕПАНАТСИОНИИ ШИПО БАРОИ ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲО ҲАНГОМИ ГУ-ЗАРЕНИДАНИ АМАЛИЁТҲОИ ҶАРОҲӢ ДАР ШОҲАИ ПИСТОНШАКЛИ УСТУХОНИ ЧАККА

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон”. Тоҷикистон.

Мухимият. Шоҳаи пистоншакл (processus mastoideus) як қисми устухони чакка буда, махсусан дар шӯъбаи ақибаш шахшӯл дорад, ки мушаки тушу кулфаку пистоншакл (m.sternocleidomastoideus) мечаспад. Дар доираи шоҳаи пистоншакл дар қисмати пешу болояшмайдончаи ҳамвори секунҷашакл ҷойгир шудааст, ки номи секунҷаи трепанатсионии Шипоро гирифтааст. Сарҳадҳои секунҷаи Шипо: аз боло — хати кундаланг, ки идомаи канори болоии камони рухсора аст, аз ақиб — канори пеши қира ё дағалии пистоншакл (tuberositas mastoidea), аз пеш — канори ақибӣ суроҳии берунии шунавоӣ бо шавқи болои гузаргоҳӣ ва роғи табилию пистоншакл (spina suprameatum et fissure tympanomastoidea). (Расми 1).

Дар ин мавзӯе трепанатсияи шоҳаи пистоншакли устухони чакка ҳангоми мастоидити фасоднок ва отити миёнаи музмини фасоднок гузаронида мешавад. Барои ҳамин ин мавзӯро секунҷаи трепанатсионӣ меноманд. Дар дохили шоҳаи пистоншакли устухони чакка ковоқиҳо - ҳучрачаҳои пистоншакл, ки пур аз ҳаво буда аз сатҳи дарун бо пардаи луобӣ пушида шудаанд. Ҳучрачаи аз ҳама калони шоҳаи пистоншакл - ғори пистоншакл (antrum) mastoideum ба ҳисоб меравад. Ғори пистоншакл бо даромадгоҳ (aditus ad antrum) ба қисмати болои ковоқи таблӣ, ки дар он

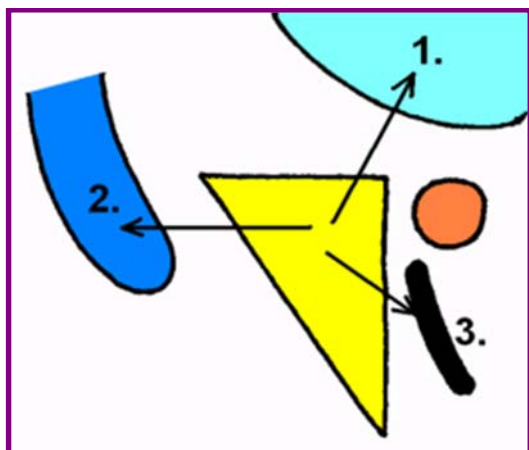
устухончаҳои шунавой - болғача, сандон ва рикобча қойгир аст, пайвастагӣ дорад. Бинобар ин равандҳои илтиҳобии гӯши миёна ба оризаи мастоидити фасоднок оварда мерасонад. Ғори pistonshakl дар қисмати болоии секунҷаи трепанатсионӣ дар чуқурии 1,5 - 2,0 см аз сатҳи устухон қойгир аст. Дар қисмати ақибу поёнии шохчаи pistonshakl устухони чакка ва дар сатҳи ақибӣ секунҷаи трепанатсионӣ ҷавфи сигмашакл (sinus sigmoideus), ки дар ҷӯяки ҳамном қойгир аст. Дар асл ҷавфи сигмашакл дар қисмати ақибӣ секунҷаи трепанатсионӣ қойгир аст, аммо дар баъзе мавридҳо проексияи қойгиршавиаш иваз шуда, метавонад пештар яъне пурра дар худӣ секунҷаи трепанатсионӣ қойгир шавад. Дар қисмати пеши секунҷаи трепанатсионӣ, аз дохили шохчаи pistonshakl устухони чакка қисмати поёнии канали асаби рӯй мегузарад.



Расми 1. Секунҷаи Шипо - мавзеи қойгиршавӣ дар шохчаи pistonshakl устухони чакка. 1 — вариди пушти сар, 2 — шарёи пушти сар, 3 — дунгчаи pistonshakl, 4 — вариди pistonshakl эмиссарӣ, 5 — мушаки чакка, 6 — шавқӣ болои гузаргоҳӣ, 7 — гузаргоҳи берунаи шунавой, 8 — шарёи асаби ақибӣ гӯш.

Дар қисмати ақибу поёнии шохчаи pistonshakl устухони чакка ва дар сатҳи ақибӣ секунҷаи трепанатсионӣ ҷавфи сигмашакл (sinus sigmoideus) аст, ки дар ҷӯяки ҳамном қойгир аст. Дар асл ҷавфи сигмашакл дар қисмати ақибӣ секунҷаи трепанатсионӣ қойгир дорад, аммо дар баъзе мавридҳо проексияи қойгиршавиаш иваз шуда метавонад пештар яъне пурра дар худӣ секунҷаи трепанатсионӣ қойгир шавад. Дар қисмати пеши секунҷаи трепанатсионӣ, аз дохили шохчаи pistonshakl устухони чакка қисмати поёнии канали асаби рӯй мегузарад. (Расми 2).

Расми 2. Ҳамсарҳадии секунҷаи Шипо бо чуқурчаи миёнаи косаи сар, ҷавфи сигмашакл ва асаби рӯй :



1. Бо чуқурчаи миёнаи косаи сар (аз боло);
2. Бо ҷавфи сигмашакл (аз ақиб);
3. Бо канали асабируй (аз пеш).

Дар шохчаи pistonshakl бештар ҷарроҳҳои зерин гузаронида мешавад:

Антротомия - бурида кушодани антрум (ғор)-и шохчаи pistonshakl.

Антротомия - бурида кушодани антрум (ғор) ва ҳуҷайраҳои шохчаи pistonshakl ва антротомияи васеъ [1,2,3,4].

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши аҳамияти секунҷаи Шипо барои гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳӣ дар шохчаи pistonshakl ва пешгирии оризаҳои хангоми ҷарроҳӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар асоси адабиётҳои илмӣ, мақолаҳо ва нашриёту маҷаллаҳои илмӣ гирифта шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар беморони отити миёнаи музминии фасоднок бо оризаи мастоидити фасоднок ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии антротомия, антростоидотомия ва антростоидотомияи васеъ берун аз сарҳади секунҷаи Шипо метавонад ба оризаи зерин оварда расонад. Гузаронидани ҷарроҳии берун аз сарҳади болоӣ ба осеби каналҳои нимдоираи ғуши дарунӣ ва девораи болоии ковокии таблӣ оварда мерасонад. Гузаронидани ҷарроҳии берун аз сарҳади пеши секунҷа, ки канали асаби рӯй мегузарад, ба осеби асаби рӯй ва пайдоиши нимфалаҷ ё фалаҷи як қисмати мушакҳои рӯй оварда мерасонад. Гузаронидани ҷарроҳии берун аз сарҳади ақиби ин секунҷа, ки ҷавфи сигмашакли саҳтпарда ҷойгир аст ва тавассути он хуни варида аз тамоми ҷавфҳои саҳтпарда ҷамъ шуда, ба варидаи ҷуғии дарунӣ мегузарад, осеби девораҳои он боиси хунравии шадид мегардад. Барои пайдо нашудани ҷунин оризаи ҳангоми ҷарроҳии дар шохаи пистоншакл мебояд тамоми ҷарроҳии дар доираи секунҷаи трепанатсионии Шипо гузаронида шавад.[1,2,3,4].

Хулоса. Аҳамияти муҳими клиникаи секунҷаи трепанатсионии Шипо дар он аст, ки донишмандони сарҳади ин секунҷа имкон медиҳад, ки майдони ҷарроҳиро дуруст нишонагузорӣ карда шавад, ҳамчунин он боиси кам гардидани оризаи ҳангоми ҷарроҳӣ ва давраи баъдиҷарроҳӣ мегардад.

Рӯйхати адабиёт

1. Муҳаммадқулова М.М. Амалияи ҷарроҳӣ ва анатомияи топографӣ / М.М. Муҳаммадқулова // - 1989 С 55.;
2. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / В.И. Сергиенко Э.А. Петросян И.В. Фраучи // - 2014 -Т.1 С.416-417.
3. Островерхов Г.Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Г.Е. Островерхов Ю.М. Бомаш Д.Н. Лубоцкий // - 2013 С.299-301.
4. Пальчун В.Т. Руководство по практической оториноларингологии / Магомедов М.М., Лучихин М.А. // - 2011 С.640-641.

Пиров Б.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Кафедра хирургических дисциплин №1 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».
Таджикистан.

Республиканская клиническая больница Дангары, Таджикистан.

Актуальность. Ограниченное количество доноров является основной причиной низкого количества трансплантаций почек пациентам с хронической болезнью почек (ХБП 5 ст) [1,2]. На сегодняшний день в Республике Таджикистан по этическим и социальным проблемам трансплантация органов от доноров со смертью мозга очень долго находится на этапе развития и становления.

В связи с этим республиканская клиническая больница (РКБ) района Дангары имеет опыт операций по пересадке почек от живого донора. Данные трансплантации почки от живого донора, по сравнению с трупным, связана с лучшими ранними и поздними показателями выживаемости реципиентов и длительным функционированием трансплантата при родственном - 90%, а трупном - 80% [3,4,5].

Ежегодно в Республике Таджикистан выполняется более 160 пересадок, а нуждаются в трансплантации почки более чем 300 пациентов. За период с 2016 по 2023 гг. в отделении трансплантации РКБ Дангары выполнены 132 (100%) трансплантации почек. Чтобы обеспечить население Республики Таджикистан медицинской помощью по трансплантации органов в соответствии с реальной потребностью должно быть организовано посмертное донорство и трансплантация от умершего донора почки.

Цель исследования. Оценить и улучшить результаты хирургического лечения трансплантации почки в Хатлонской области.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни 132 (100%) пациентов с ХБП 5 ст., которым проведена пересадка почки с 2016 г. по 2023 г. в отделении трансплантации органов и тканей человека Республиканской клинической больницы Дангары и хирургическом отделении городской клинической больницы города Худжанда, отделении урологии Согдийской областной клинической больницы. Среди реципиентов было 88 (66,6%) мужчин и 44 (33,4%) женщины в возрасте от 20 до 60 лет. Среди доноров - 62 (47 %) мужчины и 70 (53%) женщины в возрасте от 27 до 57 лет.

Согласно международным протоколам, все реципиенты и доноры обследование проходили по более 20 критериям, включая кросс-матч и групповую совместимость крови. Консультировались пациенты психиатром, оценивалась приверженность пациентов к пожизненной иммуносупрессивной терапии. Исключены тяжелые сосудистые заболевания, которые могли бы осложнить имплантацию донорских почек и последующую их качественную реперфузию.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивалась по формуле Modification of Dietin Renal Disease (MDRD 4). Диагноз острого отторжения из-за отсутствия биопсии (золотой стандарт) был поставлен на основании клинических и лабораторных исследований.

Средняя продолжительность диализа до аллотрансплантации почки (АТП) составила 10,4±1 мес. Среди всех реципиентов 6 (4,54%) были оперированы на додиализном этапе. Первичных трансплантаций было выполнено 130 (98,5%) и 2 (1,5%) ретрансплантированы. На момент выполнения операции 4 (3%) имели вирусный гепатит С и 2 (1,5%) пациента - вирусный гепатит В, в стадии клинико-лабораторной ремиссии.

Результаты исследования и их обсуждение. В 130 (98,5%) случаях производился открытый забор почки люмботомным доступом, в 2 (1,5%) - передним доступом. В 129 (96,5%) случаях осуществлен забор левой, в 3 (3,5%) - правой донорской почки.

Почечные трансплантаты имели ряд анатомических особенностей: в 2 (1,5%) случаях имелись 2 почечные артерии, в 11 (8,33%) случаях-2 почечные вены, из них только в 2 (1,5%) случаях нами произведено анастомозирование обеих вен к наружной подвздошной вене, в 9 (7,5%) случаях - вторые меньшим калибром вены перевязаны. Эти особенности потребовали ряда реконструктивных операций на этапе back-table.

В 123 (92,5%) случаях артериальный анастомоз выполнен между почечной артерией донорской почки и наружной подвздошной артерией реципиента по принципу «конец в бок»; в 9 (7,5%) случаях был выполнен артериальный анастомоз по принципу «конец в конец». Во всех случаях венозный анастомоз был выполнен по принципу «конец в бок» между почечной веной трансплантата почки и наружной подвздошной веной реципиента (табл 1).

Таблица 1. Пол и возраст реципиентов и доноров.

Пол реципиентов		Пол доноров		Эксплантация		Трансплантация	
<i>мужчины</i>	<i>женщины</i>	<i>мужчины</i>	<i>женщины</i>	<i>справа</i>	<i>слева</i>	<i>вправо</i>	<i>влево</i>
88 (70,4%)	37 (29,6%)	42 (33,6 %)	46 (66,4%),	6 (4,8%)	119 (95,2%)	120 (96%)	5 (4,0%)
Всего: 125 (100%)		125 (100%)		125 (100%)		125 (100%)	

Как видно из данной таблицы, мужчины составили 80,5% от всех поступивших, 63% пациентов были в возрасте 21 - 40 лет.

Уретеронеоцистоанастомоз был выполнен во всех случаях по методу Лича-Грегуара со стентированием с JJ-стентами 6 Fr у 122 (97,8%) и у 3 (2,25%) пациентов без стентирования.

В качестве индукционной терапии применялся антиtimoцитарный иммуноглобулин тимоглобулин в 100% случаев. Интраоперационно по весу пациента всем вводился инъекционный метипред, в течение 2 последующих послеоперационных дней проводили редукцию на 50% с переходом на таблетированный преднизолон. В качестве базисной терапии была применена 3-компонентная иммуносупрессия, 132 (100%) пациента получали такролимус, преднизолон, микофенолатамофетил (ММФ). 4 (3%) пациентов перевели с такролимуса на неорал. Из-за непереносимости 2 (1,5%) пациента переведены с ММФ на азатиоприн. Каждый раз дозы и схемы иммуносупрессивной терапии подбиралась индивидуально после определения концентрации.

Условно разделив осложнения после АТП на две группы (хирургические и нехирургические), к наиболее тяжёлым хирургическим осложнениям отнесли тромбозы, стенозы сосудистых анастомозов. Сосудистые осложнения после трансплантации почки в клинической практике являются весьма серьёзной проблемой, поскольку при поздней диагностике и отсутствии своевременного лечения приводят к развитию быстро прогрессирующей дисфункции и скорейшей утрате почечного трансплантата. Частота развития подобных осложнений, по данным различных авторов, колеблется от 0,5% до 8% [1,5]. Послеоперационный период в 6 (4,5%), в том числе в 5 случаях (3,75%) осложнился тромбозом лёгочной артерии смертью пациента, а в одном случае (1,5%) тромбозом трансплантата почки, что привело к потере трансплантата. 3 (2,25%) пациента в раннем послеоперационном периоде получали гемодиализ по причине отсроченной функции трансплантата.

Общее количество нехирургических осложнений составило 10 (29,6%) случаев, острый криз отторжения - 3 (2,25%) случая, потеря трансплантата на фоне активации ЦМВ-инфекции и позднего обращения пациента в стационар - 1 (0,75%) случай. Острое отторжение трансплантата (криз отторжения) может развиваться на любых сроках после пересадки органов, чаще всего оно встречается в раннем посттрансплантационном периоде (до 70% в течение первых трёх месяцев после пересадки). Кровотечение из сосудистого анастомоза наблюдалось в – 10 (7,5%) случаях из них в 3 (2,25%) случаях необходимо было переливание крови, без активного хирургического вмешательства, раневая инфекция отмечена в 9 (6,75%) случаях, в 4 (3%) случаях наблюдалось развитие ковид-19 с тяжёлой пневмонией, в 10 (7,5%) случаях отмечаются различные формы отторжения трансплантированных почек. Тромбоз сосудов почек отмечался в 2 (1,5%) случаях, активизация ЦМВ в 3 (2,25%) (табл. 2).

Таблица2. Осложнения после трансплантации почки

Осложнения			
<i>нехирургические</i>	<i>абс/%</i>	<i>хирургические</i>	<i>абс/%</i>
Отсроченная функция	14(10,6%)	Перфорация кишечника	3 (2,25)
Тромбоз лёгочной артерии	5(3,75%)	Перфорация мочеточника J) стентом	2 (1,5%)
Тромбоз почечной артерии	2 (1,5%)	Несостоятельность уретероцистоанастомоза	4 (3%)
Острый криз отторжения	10 (7,5%)	Кровотечение из сосудов почек	10 (7,5%)
Активация ЦМВ	3 (2,25%)	Инфекция раны	9(6,75%)
Ковид 19	4 (3%)		
Всего:	38 (28,5%)		28 (21%)
Итого:		66 (50%)	
Смертность за 5 лет		21(15,75%)	

Из хирургических осложнений в одном случае (0,8%) развилась перфорация кишечника и понадобилось ушивание перфорированного участка тонкой кишки с интубацией толстой и тонкой кишок дренированием брюшной полости.

В 2 случаях (1,5%) произошла перфорация дистального отдела мочеточника мигрированным стентом, выполнена пластика мочеточника со рестентированием мочеточника (на 21-23 сутки). Кровотечение из сосудистого анастомоза наблюдалось в 10 (7,5%) случаях в 2 (1,5%) - произведено переливание крови, без активного хирургического вмешательства, раневая инфекция - в 5 (4%) случаях.

Результаты 132 трансплантаций почки позволяют с надеждой смотреть в будущее. В ранние сроки умерли 10 (7,5%) пациентов, в позднем 5- летняя умерли 21 (15,75%) пациентов при самостоятельном нарушении режима иммуносупрессивной терапии.

Выживаемость реципиентов в первые 12 месяцев после АТП составила 92,5%, что намного ниже результатов регистра «The international society for heart & lung transplantation» с показателями 95-98%.

Благодаря тому, что технические возможности клиники соответствуют требованиям и неорганизованности службы диспансерного наблюдения за больными с пересаженной почкой, удаётся вовремя выявлять осложнения и проводить их хирургическую и терапевтическую коррекцию.

Выводы. Различные осложнения способны сократить срок функционирования трансплантата, поэтому профилактика и лечение развившегося осложнения остаются актуальными задачами.

Годичная выживаемость реципиентов составила 92%, а 5-летняя - 84,25%, что ниже данных мировой статистики.

Правильная организация службы трансплантологии с качественным обследованием донорских пар, подготовка всех необходимых специалистов для данной отрасли, внедрение в практику лапароскопических методов забора донорской почки улучшат результаты лечения.

Литература.

1. Баймаханов Б.Б. Совершенствование технологии трансплантации родственной почки. /Баймаханов Б.Б., Кыжиров Ж.Р., Сахипов М.М., Чорматов А.Т., Ибрагимов Р. П., Байдаулегов Ж. Ж., Стамкулов Ф.Т. // Вестник Казахского национального медицинского университета. -2013. -№1. -С. 199-201.
2. Готье С.В. Мойсюк Я.Г., Хомяков. С.М., Ибрагимова О.С. Органное донорство и трансплантация в Российской Федерации в 2011г. / Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Хомяков. С.М., Ибрагимова О.С.// Вестник трансплантологии и искусственных органов. -2012. -14. –С. 6-18.
3. Исмоилов С.С., Скрининг потенциальных живых доноров при трансплантации почки. / С.С. Исмоилов, С.Ф. Гулшанова // Вестник Авиценны. -2013. - №4. – С. 25-28.
4. Ким И.Г. Влияние режима поддерживающей иммуносупрессивной терапии на отдалённые результаты трансплантации почки. / И.Г. Ким, Е.С. Столяревич, **Л.Ю.** Артюхина, Н.Ф. Фролова, Н.Д.Фёдорова, Н.А. Томилина // Нефрология и диализ. -2012. - №14. – С. 41-47.
5. Инновационные перспективы развития службы органной трансплантации в Республике. / Руммо О.О. // Инновационные технологии в медицине. -2013. - №1. – С.111-120.

Попова Н.М.1, Стяжкина С.Н.2, Аюбов Р.К.

ХАРАКТЕРИСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения¹

Кафедра факультетской хирургии²

Введение. Заболеваемость болезнями щитовидной железы актуальна для Удмуртской Республики (УР), в связи с дефицитом йода. При оценке йодурии – показателя отображающего уровень экскреции йода с мочой, у населения УР был зафиксирован дефицит йода лёгкой степени (медиана концентрации йода в моче – 68,3 мкг/л).

Одним из значимых факторов риска развития узловых форм зоба является – возраст. При анализе статистических данных было выявлено, что распространённость патологий щитовидной железы среди лиц старше 60 лет в (8-10) раз больше, чем у молодого населения. Численность населения УР на начало 2023 года составляла 1 442 251 человек. При подсчёте показателя демографического старения, его численное значение составило (23,4%), что по шкале Ж. Боже-Гарнье – Э. Россета соответствует – очень высокому уровню демографической старости, что увеличивает риск развития узловых заболеваний на территории УР.

Немаловажным условием для развития данной патологии является влияние экологических факторов. На территории УР, особенно в крупных городах, таких как: Ижевск, Воткинск, Сарапул, Можга - находится большое количество заводов и предприятий, загрязняющих окружающую среду.

Цель исследования. Дать характеристику госпитализированных пациентов с заболеваниями щитовидной железы на территории Удмуртской Республики в период с 2018 по 2023 год.

Материалы и методы исследования. Исследование осуществлялось на базе хирургического отделения Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики "Первая Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики" (БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР"). Материалом для исследования послужили 6300 медицинских карт стационарного больного за 2018-2023 годы. Данные Федеральной службы государственной статистики – Росстат. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы StatTech (v.3.1.10).

Результаты исследования и их обсуждения. Было проанализировано 6 300 медицинских карт стационарного больного, пациентов находившихся на госпитализации в хирургическом отделении БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" в период с 2018 по 2023 годы. Оперативные вмешательства по поводу заболеваний щитовидной железы были проведены у 98 пациентов, из них женщин – 87,8% (86 человек), мужчин – 12,2% (12 человек). Средний возраст больных составил

55±3,7 лет, среди них лица старше 60 лет составили (73,0%).

В результате комплексного обследования пациентов (сбор анамнеза, проведение инструментальных (ультразвуковая диагностика (УЗД) и тонкоигольная аспирационная биопсическая проба (ТАБП)) и лабораторных методов исследования, а также гистологического изучения операционного материала) были обнаружены следующие клинические патологии: диффузно-узловой зоб 1-5 степени (70,0%), токсический зоб (12,0%), доброкачественное образование щитовидной железы (15,5%), другие (2,5%).

Всем пациентам были проведены хирургические вмешательства, такие как: тиреоидэктомия – полное удаление щитовидной железы в (42,9%) случаев и гемитиреоидэктомия – частичное удаление щитовидной железы, справа либо слева в (57,1%) случаев.

При оценке показателя демографического старения в период с 2018 по 2023 годы было выявлено, что начиная с 2018 года, с каждым последующим годом, на территории УР увеличивается доля населения старше 60 лет (табл. 1). Это несёт за собой множество последствий, однако актуальным для нас является увеличение количества жителей, входящих в группу риска развития патологий щитовидной железы.

Таблица 1. Оценка демографического старения населения УР за 2018-2023 гг.

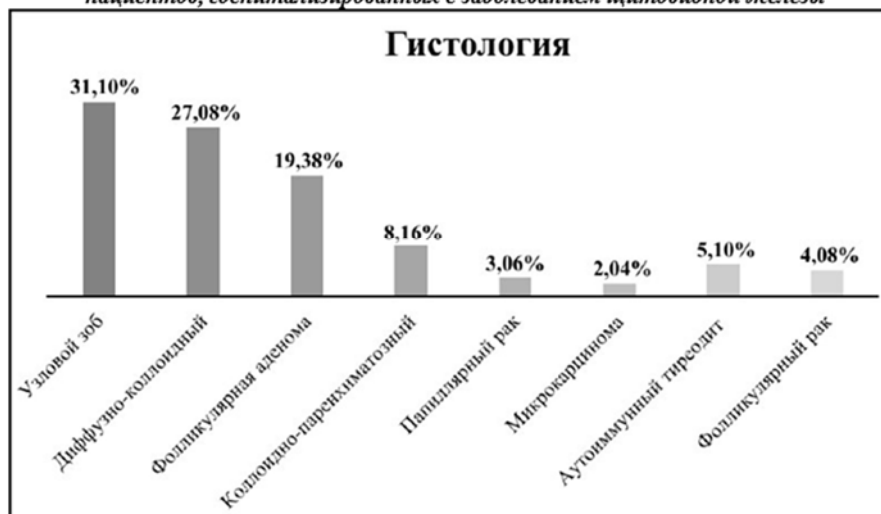
	Общая численность населения	Население старше 60 лет	Демографическое старение (%)
2018	1 513 044	306 974	20,3
2019	1 507 390	317 549	21,1
2020	1 500 955	328 163	21,9
2021	1 493 356	336 450	22,5
2022	1 484 460	341 018	23,0
2023	1 442 251	337 406	23,4

Таблица 2. Характеристика госпитализированных пациентов с заболеваниями щитовидной железы, из населённых пунктов УР за 2018-2023 гг.

Города	Районы
Глазов 7,2%	Дебесский 1,2%
Можга 13,3%	Игринский 2,4%
Ижевск 14,5%	Увинский 4,8%
Воткинск 15,7%	Вавожский 2,4%
Сарапул 7,2%	Балезинский 1,2%
	Шарканский 3,6%
	Завьяловский 7,2%
	Кизнерский 1,2%
	Малопургинский 2,4%
	Сюмсинский 1,2%
	Якшур-Бодьинский 2,4%
	Княсовский 3,6%
	Алнашский 3,6%
	Каракулинский 1,2%
	Кезский 3,6%
Всего в городах УР: 57,9%	Всего в районах УР: 42,1%

Распределение пациентов поступивших на операцию в хирургическое отделение БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" в период с 2018 по 2023 годы следующее: (57,9%) человек поступило из городов УР, (42,1%) из районов (табл. 2). Наиболее часто госпитализированы пациенты из городов: Воткинск, Ижевск и Можга; из районов: Завьяловский и Увинский. Большая частота госпитализированных пациентов с заболеваниями щитовидной железы на территории УР, может быть напрямую связана с состоянием окружающей среды, которая загрязняется вследствие большого количества промышленных предприятий и заводов, расположенных на данных территориях.

Таблица 3. Результаты гистологического исследования операционного материала пациентов, госпитализированных с заболеванием щитовидной железы



При проведении прижизненного патологоанатомического исследования операционного материала чаще всего были выявлены узловые и коллоидные формы зоба, реже был диагностирован паренхиматозный зоб (табл. 3). В биоптатах были обнаружены фиброзные, склеротические, геморрагические изменения. Доброкачественная опухоль была представлена фолликулярной аденомой, отличительной особенностью от злокачественной опухоли является наличие четкой капсулы. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хашимото) - характеризовался обильной лимфоцитарной инфильтрацией. И только в (9,0%) случаев были выявлены признаки малигнизации тканей представленные папиллярным, фолликулярным раком и микрокарциномой.

Выводы. Таким образом из всех госпитализированных пациентов с 2018 по 2023 годы в БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" 1,6% лиц, находились на оперативном лечении в хирургическом стационаре. Средний возраст госпитализированных в стационар за 2018-2023 годы составил 55 лет, в основном были выявлены диффузно-узловые формы зоба различных степеней (70,0%), большая часть госпитализированных (57,9%) была из городов (Воткинск, Ижевск, Можга). По результатам патологоанатомического исследования биопсийного материала были выявлены узловые (31,0%) и коллоидные (27,1%) формы зоба. Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод что для Удмуртской Республики проблема патологии узловых форм зоба является очень важной. Необходимо предпринимать меры для профилактики заболеваний щитовидной железы, например, путём устранения йододефицита, улучшением экологического состояния территорий УР, для более раннего выявления патологий необходимо проведение УЗД, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения.

Список литературы.

1. Попова, Н. М. Исследование заболеваемости взрослого и детского населения Удмуртской республики болезнями эндокринной системы за 2014-2018 годы / Н. М. Попова, А. И. Вахитова, З. Р. Набиуллина // Modern Science. – 2021. – № 12-2. – С. 118-122.
2. Стяжкина, С. Н. Особенности диагностики и лечения тиреотоксикоза у пациента с тяжелой коморбидной патологией: клинический случай / С. Н. Стяжкина, Е. В. Черняева, В. В. Карманова [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2022. – Т. 39, № 1. – С. 119-123.
3. Попова Н. М. Динамика смертности населения от болезней эндокринной системы в Удмуртской Республике / М. В. Старовойтова, Н. М. Попова, А. И. Вахитова, З. Р. Набиуллина // Modern Science. – 2022. – № 4-1. – С. 261-264.
4. Стяжкина, С. Н. Сравнение особенностей качества жизни у пациентов с первичным послеоперационным и с аутоиммунным гипотиреозом / С. Н. Стяжкина, Е. В. Черняева, Т. Е. Чернышова [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. – 2022. – Т. 7, № 2. – С. 42-48.
5. Стяжкина, С. Н. Клинико-морфологические параллели и при узловых образований щитовидной железы / С. Н. Стяжкина, В. А. Грачева, В. А. Ситников [и др.] // Морфологические ведомости. – 2009. – № 3-4. – С. 39-42.

Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Россия.

Актуальность.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) — полиэтиологичное, социально-значимое, заболевание, проявляющееся регулярными ночными эпизодами частичного или полного прекращения дыхания, за счет спадения мягких тканей в области верхних дыхательных путей (ВДП), сопровождающегося громким храпом. Храп может приносить существенный социальный дискомфорт, а хронические ночные задержки дыхания ведут к повышенному риску сердечно-сосудистых, неврологических и эндокринологических заболеваний. По данным эпидемиологических исследований синдром обструктивного апноэ сна СОАС встречается примерно у 8 % населения в возрастной группе от 40 до 65 лет, при этом чаще встречается у мужчин и пациентов, имеющих ожирение. С возрастом частота данного заболевания возрастает в среднем в 3 раза, вне зависимости от пола и веса. Хроническая ночная гипоксемия приводит к

возникновению и утяжелению нарушений сердечного ритма, повышения артериального давления, повышенному риску сосудистых катастроф, дневной сонливости, снижению концентрации внимания [1].

Наиболее значимыми причинами, способствующими возникновению храпа и СОАС являются анатомические особенности строения и хронические заболевания ВДП, ожирение, а также употребление алкоголя, прием снотворных, наркотических препаратов и курение. Среди патологии ЛОР-органов наибольший вклад оказывают гипертрофия небных и глоточной миндалин, гипертрофия мягкого нёба, назальная обструкция (искривление носовой перегородки, полипы носа, увеличение нижних носовых раковин) [2].

Обследование пациентов с жалобами храпа и ночное апноэ, с одной стороны, направлено на объективное определение наличия остановок дыхания во сне и тяжести СОАС, для чего используется методика полисомнографии – регистрации основных параметров работы дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем во время сна. Ключевым параметром оценки тяжести СОАС является индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ (апноэ/час)), исходя из значений которого выделяют три степени тяжести СОАС: легкую (≥ 5 до <15), умеренную (≥ 15 до <30) и тяжелую (≥ 30). С другой стороны, необходимо определить причину и уровень обструкции ВДП, для чего применяется стандартный инструментальный осмотр ЛОР-органов, а также эндоскопическое исследование в том числе в состоянии медикаментозного сна [3].

Учитывая многообразие причин возникновения храпа и СОАС подходы к лечению пациентов с данной патологией также многогранны. Часто причинных факторов может быть несколько, что требует комплексного лечения с разработкой последовательного плана его реализации. Наиболее эффективным способом консервативной терапии является применение неинвазивной вспомогательной вентиляции легких постоянным положительным давлением (от англ. Continuous Positive Airway Pressure – СРАР, СИПАП) [4]. Хирургическое лечение направлено на устранение предрасполагающих факторов обструкции, за счет коррекции внутриносовых, глоточных структур, а также изменения размера челюстей. Пациентам с СОАС на фоне ожирения рекомендовано снижение массы тела [5].

Цель исследования.

Разработать алгоритм обследования и выбора метода лечения для пациентов с храпом и СОАС. Оценить результаты хирургического лечения.

Материал и методы исследования.

Были проанализированы результаты обследования и лечения 120 пациентов, обратившихся в связи с жалобами на храп и ночное апноэ в Университетскую клинику «Кусково» Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова с 2017 по 2023 годы. Среди них 86 (71,7 %) мужчин и 34 (28,3%) женщин, в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст $40,3 \pm 9,7$). Алгоритм обследования состоял из сбора жалоб и анамнеза, анкетирования пациентов при помощи модифицированного Берлинского опросника и шкалы сонливости Эпворта, инструментального осмотра ЛОР-органов, *эндоскопии верхних дыхательных путей в условиях медикаментозного сна (слипэндоскопия)*. *Результаты слипэндоскопии осуществлялись по шкале VOTE, устанавливались уровень обструкции ее тип и выраженность. Оценка дыхательных расстройств во время сна проводилась при помощи системы респираторного мониторинга «ArpeaLink» (Австралия). После комплексного обследования определялась наиболее оптимальная тактика лечения и контроль её эффективности.*

Результаты исследования и их обсуждение.

По данным респираторного мониторинга неосложненный храп (ИАГ < 5 /час) был выявлен у 41 (34,2%) человек, СОАС легкой степени - 38 (31,7%), СОАС умеренной степени - 25 (20,8 %), СОАС тяжелой степени - 16 (13,3%). По результатам слипэндоскопии изолированная обструкция на уровне мягкого нёба выявлена у 73 (60,8%) пациентов, из них 39 (32,5%) имели храп без апноэ, 24 (20%) - СОАС легкой степени и 10 (8,3%) – СОАС умеренной степени. При этом более 3 уровней обструкции было выявлено у всех пациентов с тяжелой формой СОАС и 13 (10,8%) имели умеренную степень СОАС. Хирургическое лечение было проведено 96 пациентам из них 35 (29,2 %) не имели значимого апноэ, 32 (26,6 %) с легкой формой СОАС, 21 (17,5%) с умеренной формой СОАС. 12 (10%) пациентам изначально назначена СИПАП – терапия, из них 8 (6,6%) имели тяжелую форму СОАС, а 4 (3,3%) имели умеренную степень СОАС, приверженность к терапии составила 80% и была выше у пациентов с тяжелой формой апноэ. Оценивая результаты исследования через 3 месяца после хирургического вмешательства на ЛОР-органах с целью устранения храпа и ночного апноэ стоит отметить, что устранение или уменьшения храпа как симптома удалось достичь у 69 (71,9%) пациентов, однако клинически значимого уменьшения ИАГ среди пациентов с умеренным и тяжелым СОАС удалось достичь только в 15 (51,7%) наблюдениях, в связи с чем им была рекомендована СИПАП-терапия. Все полученные данные статистически достоверны ($p < 0,05$). На основании литературных данных и полученных результатов исследования предложен собственный алгоритм выбора оптимальной тактики лечения больных с храпом и СОАС (рис 1.).

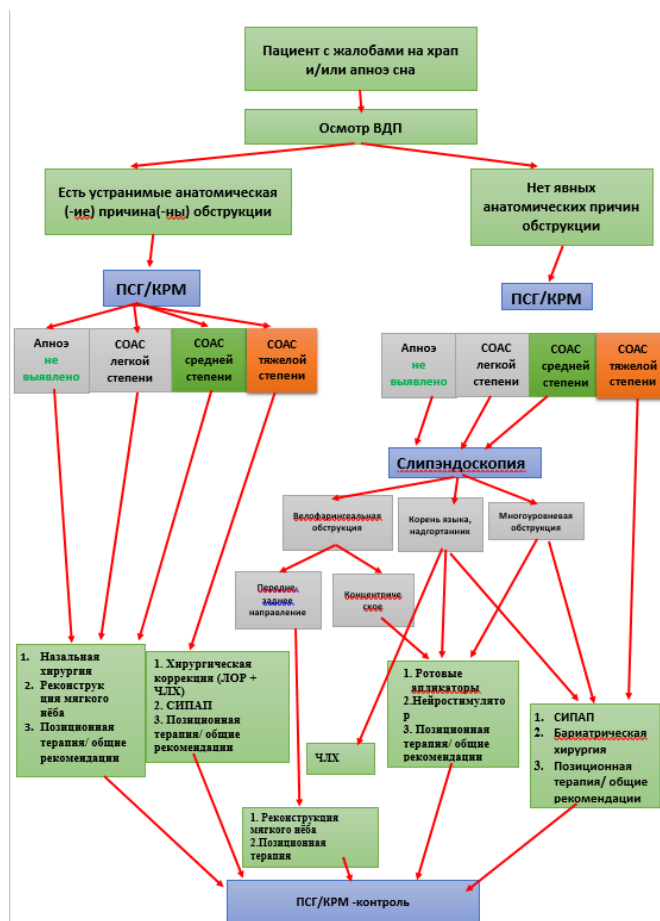


Рисунок 1. Алгоритм обследования и лечения пациентов с храпом и СОАС.

Выводы:

1. Пациенты с храпом и СОАС нуждаются в комплексном обследовании, с целью установки правильного диагноза, адекватной оценки степени тяжести заболевания и выбора оптимального метода лечения.
2. Хирургическое лечение является эффективным у пациентов с неосложненным храпом и СОАС легкой степени, а для пациентов с тяжелой формой СОАС хирургия может быть одним из этапов лечения.
3. Контрольное обследование после операции с применением предложенного алгоритма позволяет оценить результаты лечения и корректировать дальнейшую тактику лечения.

Список литературы

1. Пальман А.Д. Обструктивное апноэ сна. Ассоциированные синдромы и клинические состояния / А.Д. Пальман // Москва. ГЭОТАР - Медиа, -2020 г. -112 с.
2. Современные методы диагностики и лечения пациентов с храпом и апноэ сна / Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А. // Фарматека. – 2019. - № 11 С.55-59
3. Исследование верхних дыхательных путей во время медикаментозного сна / Джафарова М.З., Авербух В.М., Кузнецов А.О., Русецкий Ю.Ю., Латышева Е.Н. // Российская ринология. - 2018. - № 26(3) – С.30-36
4. Синдром обструктивного апноэ сна и CPAP-терапия в разных клинических сценариях / Магомедова Н.М., Казановская С.Н. // Креативная кардиология. - 2018; - №12(4) - С.353–65.
5. Влияние ринохирургии на тяжесть синдрома обструктивных апноэ сна. / Тардов М.В., Кунельская Н.Л., Туровский А.Б. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2015; - №3- С.106–109

Пулотов К.Дж., Мирзоев А.Ф.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

ГУ Комплекс здоровья «Истиклол»
НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

Актуальность. Холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни, остается актуальной проблемой. Особое место занимает проблема резидуального и рецидивного холедохолитиаза, который встречается у 8-13 % больных, оперированных по поводу конкрементов желчных путей. В литературе, посвященной проблеме изучения непосредственных и отдаленных результатов ЭПСТ, имеются немногочисленные и противоречивые мнения о преимуществе и недостатке метода [1,3]. Рецидивом холедохолитиаза следует считать повторное образование конкрементов во внепеченочном желчном протоке спустя 1 год и более после первого их удаления тем или иным способом [1, 2, 4]. Такие наблюдения встречаются в 1-7% случаев, что с учетом распространенности желчнокаменной болезни составляет весьма значительную в количественном отношении группу пациентов [5]. Также следует отметить, что многие вопросы

отдалённых результатов ЭПСТ требуют всестороннего самостоятельного изучения. В частности, по данным литературы, частота рестенозов БСДК составляет от 1,5-33,3% [1,6]. В настоящее время нет идеальной операции для лечения резидуального холедохолитиаза, что диктует разработку новых подходов к решению этой проблемы, что диктует разработку новых подходов к решению этой проблемы.

Цель исследования. Обоснование выбора метода повторных операций на желчных путях, предпринимаемых для устранения билиарных осложнений, не корригированных при предшествующих вмешательствах.

Материал и методы исследования. За период с 2018 г. по 2022 г. анализированы результаты лечения 64 больных с рецидивным и резидуальным холедохолитиазом. Возраст больных составил от 26 до 68 лет. Из них мужчины составляли 17 (25,2%), женщины - 47 (74,8%) пациентов. Всем пациентам проводились ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с использованием дуоденоскопа «Pentax», «Fujifilm» (Япония), катетера PR-4a, папиллотомов, корзины для экстракции конкрементов.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами обобщен опыт 64 повторных операций и эндоскопических вмешательств на желчных путях, направленных на устранение резидуального и рецидивного холедохолитиаза (17), стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) (13), холедохолитиаза со стенозом БДС (29) и последствий ятрогенных повреждений желчных протоков (5). Эти больные ранее подвергались следующим оперативным вмешательствам: холецистэктомия (44), холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха по Вишневскому (15), холецистэктомия и ушивание холедоха по поводу их ятрогенных повреждений (5). У 52 больных диагноз был верифицирован методом ультразвуковой эхолакации, у 12 потребовалось выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Повторные операции были выполнены по абсолютным показаниям: холедохолитиаз, стеноз БДС, стриктура желчных протоков, осложненные механической желтухой, холангитом или наружным желчным свищем.

При этом применялась индивидуализированная тактика лечения вышеуказанных пациентов, при этом отдавалось предпочтение эндоскопическому устранению патологии внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 37 (57,8%) больных, из них у 23 операция завершена назобилиарным дренированием. Показанием для ЭПСТ служили резидуальный холедохолитиаз (4), стеноз БДС (12), резидуальный холедохолитиаз со стенозом БДС (21). У 35 (94,6%) из 37 больных ЭПСТ оказалась эффективной и привела к полному выздоровлению больных. В послеоперационном периоде у одной больной развился острый панкреатит, у другого - кишечное кровотечение, которым успешно проведено консервативное лечение. Случаев летального исхода не было.

Выбор метода повторных реконструктивных операций зависел от характера поражения ВЖП. У 8-ми больных с резидуальным холелитиазом была выполнена холедохолитотомия с дренированием по Вишневскому (5) или по Пикетскому (3). У 4 больных со стенозом БДС был наложен холедоходуоденоанастомоз, у 2 после холедохотомии произведена эндоскопическая антеградная папиллосфинктеротомия по разработанной нами методике.

Среди 8 больных с рецидивным холедохолитиазом и стенозом БДС были наложены: холедоходуоденоанастомоз - у 4, бигепатикодуоденоанастомоз - у 2, холедохоеюноанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну - у 2. Среди 5 пациентов с рубцовой стриктурой желчных протоков холедоходуоденоанастомоз наложен у 1, бигепатикодуоденоанастомоз - у 1, бигепатикоеюноанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну - у 3. Из числа 27 повторно оперированных больных у 2 наблюдалось развитие послеоперационных осложнений (подпеченочный абсцесс и нагноение раны). У одной больной прогрессирование острой печеночно-почечной недостаточности послужила причиной летального исхода.

Вывод. Улучшения результатов лечения больных рецидивным холедохолитиазом можно добиться после тщательной оценки состояния большого сосочка двенадцатиперстной кишки, адекватно выполненной ЭПСТ и комплексной литолитической терапии. При выборе повторных операций на внепеченочных желчных протоках следует отдавать предпочтение эндоскопическим вмешательствам - ЭПСТ и назобилиарному дренированию.

Список литературы:

1. Габриэль, С.А. Современные малоинвазивные вмешательства в лечении больных с холедохолитиазом / С.А. Габриэль, В.И. Оноприев // Кубанский науч. мед. вестн. – 2012. – Т. 133, № 4. – С. 29-37.
2. Загидуллина, Г.Т. Лечение холедохолитиаза и его осложнений с использованием эндохирургических технологий / Г.Т. Загидуллина, А.И. Курбангалеев // Прак. медицина. – 2016. – Т. 96, № 4. – С. 82-89.
3. Курбонов К.М., Расулов Н.А., Назирбоев К.Р. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии/ Известия академии наук Республики Таджикистан отделение биологических и медицинских наук №4 (192), 2015 г.
4. Ревякин В.И., Каралкин А.В., Несходимов Л.А. Диагностика причин рецидива холедохолитиаза. Эндоскопическая хирургия. 2017;23(2):43-46.
5. Профилактика и лечение рецидивного холедохолитиаза / С. Г. Шаповальянц [и др.] // Анналы хирургической гепатологии: научно-практический журнал. - 2013. - N 1. - С. 16-22.
6. Long-term outcome of endoscopic papillotomy for choledocholithiasis with cholecysto-lithiasis / T. Fujimoto [et al.] // Dig Endosc. – 2010. – Vol. 22, № 2. – P. 95-100.

Расулов Н.И., Нурзода З.М., Бахромов М.Б.

ОСОБЕННОСТИ ЗНАЧЕНИЯ СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Лечебно-диагностический центр ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Современная медицинская наука характеризуется стремительным развитием и внедрением в клиническую практику новых высокоинформативных технологических методов диагностики, особенностью которых является возможность их применения для изучения нормальной анатомии и вариантов строения различных органов и систем организма человека [1,2]. Несмотря на широкое применение ЛХЭ в лечении хирургических заболеваний желчного пузыря, результаты вмешательств остаются неоднозначными. Ряд авторов отмечают достаточно высокую частоту осложнений ЛХЭ, колеблющуюся до 30,5% [4,5]. Необходимость улучшения показателей лапароскопической холецистэктомии диктует совершенствование оценочных критериев сложности операции и разработку новых оптимальных приемов при выполнении операций, базирующихся на индивидуальных особенностях хирургической анатомии желчного пузыря и типа телосложения [3]. Ежегодно в мире выполняются сотни тысяч операций при желчнокаменной болезни. Лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» лечения желчнокаменной болезни, а в нашей стране получили развитие операции из «мини-доступа». В Европе и США интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии встречаются в 0 – 2,7% случаев [5]. По данным российских хирургов, эти осложнения встречаются в 0,18 – 1,75% случаев. Анатомическим вариантам расположения внепеченочных желчных протоков, а также печеночных артерий и их ветвей посвящено огромное количество публикаций в научных журналах, учебниках и атласах. Эти знания постоянно совершенствуются и должны быть взяты на вооружение хирургами, чтобы встреча с нетипичным расположением анатомических структур в гепатодуоденальной связке не поставила в тупик в ходе операции, и не привела к развитию тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Перфорация желчного пузыря с изливанием в брюшную полость желчными камнями является частым осложнением, особенно при остром холецистите, при наличии крупных желчных камней и спаек, а также чаще встречается у мужчин, у пациентов с ожирением и пожилых людей [14]. Утечка конкрементов может происходить во время рассечения желчного пузыря из ложа печени, разрыва с помощью зажимных щипцов или во время извлечения желчного пузыря через один из участков порта [14].

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность мобилизации пластинки желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений, охватывающих 162 больных с хроническим калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в Лечебно-диагностическом центре ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2022 по 2023 гг. Мужчин было 33 (20,4%), женщин 129 (79,6%).

Методика операции: Под интубационным наркозом накладывают пневмоперитонеум. В традиционные точки вводят троакары. Через троакер, установленный в эпигастриальной точке, вводят иньектор для введения физиологического раствора. Выделяют раздельно клипируют и пересекают пузырный проток и артерию. Далее иньектором порционно субсерозно до пластинки желчного пузыря вводится подогретый до 950 С физиологический раствор с добавлением антибиотика амоксициклава. 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.

Результат исследования. С целью оценки особенности значение пластинка желчного пузыря у больных хроническим калькулезным холециститом во время лапароскопическая холецистэктомия нами использовались следующие критерии лапароскопического доступа к желчному пузырю: размер желчного пузыря, напряженность желчного пузыря, перипроцес в операционном поля, зона доступности, угол наклона оптической оси эндоскопа относительно плоскости вмешательства, расстояние на поверхности тела пациента между точками введения манипуляционных портов, глубину операционного действия инструментов во время мобилизации желчного пузыря после введения физиологический раствора с добавлением антибиотика амоксициклава.

В послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались на первые сутки после операции. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 1 (0,61%) пациента. Среднее количество койка-дней пребывания больных в стационаре составило 2,4 дня.

Таким образом, введение физиологического раствора с антибиотиками до пластинки желчного пузыря, стенка пузыря отслаивается от поверхности печени, затем без технических затруднений выполняется холецистэктомия, что также улучшит результаты хирургического лечения больных и сведет к минимуму возможные неблагоприятные последствия.

Литература

1. Горбунов Н.С. Основные положения формирования конституции / Н.С. Горбунов, И.В. Киргизов // Морфология. 2002. - № 2-3. - С. 41.
2. Малярчук В.И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин, Н.Ф. Плавун.- М.: Камерон, 2004.- 168с.
3. Корнетов Н.А. Клиническая антропология методологическая основа целостного подхода в медицине / Н.А. Корнетов // Актуальные вопросы и достижения современной антропологии : материалы междунар. конф. —) Новосибирск, 2006. - С. 52-57.
4. Buess G.F. Robotics and allied technologies in endoscopic surgery /G.F.Buess, M.O.Schurr, S.C.Fischer //Arch Surg.- 2000.- Vol.135, N2.- P.229-235.

Расулова С.И., Мухаббатов Дж.К., Хоркашев Ф.М.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Актуальность. Запор (констипация, обстипация), в структуре колопроктологии и гастроэнтерологии встречается довольно часто, что составляет 30-50% взрослого населения и около 20%-детского возраста [1].

У пожилого населения на долю запоров разной этиологии приходится в 5 раз чаще, чем у лиц молодого возраста [2,3]. В литературе указаны данные о взаимодействии факторов экологии, питания, природных условий и архитектурно толстого кишечника, а также гендер-зависимости запоров и гормонального фона у женщин. Существует множество различных классификаций, доказывающих или опровергающих наличие запоров у пациента, самыми популярными и используемыми нами в исследовании, среди указанных в литературе, являются: Бристольская Шкала Формы Стула (BSFS), определение по Римским критериям IV по этиопатогенезу [4-5].

Цель исследования. Изучить клиническое проявление хронических запоров у женщин в зависимости от патологии толстого кишечника и состояния слизистой оболочки проктосигмоидного отдела.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование историй болезни за период 2018-2022 года на базе отделения колопроктологии ГУ «Городская клиническая больница №2 им. академика К.Т.Таджиева» показала распределения среди мужского и женского пола по заболеваемости запором соотношение 1:4, мужчин и женщин соответственно. В общем в этот период на хирургическом лечении с диагнозом: хронический запор находилось в общем 106 пациентов, из них 22-мужчин и 84-женщин. Возраст больных составлял от 18-55 лет. В постановке диагноза применялись клинические: лабораторные методы и инструментальные методы исследования (ирригография, МРТ, виртуальная колоноскопия), а также современные шкалы для оценки тяжести запора.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что из 106 пациентов с хроническими запорами в отделение колопроктологии обратились с диагнозом: хронический запор на фоне долихосигмы-94 пациента (88,67%), а на фоне мегадолихоколон-12(11,33%). Исследования неврологического статуса, гинекологического статуса, состояния запирающего аппарата прямой кишки, паритет у женщин и гормональный фон так же были включены в карты пациентов.

Ретроспективный анализ показал, что женщины, включенные в исследование имели до 3-х родов в количестве-12(14,28%) и более 3-х деторождений -72(85,72) и с каждым разом клинические проявления запоров усугублялись по шкалам от степени компенсации до декомпенсации и неэффективности консервативных мероприятий. Лица женского пола претерпевали так же изменения уровня глюкозы в крови во время беременности в анамнезе в количестве-23(27,38%), повышение ИМТ у 16(19,04%), наличие хронической анемии выявилось у 11(13,09%) женщин и синдром недостаточности соединительной ткани (СНСТ) на фоне клинических критериев(наличие грыж, варикозной болезни, гипермобильности суставов, высокое готическое небо и др.) выявили у 17(20,23%) женщин .

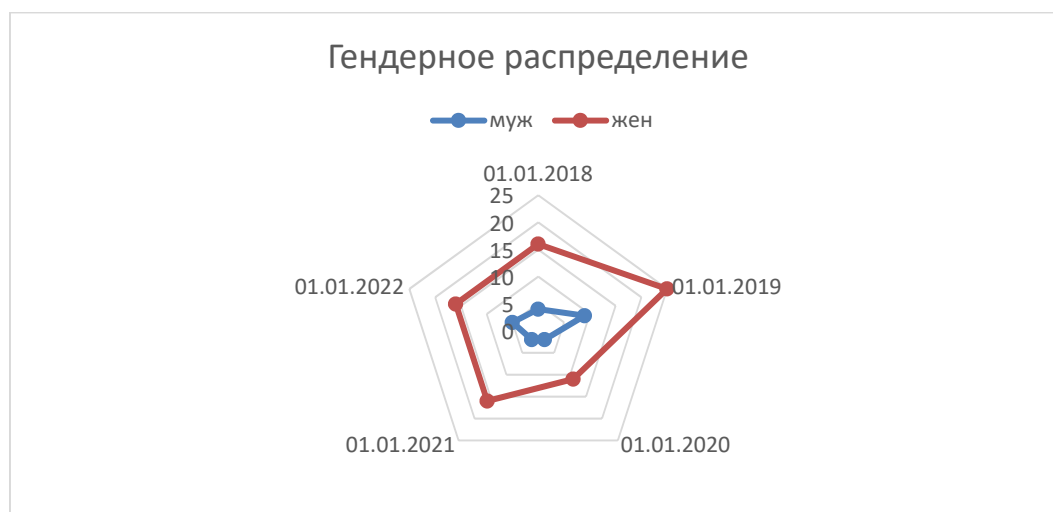


Диаграмма гендерного различия

Данные историй болезни, позволили распределить и выделить некоторые факторы, предрасполагающие и способствующие усугублению тяжести хронических запоров, среди них удалось выделить изменения со стороны : толстого кишечника-застойная и изъязвленная слизистая (13,3%) , прямой кишки-хронические эрозивно-язвенные проктиты-(7,3%), мышц промежности-пролапс при высоком паритете, клинически-обусловленный синдром несостоятельности соединительной ткани(СНСТ), наличие метаболических нарушений-СД, алиментарные (особенности питания жителей города и села), паритет женщин (**Рис.1**).

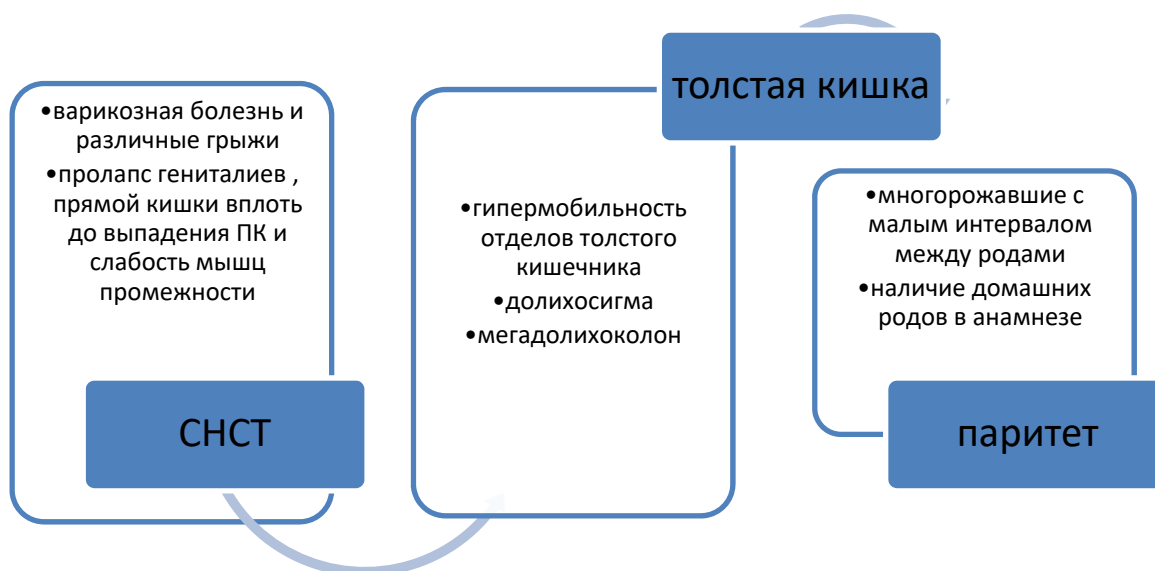


Рис.1. Проявление клинических признаков заболеваний.

Выводы. Гендер-связанные факторы в большинстве случаев, способствовали развитию и усугублению хронических запоров на фоне других патологий анатомии толстого кишечника. Выявленные ретроспективные факторы и состояние слизистой оболочки ректосигмоидного отдела, являлись приводящими и усугубляющими тяжесть хронических запоров.

Список литературы.

- Григорьев П. Я. и др. Стандарты диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Москва, 2002.
- Запор. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов. 20.10.2013.
- Парфенов А.И. Запор от симптома к болезни Waybak Machin №12, том 05, 2003.
- Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Современные подходы к лечению функциональных запоров., 2009. Т-19.-№1.- С.59-65.
- Махов В.М., Береснева Л.А. Системные факторы при хроническом запоре, 2012.

Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ШЕЙНОГО РЕБРА

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Одной из причин развития хронической ишемии верхних конечностей является экстравазальные компрессии сосудисто-нервного пучка (СНП) у выхода из грудной клетки. Под компрессией СНП подразумевают нервно-сосудистые расстройства, обусловленные сдавлением СНП в области костно – мышечного треугольника. Эти синдромы в литературе встречаются под разными названиями: “синдром грудного выхода” (СГВ), “синдром компрессии при выходе из грудной клетки”, “синдром верхней грудной апертуры”, “синдром шейных ребер” и др. [1,2,]. Среди факторов различают костные, мышечные и фиброзные структуры сдавливающие СНП [2,3,]. В практике наиболее часто встречаются такие синдромы компрессии СНП, как добавочное шейное ребро (ДШР), рудиментарное шейное ребро (РШР) косто-клавикулярный синдром (ККС) и скаленус синдром.

Шейное ребро, являясь второй по частоте встречаемости причиной компрессии СНП, ее распространенность по различным данным составляет 0,58 – 6,2% [3,4,5]. Однако однозначных данных по истинной распространенности этого синдрома нет, так как в более 80% случаях патология не проявляет ярких клинических признаков, а диагностика в большинстве случаев является находкой [2,4]. Сдавление компонентов СНП зависит от длины шейного ребра, при этом ребро длиной более 2,5 называется ДШР, а менее 2,5 РШР [1,3,].

В зависимости от сдавления тех или иных структур СНП, в клинической картине синдрома шейного ребра могут быть превалирование симптомов: артериальной или венозной недостаточности и неврологические расстройства со стороны верхних конечностей. При этом большинство исследователей указывают на превалирование частоты неврологических форм синдрома $72-85\% \geq 0,4-1,2\%$ [2,3,4]. Из - за отсутствия объективных и специфических клинических проявлений часто проблема диагностируется поздно, при этом больные лечатся по поводу различных заболеваний, что не всегда дает положительный результат.

Клинические проявления патологии достигают своего пика в наиболее трудоспособном возрасте (18-30 лет), что делает эту проблему еще более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации.

Вместе с тем, спорными остаются результаты хирургического лечения синдрома шейного ребра, что дает повод для дальнейшего исследования в этом направлении.

Цель исследования. Оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с синдромом шейного ребра

Материал и методы исследования. Основой исследования явился анализ результатов хирургического лечения 138 пациентов в возрасте от 16 до 63 лет, оперированных в плановом порядке по поводу синдрома шейного ребра (СШР) в отделении сосудистой хирургии ГУ «РНЦССХ» за период 1990 по 2020 гг. Средний возраст больных с СШР составил $36 \pm 11,5$ лет. Среди них мужчин было 22 (15,94%), женщин – 116 (84,6%). Для диагностики и дифференциальной диагностики СШР, кроме анамнестических данных и физического осмотра, больным проводилось комплексное инструментальное исследование, включающее рентгенографию шейно-грудного отдела позвоночника, компьютерную томографию. С целью оценки результатов кистевая динамометрия, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сосудов и электронейромиография (ЭНМГ) нервов верхних конечностей выполнялось до и после операций.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая симптоматика СШР проявлялась скудностью клинических признаков и зависела от компрессии той или иной структуры СНП. Основными и наиболее частыми жалобами пациентов являлись различной интенсивности боли в области шеи, над – и подключичной ямок с иррадиацией в лопаточную область, плече, предплечье и кисти. Следует отметить, что из общего количества пациентов в 39,9% случаях выявлялись признаки вторичного синдрома Рейно.

По результатам рентгенологического исследования и компьютерной томографии (КТ), ДШР был установлен у 63,76% ($n = 88$) при этом с двух сторон в 48 и с одной стороны в 40 случаях, а РШР у 36,24% ($n=50$) больных.

При анализе рентгенологических снимков ($n = 138$) и данных КТ ($n = 24$) из общего количества пациентов, выявлено сопутствующая патология; шейно грудной остеохондроз у 52 (36,7%), скалиоз у 20 (14,5%), утолщение поперечных отростков C_6 у 23 (16,7%) пациентов. Также при КТ выявлены аномалии передней лестничной мышцы у 14 ($n=10,1\%$), костно – фиброзные аномалии у 10 ($n=7,2\%$) пациентов, которые могли оставаться не замеченными, спровоцировать усиление болевой симптоматики при СШР и влиять на результаты выполненных операций. Всем больным выполнено разработанной нами способом операция состоящая из нескольких компонентов:

- высокая скаленотомия или субтотальное удаление лестничной мышцы
- невролиз (до места выхода) первичных нервных стволов плечевого сплетения
- резекция ребра с иссечением аномальных фиброзно – мышечных структур
- селективная шейно – грудная симпатэктомиа при наличии синдрома Рейно.

В раннем послеоперационном периоде у больных с сосудистыми проявлениями клиники СШР отмечено усиление линейной скорости кровотока (ЛСК) результаты которой приведены в таблице №1.

Таблица №1. Результаты УЗДС до и после операции у больных с сосудистыми проявлениями СШР

Артерии	До опер. ср. ЛСК см/сек	после опер. ср. ЛСК см/сек
Локтевая артерия	$16,5 \pm 2,55$	$26,0 \pm 2,63$
Лучевая артерия	$14,9 \pm 2,16$	$24,1 \pm 2,25$
Пальцевые артерии	$9,9 \pm 2,14$	$16,1 \pm 2,28$

Следует отметить, что у больных с неврологической симптоматикой, уменьшение болевых ощущений отмечались вскоре после операции. В отдаленных сроках наблюдений при проведении кистевой динамометрии и ЭНМГ (см. таблицы № 2 и №3) отмечено увеличение мышечной силы и улучшение проводимости по нервным волокнам верхних конечностей.

Таблица №2. Кистевая динамометрия у больных с СШР до и после операции

Мышечная сила	до операции ср. знач.	отдаленные сроки ср. знач.	норма
Мужчины	$23\% \pm 5,5$	$38\% \pm 4,7$	60 – 70% от массы
Женщины	$16\% \pm 3,4$	$25\% \pm 4,7$	45 – 50%

Силовой индекс = $A \times 100/B$; А – сила руки; В – вес тела

Таблица №3. Сравнительная оценка результатов ЭНМГ до и после операций

Показатели	До	После	P
М-ответ дистальных групп мышц (мВ)	5,2	1,1	<0,05
М-ответ проксимальных групп мышц (мВ)	3,2	1,3	<0,05
СРВм по пораженным нервам (м/с)	45,6	59,4	<0,05
СРВс по дистальным нервным (м/с)	43,5	58,7	<0,05

Для получения достоверных статистических данных применялись кумулятивный анализ хороших результатов и актуарный метод. До 1 года из 138 пациентов наблюдались – 112, ко второму году – 100, до трех лет – 79, до 4 лет – 63, до 5 лет – 46 и свыше 5 лет – 23 больных. В разные сроки наблюдения 5 больных были утеряны из виду и один больной умер от другой патологии. В сроках до 1 года наблюдения хороший результат составил 97,2%, до двух лет – 91,9%, до 3 лет – 90,6%, до 4 лет – также 90,6%, и эта цифра оставалась до окончания срока наблюдения. В сроки наблюдения от 3 лет и выше в 9,4% случаев отмечено рецидив дооперационной симптоматики, эти больные регулярно посещали специалиста и получали лечение, у них заметного прогрессирования заболевания не было. Высокие цифры хороших результатов были достигнуты комплексным обследованием пациентов и выбором оптимальной тактики хирургического лечения, что позволило не только резецировать патологическое шейное ребро но и устранить все фиброзно-мышечные аномалии сдавливающие СНП.

Выводы. Задачей комплексного обследования больных с шейным ребром является целенаправленное уточнение уже имеющихся изменений, не только для постановки диагноза или её дифференцирования, но и выбора адекватного объема операции, с целью достижения положительных результатов и снижения частоты рецидивов.

Акцентирование на хирургическую тактику лечения обусловлена малой эффективностью консервативного лечения. Хотя хирургическое лечение СШР не достигает 100% исчезновения болевой симптоматики у части больных, тем не менее позволяет избегать появления стойких неврологических изменений и риска развития артериальных осложнений.

Накопленный 30 летний опыт изучения СВГА и разработанный нами способ хирургического лечения больных с «синдромом шейного ребра» оказался эффективным, давая хорошие результаты как в ближайшем, так и в отдаленном периодах наблюдений.

Список литературы.

1. Lokanayaki V. Cervical rib a clinical case report / National Journal of Clinical Anatomy. 2014 – vol. 3. №4. P 240 – 243
2. Р. Муин. Клинико – диагностические особенности в хирургическом лечении синдрома верхней грудной апертуры /Р. Муин, Р.К. Магомедов, И.И. Цуладзе // Журнал «Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко». 2015 – 79 (2). Стр. 55 – 63
3. Ali Al Mashani. Cervical rib: Dept of Neurosurgery Khoula Hospital Muscat Oman Experience: A Critical Analysis / Ali Al Mashani, N. Salhotra, Azamat Ali, [et al] // American Journal of Medical Case Report. 2017 – vol. 5 №2 P. 43 -47
4. Vinay Kumar Singh. Diagnostic Value of Magnetic Resonance Imaging in Thoracic Outlet Syndrome / Vinay Kumar Singh, LuckshmanaJeyaseelan[et al] // Journal of Orthopaedic Surgery. 2014 – vol. 22 № 2 P. 228- 231
5. Terzi Rabia. Pseudoarthrosis of Cervical Rib and 1-st Exocystosis in a Patient Presenting with a Supraclavicular Mass: Case Report /Terzi Rabia, ÖzerTülay[et al]// Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences. 2016 – vol. 19 №3 P. 216 – 218

1Рахимов Ф.Р., 2Исмоили Убайдулло, 2Ахророва З.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Усманова Н.У.

²Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Одним из частых явлений, встречающихся в течение жизни любого человека, является носовое кровотечение, которое в абсолютном большинстве случаев не требует активной медицинской помощи[1]. Вместе с тем, примерно в 6% случаев она носит значимый характер, особенно у лиц, получивших травму носа или принимающих антикоагулянтную терапию. Литературные данные показывают, что до 1% случаев НК носит рецидивирующий и профузный характер и требует срочного гемостаза, которая можно осуществить различными путями [1-5].

Рецидивирующее носовое кровотечение (РНК), обычно возникающее из задне-верхнего отдела носовой полости, представляет собой сложную проблему, так как не всегда возможен окончательный гемостаз при использовании локальных методов лечения – тампонада носа, химическое прижигание, септопластика, перевязка внутренней верхнечелюстной, наружной сонной или передней решетчатой артерий[3, 4]. Однако, диапазон рецидива НК после применения указанных методов лечения колеблется от 7,1% до 52%[3-5]. В связи с этим «золотым стандартом» в лечении РНК из заднего отдела носа является перевязка ветвей наружной сонной артерии, осуществляющее как вне полости, так и внутри полости носа[5]. С целью минимизации травмы этим категориям пациентов были предложены эндоскопические методы перевязки артерий, а также эндоваскулярные способы эмболизации[4, 5]. Последнее, являясь инновационным имеет самую высокую эффективность в достижении окончательного гемостаза при РНК[5]. Однако, она относится к числу дорогостоящих методов лечения и не всегда имеется опыт его применения, особенно в условиях отдаленных медицинских учреждений нашей республики[3]. В связи с этим хотим поделиться опытом применения этого нового инновационного метода лечения при РНК в условиях нашего региона.

Цель исследования. Анализ результатов эмболизации ветвей наружной сонной артерии у пациентов с рецидивирующими носовыми кровотечениями.

Материал и методы исследования. В течение всего периода деятельности службы эндоваскулярной хирургии в Республики Таджикистан всего 5 пациентам с РНК была выполнена эмболизация ветвей наружной сонной артерии с целью достижения окончательного гемостаза. Все пациенты явились мужского пола, а возраст их составил в среднем 48,2±6,4 лет. Во всех случаях пациенты были переведены из различных ЛОР-отделений из-за продолжающихся эпистаксиса в Республиканский научный центр сердечнососудистой хирургии МЗиСЗН РТ с целью эндоваскулярного их лечения.

Основными показаниями для проведения эмболизации явились рецидивирующий характер кровотечения из заднего и верхнего отделов носовой полости, неэффективность консервативных способов лечения, кровотечение из нескольких артериальных бассейнов носа из-за выраженной гипокоагуляции. Следует отметить, что ни у одного пациента РНК не имел травматический генез, а развился на почве нарушения трофики слизистой носа при гипертонических кризах (n=3) или приема антикоагулянта варфарина (n=2). Во всех случаях кровотечение носил двухсторонний характер, чаще всего из бассейна внутренней верхнечелюстной артерии.

Приводим описание техники проведения эмболизации. Доступ для адекватного осуществления процедуры всегда был трансфеморальным. С этой целью после местной анестезии проводили пункцию и катетеризацию общей бедренной артерии справа по Сельдингеру с установкой интродьюсера6F. В последующем проводили системную гепаринизацию и селективную катетеризацию наружной сонной артерии и её ветвей с их контрастированием. Суперселективную катетеризацию верхнечелюстной артерии справа (рис. 1) или слева (рис. 2) осуществляли с помощью диагностического катетера и проводили контрольную ангиографию, при котором отмечался экстравазация контрастного

вещества. В последующем устанавливали мягкий микро-катетер после устья средней менингеальной артерии, т.е. в III сегмент верхнечелюстной артерии. С применением 1,0 мл сферических микроэмболов Contour™PVA EmbolizationParticlesContour (BostonScientific, диаметр частиц 150-355 микрон) осуществляли эмболизацию целевой артерии с обеих сторон – справа и слева. При контрольной ангиографии отмечалось отсутствие контрастирования дистальных сегментов целевой артерии (рисунки 3 и 4), а также стаз контраста в проксимальном сегменте верхнечелюстной артерии и обратное его затекание в наружную сонную артерию, что свидетельствовали о адекватной процедуре.

Также у пациентов после эмболизации отмечалось не только прекращение кровотечения из носовой полости, но и появились ишемические боли средней интенсивности в области верхней челюсти и носа, что также подтверждают эффективность проведенной процедуры.



Рис. 1. Селективная ангиография максиллярной артерии справа



Рис. 3. Отсутствие контрастирования дистальных сегментов верхнечелюстной артерии справа после эмболизации

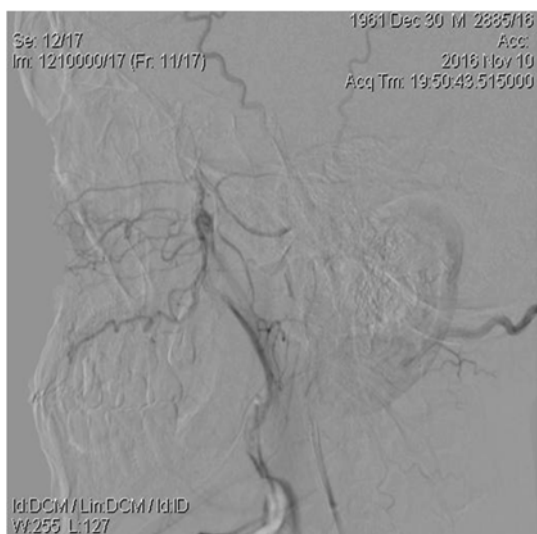


Рис. 2. Селективная ангиография верхнечелюстной артерии слева



Рис. 4. Отсутствие контрастирования дистальных сегментов левой верхнечелюстной артерии после эмболизации

После удаления катетеров из бедренной артерии проводили экстравазальную её компрессию с помощью давящей повязки, и пациенты были переведены в реанимационное отделение.

Результаты исследования и их обсуждение. Технический успех процедуры составил 100%, т.е. во всех случаях нами удалось провести суперселективную эмболизацию целевых артерий. В среднем процедура длилась около $75,5 \pm 10,5$ минут – в зависимости от сложности развившихся при суперселективной катетеризации дистального сегмента целевой артерии. Следует отметить, что при проведении эмболизации средней менингеальной артерии развивается выраженный менингеальный синдром, требующий долгого порой безуспешного лечения. Также при эмболизации крупных дистальных ветвей верхнечелюстной артерии у пациентов с чрезмерно развитыми коллатеральными с глазной артерией возможны также развитие инсульта или слепоты.

Нами сразу после проведенной операции был отмечен гемостатический её эффект по типу полного прекращения кровотечения из задне-верхних отделов носа. При риноскопии также отмечали некую бледность слизистой оболочки задних отделов носа из-за транзитной её ишемии развившейся после искусственной острой окклюзии верхнечелюстной артерии и её ветвей.

В одном случае на следующий день у пациента развилась фатальная тромбоэмболия легочной артерии. Причиной его развития явились развитие массивного тромба в бедренной вены как из-за экстравазальной её компрессии, так и применении четырех гемостатиков – дицинон, аминакапроновая кислота, викасол и кальция глюконат. Остальные пациенты были выписаны в относительно удовлетворительном состоянии через 2-3 суток после вмешательства. В течение ближайшего и отдаленного периода наблюдения ни у одного выживших пациентов рецидив носового кровотечения не было отмечено.

Выводы. Эмболизация верхнечелюстной артерии является наиболее эффективным и мини-инвазивным методом лечения рецидивирующих носовых кровотечений. С целью минимизации тромбоэмболических осложнений развившихся из-за экстравазальной компрессии бедренной вены давящей повязкой необходимо открытая ликвидация дефекта артерии либо сосудистые закрывающие устройства. Для профилактики синдрома менингизма необходимо провести суперселективную эмболизацию верхнечелюстной артерии после отхождения средней менингеальной артерии.

Литература:

1. Гаджимирзаев, Г.А. Носовые кровотечения. Аналитический обзор и собственный опыт [Текст] / Г.А. Гаджимирзаев, В.Н. Тулкин, Р.Г. Гаджимирзаева // Российская оториноларингология. - 2014. - № 5. - С. 96-110.
2. Цай, Л.А. Использование электрокоагуляции для остановки кровотечений из задних отделов полости носа [Текст] / Л.А. Цай // Тенденции развития науки и образования. - 2021. - № 76-1. - С. 33-35.
3. Этиологические аспекты носовых кровотечений и альтернативные способы их остановки [Текст] / Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухтарова, Т.Х. Олимов, З.А. Ахророва // Вестник Авиценны. - 2020. - Т. 22, № 1. - С. 28-34.
4. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Epistaxis and high blood pressure [Text] / J. Michel [et al.] // Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. - 2017. - Vol. 134, № 1. - P. 33-35.
5. Kasle, D.A. Review of Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis) [Text] / D.A. Kasle, K. Fujita, R.P. Manes // JAMA Surg. - 2021. - Vol. 156, № 10. - P. 974-975.

¹Рахимов Н.Г., ¹Киматов С.Р., ²Муродов Ш.М. СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

¹ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова. Таджикистан.

Актуальность. Политравма, несмотря на своевременную квалифицированную медицинскую помощь, на сегодня остается одной из основных причин летальности, достигая 25% случаев у пациентов в возрасте до 60 лет, у пожилых она составляет 45-60% [3].

Это в основном связано с характером травмы, возникшей вследствие её осложнений, в том числе нарушений в систем гемостаза. У больных с политравмой тромбоэмболия легочных артерии в первые сутки после получения травмы занимает третье место среди причин в раннем послетравматическом периоде [2,5]. Система гемостаза активируется вследствие появления тканевого тромбопластина в крови после повреждения органов. Наряду с травмой причиной нарушения системы гемостаза может стать септическое состояние [1]. По данным авторов в 44,8% случаев течение травматической болезни осложнялось развитием гнойно-септических осложнений [4].

Поэтому изучение гемостазиограммы является обязательным в плане диагностики и лечения у больных с политравмой.

Цель исследования. Изучение состояния гемостаза при политравме, осложнившейся сепсисом.

Материал и методы исследования. Нами исследовано состояние гемостаза у 20 больных с политравмой, осложнившейся сепсисом, которые находились на стационарном лечении в отделении взрослой реанимации ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», курируемом кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в период 2022-2023гг. Состояние гемостаза изучено по данным: время свертываемости крови (ВСК) по Ли Уайту, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген, антитромбин III (АТIII), ФАК, гемоглобин (Hb), гемокрит (Ht) и тромбоциты.

Данные основной группы сравнили с данными 20 больных 2 группы (контрольная группа) с монотравмой, у которых признаки сепсиса не обнаружены.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное нами исследование показало различные данные в группах. У больных 1 группы отмечается гиперкоагуляция: ВСК по Ли-Уайту - $4,1 \pm 0,2$ мин, АЧТВ - $31,3 \pm 1,1$ секунд, МНО - $0,7 \pm 0,11$, фибриноген - $3,8 \pm 0,14$ г/л, АТIII - $76,5 \pm 3,2\%$, ФАК - $14,4 \pm 1,3\%$, Hb - $95,7 \pm 5,3$ г/л, Ht - % - $31,1 \pm 1,1$, тромбоциты - $180,9 \pm 14,2 \cdot 10^9 \times \text{л}^{-1}$. Несмотря на адекватную тактику лечения у больных этой группы в последующем болезнь осложняется сепсисом.

У больных 2 группы отмечается верхняя граница нормокоагуляции: ВСК по Ли-Уайту - $7,0 \pm 0,1$ мин, АЧТВ - $42,4 \pm 1,3$ секунд, МНО - $1,0 \pm 0,13$, фибриноген - $3,1 \pm 0,15$ г/л, АТIII - $88,7 \pm 2,9 \%$, ФАК - $17,4 \pm 1,2 \%$, Hb - $105,4 \pm 4,9$ г/л, Ht - % - $35,3 \pm 1,3$, тромбоциты - $208,7 \pm 16,3 \cdot 10^9 \times \text{л}^{-1}$. В процессе терапии у больных этой группы признаки сепсиса не отмечались.

Выводы. У больных с политравмой отмечается гиперкоагуляция. Поэтому изучение гемостазиограммы в процессе диагностики и лечения у больных с политравмой способствует обнаружению нарушения в системе гемостаза, тем самым, предупреждает развитие септических и тромбоэмболических осложнений.

Литературы

1. Дуткевич И.Г. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-СИНДРОМ) в хирургической практике. / Вестник хирургии. 2013. Том 172. №2. Стр. 67-73.
2. Козлова Т.В. Тромбоэмболия легочной артерии при политравме: особенности диагностики и лечения / М.С. Матвеев, И.В. Белозеров, Е.Я. Николенко // Новости хирургии 2021. Том 29 №2. Стр. 242-249.

3. Проказюк А.А. Политравма: определение состояния и тактики ведения больных (обзор). / А. А. Проказюк, М. А. Жанаспаев, С. К. Аубакирова, А. С. Мусабеков, А. С. Тлемисов // Общая реаниматология. 2022; 18 (5): 78–88. <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2022-5-78-88> [На русск. и англ.].
4. Устьянцев И.М. Прогностическая значимость апополипротеинов А1 и В (АПОА1 и АПОВ) в развитии сепсиса у пациентов с политравмой / И.М. Устьянцев, О.И. Хохлова, О.В. Петухова, Ю.А. Жевлакова // Политравма. – 2016. - №4. – С. 15-22.
5. Bahloul M. Early post-traumatic pulmonary embolism in intensive care unit: incidence, risks factors, and impact outcome / M. Bahloul, M. Dlela, K. Bouchaala, A. Triki, H. Chelly, C.B. Hamida, S. Haddar, M. Bouaziz // Am J Cardiovasc Dis. 2020 Aug 15;10(3):207-218. eCollection 2020.

Рахимов Н.Г., Бобоалиев А.М., Киматов С.Р.

ХАРАКТЕР ПОЛИТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ ВГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Политравма на сегодняшний день является одной из основных проблем медицины в мире[1,3]. Это в основном связано с ростом как производственного, так и дорожно-транспортного происшествия[2,4]. Поступившие в стационар больные с травмами по данным авторов от 27 до 80% случаев имеют сочетанные травмы[4].

Среди причин политравмы, по данным немецких ученых лидирующее место занимают дорожно-транспортные травмы (ДТП) в 55% случаев, травмы полученные на производстве и при проведении активного отдыха 24%, в результате падения с высоты в 14% случаев[4].

В результате ДТП у больных, по данным авторов, отмечаются травмы конечностей в 69%, повреждения грудной клетки в 45% и черепно-мозговая травма в 39%[4].

Учитывая вышеизложенные данные о политравме, мы сочли нужным изучить характер политравмы у больных, поступивших в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Цель исследования. Изучение характера политравмы у больных, поступивших в отделение взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Материал и методы исследования. Нами исследован характер политравмы у 20 больных, находящихся на стационарном лечении в отделении взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2022-2023 гг. При исследовании учитывались характер повреждений, причины травмы, сочетание повреждений органов и систем.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе характера повреждения, причин травмы, повреждения органов и систем выяснилось, что из 20 больных, получивших политравмы в 12 (60%) случаях травмы получены вследствие дорожно-транспортного происшествия.

В 5 (25%) случаях из 20 больных политравму получили вследствие производственной травмы. В 3 (15%) случаях из 20 пациентов травму получили вследствие падения с высоты.

При изучении сочетания травмы органов различных частей организма выяснилось, что наиболее чаще больные поступили с черепно-мозговыми травмами - в 11 (55%) случаях, из них у 5 больных обнаружена гематома эпидурального пространства. Травмы груди в 10 (50%) случаях, перелом ребер 7 (35%), из них у 4 больных множественный перелом ребер.

Перелом верхних конечностей в 9 (45%) случаях, из них у 5 больных перелом плечевой кости обеих рук. Перелом нижней конечности в 8 (40%) случаях, из них у 3 больных перелом бедренной кости обеих ног. Перелом костей таза в 6 (30%) случаях, перелом позвоночника в 3 (15%) случаях.

Как видно из приведенных выше данных, наиболее частой причиной политравмы являются дорожно-транспортные происшествия. По характеру получения травмы наиболее чаще отмечаются черепно-мозговая травма, травмы груди и перелом конечностей.

Выводы. Причинами политравмы у пациентов, поступивших в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», в основном, являются дорожно-транспортные происшествия. Наиболее часто больные поступают с политравмами, сочетающимися с черепно-мозговыми травмами, травмами груди и переломам костей конечностей.

Литературы

1. Кукса Д.Н. Значение использования шкал оценки тяжести состояния при лечении пациентов с политравмой / Д.Н. Кукса, Э.И. Солод, М.А. Абдулхабилов, Н.В. Загородний, А.Ф. Лазарев // Практическая медицина. 2022. Т. 20, № 4, С. 51-55.
2. Проказюк А.А. Политравма: определение термина и тактики ведения больных (обзор). / А. А. Проказюк, М. А. Жанаспаев, С. К. Аубакирова, А. С. Мусабеков, А. С. Тлемисов // Общая реаниматология. 2022; 18 (5): 78–88. <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2022-5-78-88> [На русск. и англ.].
3. Рахимов Н.Г., Маматкулов Х.А., Мансуров А.И. Изменение параметров центральной гемодинамики при септическом состоянии у больных с политравмой / Материалы международной научно-практической (69-ой годичной) конференции ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Душанбе – 17.11.2021. С. 166-167.
4. Шуматов В.Б. К вопросу о нутритивной поддержке с применением глутамин у пациентов с политравмой / В.Б. Шуматов, Н.Д. Ермакова, В.А. Павлов, П.Ю. Горожин, Е.В. Маркелова // Фундаментальные исследования № 1, 2015. стр. 182-189.

Рахимова П.С., Умарова Т.С., Кадамалиева М.Д.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ

Медицинский факультет, ГОУ «ТНУ». Таджикистан

Актуальность. Гормональная терапия (ГТ), эффективность которой доказана в крупных многоцентровых рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях, широко используется при лечении климактерического синдрома (КС) у женщин. Вместе тем, существуют определенные ограничения для назначения половых гормонов женщинам в постменопаузе с КС и различными гинекологическими заболеваниями. В частности, вопрос — использовать ли ГТ у больных с миомой матки — до настоящего времени остается дискуссионным.

Таким образом, ряд нерешенных вопросов и высокая распространенность миомы матки у женщин в постменопаузе делает актуальной проблему разработки клинко-диагностических критериев, на основании которых будут обоснованы принципы дифференцированного подхода к назначению ГТ, предназначенной для коррекции климактерических расстройств у больных в постменопаузе с миомой матки малых размеров.

Цель исследования. Выявить влияние гормональной терапии при миоме матки на климактерический период.

Материал и методы. Основу работы составили результаты комплексного клинко-лабораторного и инструментального обследования и лечения 21 женщины с КС и миомой матки малых размеров в постменопаузе, возраст которых колебался от 40 до 65 лет ($53,8 \pm 5,2$ года), а длительность постменопаузы — более 1 года.

Программа обследования пациенток включала общеклиническое и гинекологическое обследование, оценку гормонального статуса: определение содержания ФСГ, ЛГ, Е₂, ПРЛ, ТТГ в периферической крови радиоиммунологическим методом. УЗИ органов малого таза в сочетании с цветовым доплеровским картированием и доплерометрией сосудов матки и внутриопухолевых сосудов осуществляли с использованием мультисекторного трансвагинального датчика.

Результаты и обсуждение. Длительность постменопаузы у обследованных больных в среднем составила $3,3 \pm 1,5$ года. Количество миоматозных узлов колебалось от 1 до 3, объем доминантного узла в среднем составлял $3,7 \pm 2,7$ см³.

Длительность климактерического синдрома в среднем составила $4,8 \pm 3,0$ года, при этом у 2 пациенток отмечено атипичное течение КС в течение 10 лет.

У всех пациенток были жалобы на нейровегетативные нарушения (приливы «жара», ночную потливость, головные боли), психоэмоциональные расстройства (депрессия, раздражительность, изменение ритма сна, плаксивость, слабость, нарушение концентрации внимания), нарушения со стороны урогенитального тракта (диспареуния, атрофические вагиниты) различной степени выраженности, снижение либидо. Наиболее частыми жалобами были приливы «жара», потливость, головные боли, повышенная утомляемость, изменение настроения, снижение работоспособности, ухудшение памяти.

Длительность заболевания, по первому посещению, при котором был установлен диагноз миомы матки малых размеров, была в среднем $10,9 \pm 6,5$ года. На момент обследования перед началом лечения у всех больных ($n=21$) менструации отсутствовали от 1 года до 5 лет; ни в одном случае не выявлено сопутствующих гинекологических заболеваний, за исключением миомы матки малых размеров.

Анализ результатов лечения проводился на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Оценивалось влияние терапии на симптомы КС, гормональный профиль, содержание биохимических показателей в плазме крови, показатели гемостаза и клинического анализа крови, а также характер ответной реакции органов-мишеней, и, в частности, миомы матки — по ультразвуковым биометрическим параметрам и доплерометрическим показателям кровотока в артериях матки и миоматозных узлах.

Уже к концу 6-го месяца терапии значительно снизилась частота и интенсивность приливов «жара», уменьшилась потливость, достигнув 90%, отмечено достоверное улучшение сна у каждой второй пациентки и полное отсутствие нарушений сна у другой половины обследованных ($p < 0,05$). Уменьшились симптомы со стороны центральной нервной системы — слабость, головокружение, снижение эмоционального фона, депрессия, раздражительность; трофические изменения в урогенитальном тракте, наблюдавшиеся до лечения у каждой четвертой пациентки и проявляющиеся диспареунией после 6 мес. лечения, уменьшились наполовину. Через 6 мес. терапии указанная выше положительная динамика сохранялась. Клиническая эффективность лечения климактерических расстройств у женщин с миомой матки малых размеров в постменопаузе составила 83%.

Таким образом, достигнутые результаты лечебного эффекта убедительно свидетельствуют об эффективности эсмии в нормализации общего состояния больных, повышении качества жизни женщин в постменопаузе. Анализ клинических данных на фоне лечения эсмии показал отсутствие и кратковременность выраженных побочных эффектов и хорошую переносимость препарата.

Наряду с вышеуказанными положительными изменениями клинического состояния больных получены объективные данные лабораторных и инструментальных исследований, подтверждающие отсутствие отрицательного влияния ГТ на органы-мишени: ни в одном случае роста узлов миомы не выявлено.

На фоне проводимой терапии имелась тенденция к снижению уровня ФСГ ($64,8 \pm 22,2$ МЕ/л) и достоверное повышение уровня эстрадиола ($78,3 \pm 12,1$ пмоль/л). Содержание всех остальных исследуемых гормонов не выходило за рамки возрастных нормативных значений как до, так и на фоне 1 года лечения. Также произведена оценка содержания яичникового онкомаркера СА-125, уровень которого не превышал нормативного значения (в среднем $7,5 \pm 1,6$ ед/мл). При контроле гормональных показателей и онкомаркера СА-125 через 6 мес. лечения значимых изменений не отмечено ($7,1 \pm 1,2$ ед/мл).

Полученные результаты показателей биохимического и клинического анализов крови, а также показателей гемостаза как до, так и через 6 мес. после лечения свидетельствуют об отсутствии отрицательного влияния на данные показатели.

Контроль за состоянием органов малого таза (в том числе эндометрия, матки и миомы) осуществлялся у всех больных до начала лечения и спустя 6 мес. после его начала. В процессе первичного обследования и динамического наблюдения вычислялись размеры и объем матки, доминантного миоматозного узла, яичников, срединного М-эха.

Динамическое наблюдение за состоянием органов малого таза не выявило различий в размерах матки и яичников, толщины эндометрия по сравнению с исходными данными. Как средний показатель толщины эндометрия, так и индивидуальные значения находились в рамках нормальных показателей и соответствовали периоду постменопаузы. Структурных изменений и изменений в размерах яичников за период наблюдения не отмечено. Объем доминантного миоматозного узла существенно не менялся. Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов.

Выводы: 1. Результаты комплексного обследования пациенток с миомой матки малых размеров в постменопаузе на фоне ГТ эсмии с использованием УЗИ, цветового доплеровского картирования для оценки состояния матки и миоматозных узлов, маточного и внутрипухолового кровотоков дают основание рассматривать ГТ как высокоэффективное лечебное средство, не оказывающее пролиферативного воздействия на эндометрий и миометрий у больных с миомой матки малых размеров в постменопаузе.

2. Полученные результаты позволили расширить возможность проведения гормональной терапии для коррекции климактерических расстройств у пациенток с миомой матки малых размеров в постменопаузе.

Список литературы

1. Сметник В.П. Медицина климактерия. // Под ред. В.П. Сметник. Ярославль: ООО Изд-во Литера 2017; 848.
2. Archer D.F. Endometrial bleeding during hormone therapy: The effect of progestogens. Maturitas 2018; 57: 71—76.
3. Cardoso E.B. et al. Transvaginal Doppler sonography: is it advantageous in the differentiation of endometrial lesions. Obstet Gynec Infertility 2018; 65.
4. Cesaus I. et al. Pipelle and direct hysteroscopic biopsy in evaluation of the endometrium in postmenopause. Maturitas 2017; 5: 4: Suppl 1: 13—16.
5. Van de Weijer P.H., Mattsson L.A., Ylikorkala O. Benefits and risks of long-term low-dose oral continuous combined hormone therapy. Maturitas 2016; 56: 3: 231—248.

Рахмонов Б.А., Турдибоев Ш.А.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

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

Актуальность.

Высокая инвалидизация и летальность, а также прямые затраты общества на лечение и реабилитацию, обуславливают актуальность совершенствования диагностики и лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

ВМГ может быть в виде гематомы или очага геморрагического пропитывания III типа. Ведущим механизмом образования гематомы являются разрывы патологически измененных стенок церебральных сосудов. Геморрагическое пропитывание, характеризующееся небольшими размерами очага и нечетко выраженными границами, возникает вследствие диапедеза эритроцитов из мелких сосудов. В ряде случаев гематома и геморрагическое пропитывание выступают различными фазами одного и того же процесса. Излившаяся в мозг кровь вызывает местное разрушение и сдавление вещества мозга, а также реакцию окружающих тканей в виде локальной, а впоследствии и распространенной ишемии мозга с интракраниальной гипертензией, дислокацией и возможным вклиниванием мозговых структур.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и диагностики травматических внутричерепных гематом.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ 93 пациентов с ТВЧГ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении Национального медицинского центра РТ с 2017 по 2019 гг., из них эпидуральные гематомы было в 52 (55,9%) случаях, внутримозговые гематомы – в 21 (22,6%) и субдуральные гематомы – у 14 (15,1%) пострадавших. У 6 (6,4%) больных верифицированы комбинированные гематомы. Среди обследованных мужчин было 59 (63,4%), и женщин 34 (36,6%) в возрасте от 19 года до 65 лет. Из 93 пациентов в 63 (67,8%) случаях обстоятельством травмы было падение с различной высоты, у 26 (27,9%) – дорожно-транспортные происшествия и в 4 (4,3%) наблюдениях – избиение. Причиной заболевания во всех случаях была ЧМТ различной степени тяжести: в 18 (19,3%) случаях причиной возникновения ТВЧГ была лёгкая ЧМТ, в 39 (41,9%) - средней степени тяжести и в 36 (38,8%) случаях наблюдалась на фоне тяжёлой ЧМТ. Проводились клиничко-неврологические обследования, компьютерная томография (КТ) и краниография.

Результаты исследований и их обсуждение. Клиническая картина у обследованных больных варьировала от минимальных неврологических дисфункций до грубых расстройств с витальными нарушениями. В большей степени было характерно наличие общемозговой симптоматики и в меньшей - очаговой. Оболочечная симптоматика наблюдалась у 63 (67,7%) обследованных. Менингеальные симптомы, были выраженными и проявлялись ригидностью затылочных мышц и симптомами Кернига.

Одним из основных неврологических проявлений у обследованных было угнетение сознания различной степени, которое наблюдалось при поступлении у 62 (66,7%) больных, в ясном сознании поступили 31 (33,3%) пострадавших. Глубина нарушения сознания варьировала от лёгкого оглушения до коматозного сознания, которое оценивалось по шкале комы Глазго (ШКГ).

С появлением современных диагностических методов нейровизуализации диагностика ТВЧГ значительно упростилась. Согласно современным взглядам, КТ головного мозга является методом выбора в диагностике ТВЧГ. При проведении КТ головного мозга в наших исследованиях ТВЧГ обычно имели вид зоны с измененной плотностью, располагающейся над веществом головного мозга. Как видно из рис. (1,2,3,4), в 38 (40,9%) случаях гематомы были левосторонними, в 48 (51,6%) случаях - правосторонними и в 7 (7,5%) - двусторонними. В большинстве случаев ТВЧГ располагались супратенториально и составляли 87 (93,5%) пациентов, а субтенториальной локализации – в 6 (6,5%) наблюдениях. Наиболее частой локализацией была лобно-теменно-височная.

Объём гематомы являлся одним из определяющих факторов принятия решения об оперативном лечении. На основании КТ и интраоперационных данных было установлено, что в большинстве случаев травматические ВЧГ имели объём от 50 до 100 мл.

Одним из главных признаков КТ-диагностики ТВЧГ, была регистрация смещения срединных структур головного мозга, которое колебалось от 5 до 22 мм. В наших наблюдениях у 48 (51,6%) больных отмечались признаки сдавления конвекситальных субарахноидальных пространств на стороне гематомы. Признаки компрессии базальных ликворных цистерн выявлены нами у 31 (33,4%) больного. Сдавление ипсилатерального бокового желудочка встречалось в 37 (39,8%) наблюдениях. Дислокационная гидроцефалия отмечена в 28 (30,1%) случаях. Следует сказать, что степень выраженности КТ изменений ТВЧГ, как правило, коррелировала со степенью тяжести состояния больных.

Выводы.

1. Для травматических внутричерепных гематом в большинстве случаев характерно преобладание общемозговых симптомов и прогрессирующий тип течения. Более глубокие неврологические расстройства наблюдаются у пациентов старших возрастных групп.

2. Особенности течения травматических внутричерепных гематом на фоне тяжёлых ушибов головного мозга заключаются в более частом и глубоком угнетении уровня сознания, наличии других грубых неврологических расстройств, обусловленных тяжестью ушиба головного мозга, что проявляется выраженной декомпенсацией состояния больных.

3. Компьютерная томография головного мозга с высокой степенью точности выявляют локализацию, объём и структуру травматических внутричерепных гематом, что позволяет определить показания и тактику хирургического лечения.

Литература

1. Коновалов А.Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов. М.: Антидор, 2001. Т. 2. 675 с.
2. Потапов А.А. Длительное сдавление головы (биомеханика, клиника, диагностика, лечение) / А.А. Потапов, В.Ж. Констанян, Л.Б. Лихтерман // Вопр. нейрохир. 2012. №2-3. С. 5-124.
3. Miller L. Head trauma: basic, preclinical and clinical directions – New York: Wiley and Sons, 2021. 352p.
4. WHO Mortality Database. WHO Mortality Statistics. – Geneva: World Health Organization, 2022. 128p.

Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н., Коситов Д.Д.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ДНА III ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

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

Актуальность. Первые попытки эндоскопических вмешательств при гидроцефалии у детей предприняты в начале XX века. Современная нейроэндоскопия начала бурно развиваться в 1970-е гг., чему способствовало совершенствование эндоскопической техники, появление оптических эндоскопов [1, 2, 3]. Наряду с распространением методики операции разрабатывались новые варианты эндоскопических манипуляций и диверсифицировались методики их проведения. Манипуляции в большинстве случаев выполняются изолированно, как правило, их эффективность оценивается в противопоставлении, их применение ограничено при некоторых формах [3, 4].

У больных с впервые диагностированной окклюзионной гидроцефалией успешно применяются нейроэндоскопические операции (в частности, эндоскопическая тривентрикулоцистернастомия [1, 4].

Показания для ЭВЦ III с самого начала были спорными. Сегодня ЭВЦ III зарекомендовала себя как метод выбора лечения ряда патологических состояний, приводящих к гидроцефалии [1, 3, 4].

Несмотря на бурное развитие детской нейрохирургии, появление новых методов операции и усовершенствование ликворошунтирующих систем у пациентов детского возраста, особенно детей грудного возраста, до сих пор частота встречаемости послеоперационных осложнений считается высокой, которая составляет от 3 до 60%, при этом частота летального исхода колеблется в пределах 1,1-29,4% [1, 2, 4].

Что касается показателей успешности ЭВЦ III, то, по мнению некоторых авторов, они варьируют от 56 до 89% у детей грудного возраста и увеличиваются у детей старше 2 лет [2, 4].

Таким образом, из обзора литературных источников следует, что необходимость внедрения в практику малоинвазивной техники как ЭВЦ III при хирургическом лечении окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста актуально, что существенно повлияет на результат их лечения и уменьшит использование традиционных методов лечения - ЛШО и осложнения, связанные с ней. Актуальность этой проблемы даёт почву для дальнейшего усовершенствования этой методики операции и изучения эффективности в хирургическом лечении у детей грудного возраста.

Цель исследования. Улучшить результат хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии у детей грудного возраста путем внедрения эндоскопической вентрикулоцистернастомии дна третьего желудочка (ЭВЦIII).

Материал и методы исследования. Нами были изучены результаты комплексного обследования и хирургического лечения 16 детей в возрасте от 28 дней до 1 года, поступивших на стационарное лечение в течение 2021/23 гг. в отделение детской нейрохирургии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», которое является клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. У всех обследуемых детей была выявлена внутренняя прогрессирующая окклюзионная гидроцефалия. Во всех случаях детям проводилось клинично-неврологическое исследование. Наблюдаемым пациентам выполнялись КТ и МРТ-исследования, а также нейроофтальмоскопия. Всем больным проводилось малоинвазивное вмешательство эндоскопической вентрикулоцистернастомии дна третьего желудочка (ЭВЦIII). Все операции ЭВЦ III выполнялись с использованием нейроэндоскопической стойки KarlStorz, эндоскопического интравентрикулярного набора miniLotta, щипцов вентрикулостомических, баллонного катетера

Fogarty, вентрикулостом и т.д.

У исследуемых нами больных до года не был закрыт большой родничок, поэтому применен хирургический доступ: трансродничковый доступ. Обычно это классическая точка Кохера, но из-за слишком увеличенного объема черепа не всегда он соответствует этой точке.

После проведения оперативного вмешательства обычно на 3 день после операции, проводились контрольное МРТ или КТ снимки.

Результаты исследования и их обсуждение. У наблюдаемых нами детей кроме значительного увеличения размеров головы было отмечено увеличение и напряжение родничков, в первую очередь большого родничка, по выраженности которых можно предположить степень выраженности ликворной гипертензии.

Критериями положительного эффекта мы считаем регресс общемозговой симптоматики, застоя на глазном дне, перивентрикулярного отека по данным КТ и МРТ.

Из 16 пациентов, входивших в группу исследования, причинами гидроцефалии были 9 (56,25%) с идиопатическим стенозом водопровода мозга, у 5 пациентов (31,25%) причиной был нейроинфекция и 2 больных (12,5%) с постгеморрагической гидроцефалией. Во всех случаях показанием для ЭВЦ III была прогрессирующая окклюзионная гидроцефалия. Оперативное лечение проводилось на 1-2 сутки после поступления в клинику. У всех детей точка Кохера был над большим родничком поэтому хирургический трансродничковый доступ у всех 16 (100%). Средняя продолжительность операции ЭВЦ III составляла 45 ± 10 мин.

Среди пациентов, которым была проведена ЭВЦ III, у 2 (12,5%) пациентов до поступления в нашу клинику были выполнены операции по поводу гидроцефалии вентрикулоперитонеальное шунтирование. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались в отделении интенсивной терапии для детей и по стабилизации состояния переводились в детское нейрохирургическое отделение. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после ЭВЦ III составила $8,7 \pm 1,4$ дней. Контрольное МРТ и КТ исследование было выполнено через 3 день после операции и 3 месяца после операции для оценки следующих параметров: уменьшение размера желудочков головного мозга и сохранение ликворооттока через вентрикулосту. При осмотре офтальмолога оценивались наличие/отсутствие венозного застоя сетчатки, а при неврологическом исследовании – любые клинические проявления стойкого повышения внутричерепного давления.

Повторные оперативные вмешательства из-за неэффективности ЭВЦ III были проведены у 4 (25%) детей. Прогрессирование гидроцефалии в этих случаях происходило в течение $1,0 \pm 2,41$ месяца. Таким образом, эффективность ЭВЦ III в нашем исследовании составила 12 (75%). Летальных исходов нами не отмечено. Геморрагические осложнения наблюдали в 2 (12,5%) случаях, в которых над местом был установлен вентрикулодренаж в передний рог и в последующем был убран после проведения КТ контрольной и промывания желудочка. Также не наблюдалось подкожного скопления ликвора в точке доступа, и не было никаких послеоперационных неврологических, эндокринных или инфекционных осложнений.

Показанием проведения для ЭВЦ III является причина, вид гидроцефалии и возраст пациентов. Эффективность этой методики была в группе с стенозом водопровода, в котором гидроцефалия разрешилась этим методом у всех больных 9(100%). В группе с поствоспалительной гидроцефалией несостоятельность стомы наблюдалась у 2(40%) пациентов. В подобных ситуациях в дальнейшем может возникнуть необходимость выбора традиционных шунтирующих вмешательств. Преимуществом выполнения ЭВЦ III является мининвазивность процедуры. При использовании этой технологии либо через трансродничковый доступ, либо через простое трепанационное отверстие повреждение мягких тканей минимальное, что резко снижает любую потенциальную кровопотерю и обеспечивает эффективное заживление послеоперационной раны. Эндоскопическая визуализация повышает безопасность и снижает риск повреждения сосудов или нервов. Как было указано выше, средняя продолжительность операции была меньше чем полчаса, при этом, естественно, уменьшалась и длительность общей анестезии, что имеет большое значение для детей. Важно отметить и относительно короткий послеоперационный период как в отделении интенсивной терапии, так и в больнице в целом. Полученные нами результаты вполне сопоставимы с данными, представленными другими авторами [1, 2, 3], хотя в некоторых работах частота осложнений ЭВЦ III составляет 6-20% [1, 2, 3].

Заключение.

Полученные нами положительные результаты позволяют считать применение ЭВЦ III перспективной методикой у больных с окклюзионной формой гидроцефалии, что может рассматриваться как альтернатива традиционным шунтирующим операциям у детей грудного возраста.

Литература

1. Суфианов А.А. Малоинвазивная техника эндоскопической вентрикулоцистерностомии дна III желудочка у детей с окклюзионной гидроцефалией / Суфианов А.А., Суфианова Г.З., Якимов Ю.А. // Журнал Вестник Авиценны 2019г. Том 21 №4, С.400-406.
2. Бывальцев В.А. Интравентрикулярнаянейроэндоскопия коллоидных кист III желудочка / Бывальцев В.А., Степанов И. А., Антипина С.Л. // Тихоокеанский медицинский журнал, 2015г №4 С.80-86.
3. Ольхова У.Б. Подоболочечные скопления жидкости у новорожденных детей раннего возраста // Медицинская визуализация- №4. -2014 С. 122-128.
4. Sufianov A.A, Kasper E.M, Sufianov R.A. An optimized technique of endoscopic third ventriculocisternostomy (ETV) for children with occlusivthydroctphalus. Neurosurg Rev. 2018; 41(3):851-9.

Рашидов Ф. Ш., Махмудов И.М., Камолов А.Н.

Клиническая диагноСТИКА ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

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

Актуальность. Проблема диагностики и лечения эхинококкоза в нашем регионе продолжает оставаться достаточно актуальной. В последние годы особого снижения заболеваемости не отмечается.

Легочная локализация эхинококкоза встречается от 18,6% до 69%, причем преимущественно страдают лица молодого и трудоспособного возраста. Одной из особенностей клинического течения эхинококкоза легких является довольно частое возникновение осложнений, которые достигают до 40%. [1,2]. При этом значительно возрастают показатели послеоперационных осложнений и рецидивов (до 20-30%) и летальных исходов (до 2-10%). [1,3] Сложности, обусловленные развитием осложнений, диктуют необходимость решения вопросов раннего выявления заболевания, и уточнения хирургической тактики в определенных ситуациях.

Основными методами диагностики эхинококкоза легких, безусловно, являются лучевые – рентгенологические, компьютерная томография. Наряду с этим используются ультразвуковое исследование, фибробронхоскопия и торакоскопия по показаниям, различные лабораторные тесты. Интерпретация клинической семиотики любого заболевания имеет важное значение для определения направлений дополнительных исследований, дифференциальной диагностики, первичной оценки тяжести состояния больного, а нередко и для уточнения основного заболевания. В диагностике объемных и полостных образований легких большое значение придавалось в классических руководствах по пульмонологии и торакальной хирургии. Однако, с расширением возможностей и увеличением разрешающей способности дополнительных методов исследования, диагностической значимости чисто клинических исследований все меньше уделяется внимание. Данная тенденция характерна также при обследовании больных с эхинококкозом легких. Учитывая относительную скудность клинических симптомов при отсутствии осложнений эхинококкоза легких, мы целенаправленно не включили эту группу больных в настоящее сообщение. Наоборот, правильная интерпретация состояния больных, анамнеза и клинических симптомов имеет важное диагностическое и дифференциально-диагностическое значение при осложненных формах эхинококкоза легких [4], чему посвящается настоящее сообщение.

Материал и методы исследования. Нами на основании анамнеза заболевания, данных выписки из истории болезни направивших учреждений и собственных наблюдений установлены некоторые закономерности клинической семиотики у 258 больных с осложненным эхинококкозом легких. Диагноз у всех больных был подтвержден на основании рентгенологических исследований, компьютерной томографии, фибробронхоскопии и протоколов оперативных вмешательств.

Обсуждение полученных результатов. Частым симптомом осложнений эхинококкоза была боль в грудной клетке, что указывала на сторону поражения. Она отмечена у 233 (90,3%) больных, у 90 из которых имела постоянный тупой или ноющий характер, у 120 – периодический, у 48 - интенсивный приступообразный. Последний отмечался в момент прорыва кисты, особенно в плевральную полость.

Кашель отмечался у 207 (80,2%) больных. Патогномоничным он был при прорыве кисты в бронх, когда на фоне благополучного состояния возникает сильный внезапный кашель с одномоментным выделением большого количества жидкости через рот («кашель полным ртом»). Последний отмечен у 65 (48,5%) больных из 134 с прорывом кисты в бронх. Половина этих больных (33) указывали еще на выделение белесоватых пленок (обрывки хитиновой оболочки) в мокроте. У 12 пациентов после более длительного промежутка времени (от 3 до 6 мес) отмечен повторный характерный эпизод прорыва кисты в бронх, по поводу чего первично обратились к врачу. Такую особенность осложнения мы связываем с неполным отслоением хитиновой оболочки живого паразита от фиброзной капсулы во время перфорации, при которой жизнеспособность паразита может еще долго сохраняться. Вследствие прикрытия места перфорации происходит повторное скопление эхинококковой жидкости в полость кисты с последующим прорывом в бронх. По характеру отделяемой жидкости при кашле с большой вероятностью можно судить о состоянии перфорировавшейся кисты. Так, при неинфицированных кистах жидкость была более прозрачной, солоноватого или горьковатого вкуса, а при инфицированных - мутной, с хлопьями, неприятным вкусом и запахом и часто с обрывками хитиновой оболочки.

У 106 (65,4%) больных из 162 с прорывом эхинококковой кисты в бронх (134) и плевральную полость (28) отмечено развитие тяжелого состояния с признаками дыхательной недостаточности и интоксикации, из-за чего больные были госпитализированы по неотложным показаниям. Нередким проявлением перфорации эхинококковой кисты было аллергические симптомы. Так, у 34 больных были различной распространенности кожные проявления такой реакции (эритема, узелки, волдыри на коже лица, туловища или (и) конечностей, кожный зуд), которые сохранялись от нескольких часов до 2-3 суток. Анафилактический шок развивался у 11 больных и всегда характеризовался тяжелым общим состоянием пациента с выраженными признаками сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, а у одной пациентки даже отеком легкого.

Во всех случаях прорыв эхинококковой кисты легкого в бронх или плевральную полость сопровождался повышением температуры тела. При прорыве неинфицированных кист на фоне проведения соответствующей терапии гипертермия сохранялась до 2-5 суток от момента прорыва, а при присоединении инфекционных осложнений, а также первично инфицированной кисты, длительность гипертермии зависела от выраженности воспалительного процесса и регресса от проводимой терапии.

Клиническая картина нагноившейся кисты без признаков прорыва (74больные) характеризовалась клиникой общей интоксикации с периодическим повышением температуры тела, общей слабостью, нередко сухим кашлем и болями в соответствующей половине грудной клетки. Соответственно объемам кисты больные отмечали чувство нехватки воздуха при нагрузке или одышку при больших размерах кисты. В общем патогномоничные симптомы не имели место.

Легочное кровотечение было у 20 больных, что у 13 из них стало причиной первичного обращения к врачу. При этом, в 10 случаях оно возникло параллельно прорыву эхинококковой кисты в бронх с типичной клиникой, в 5 – в поздние сроки прорыва, вследствие аррозии сосудов стенок инфицированной остаточной полости фиброзной капсулы,

а в 5 - при изолированной глубоком разрыве фиброзной капсулы без перфорации хитиновой оболочки. Последний был установлен при проведении оперативного вмешательства.

Объективные методы исследования, как перкуссия грудной клетки, так и аускультация легких имели значение в установлении стороны поражения, оценки выраженности патологического процесса в легком или плевральной полости, особенно при динамическом наблюдении, а в уточнении диагноза значение не имели.

Большое значение придавали анамнезу заболевания и жизни. Так после раннее перенесенных операциях в других органах, чаще в печени по поводу эхинококкоза, случаи эхинококкоза у членов семьи, профессиональной деятельности пациента подозрение на эхинококкоз при интерпретации клинико-инструментальных данных возрастает.

Выводы. Патогномоничные симптомы осложненного эхинококкоза легких были характерны для прорыва кисты в бронх, а у большинства больных, клиническая семиотика имела большое значение в определении алгоритма исследования и установлении диагноза. Объективные исследования (аускультация, перкуссия) являются необходимыми методами динамической оценки течения патологического процесса в легких. Окончательный диагноз устанавливается дополнительными инструментальными методами исследования и интраоперационной находкой.

Литература.

1. **Усманов Н.У. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких. Душанбе 2002 г..**
2. Ю.Л.Шевченко, Ф.Г.Назыров. Хирургия эхинококкоза /Ю.Л.Шевченко, Ф.Г.Назыров – М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.
3. А.М.Хаджибаев, Р.О.Рахманов, У.Х.Вахидов, Ф.Б.Шокиров. Диагностика и хирургическое лечение осложненной формы эхинококкоза легких.//Вестник экстренной медицины.-2015.- № 1.- С.5-9
4. Саидахмедова Д.Б., Сувонкулов У.Т., Вахобов Т.А., Абдиев Т.А., Качугина Л.В. Особенности клинического течения эхинококкоза // Medicine (Almaty). – 2016. – № 6 (168). – Р. 85-88

Рыженкова Т.И., Хоров О.Г.

СВОЙСТВА АЛЛОГЕННОГО ХРЯЩА СПУСТЯ 40 ЛЕТ

Кафедра оториноларингологии и глазных болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь.

Актуальность: В практике реконструктивной хирургии в оториноларингологии существует потребность в пластических материалах, обладающих комплексом свойств, способных заместить дефект. Для этих целей чаще всего применяют хрящевую, реже – костную ткань. Она необходима для тимпанопластики, мастоидопластики, септоринопластики, коррекции ушных раковин, замены хрящей трахеи, оперативных вмешательствах на параназальных синусах и т.д..

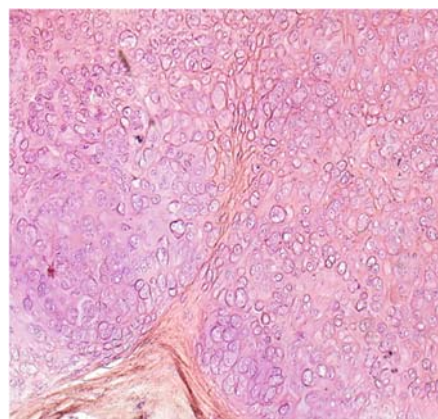
Хрящ — это вид соединительной ткани, состоящей из хондроцитов. Однако в отличие от других тканей в хряще отсутствуют кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. Это наделяет последнего иммуногенными свойствами, что даёт возможность использовать его в качестве аллотрансплантата. Но хондроциты обладают повышенной чувствительностью к внешним воздействиям окружающей среды.

Цель: оценить отдалённые результаты аллотрансплантации хряща

Клинический случай: Пациентка П., поступила в оториноларингологическое гнойное отделение для взрослых в УЗ «Гродненская университетская клиника» с жалобами на боль и наличие образования в области переносицы слева. Со слов пациентки получила травму в быту, после которой спустя полгода образование стало увеличиваться. При осмотре наблюдалась инфильтрация и гиперемия в области спинки носа, болезненность при пальпации. Этот случай уникален тем, что около 40 лет назад пациентка получила травму носа от удара копытом лошади. В это же время было произведено оперативное вмешательство в Москве, во время которого был имплантирован аллохрящ. Последний был обнаружен во время оперативного вмешательства при поступлении в 2023 году (рисунок 1). Хрящ был отправлен на гистологическое исследование. По результатам которого выявилось, что количество хондроцитов соответствовало норме, наблюдалось равномерное окрашивание тканей, наличие множественных изолированных групп хондроцитов с ядрами (рисунок 2), что говорит о жизнеспособности аллохряща спустя длительное время: больше 40 лет.

рисунок 1 рисунок 2

аллохрящ удалённый из операционной раны гистологическое исследование аллохряща



Выводы:

- 1) Хрящ способен сохранять свои свойства спустя длительный период времени.
- 2) Хрящ был и есть наиболее популярным материалом для трансплантации в реконструктивной хирургии в оториноларингологии.

**Савранская К.В, Мирошник Н.А, Рыжкова Н.С.
СОМАТОСЕНСОРНЫЙ ТИННИТУС.**

Кафедра оториноларингологии ФГБОУВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова». Российская Федерация.

Актуальность.

Соматосенсорный тиннитус — это подтип субъективного шума в ушах, при котором измененная соматосенсорная афферентация от шейного отдела позвоночника или височно-нижнечелюстной области вызывает или модулирует восприятие шума в ушах пациентом. По некоторым данным его распространенность составляет 12-43% среди больных с шумом в ушах.[2] Данные указывают на высокую встречаемость соматосенсорного тиннитуса, но клиницисты редко определяют его, ввиду недостаточной осведомленности и отсутствии четких алгоритмов обследования в широком доступе, а процессы, лежащие в его основе, все еще плохо определены. [4]

Цель исследования.

Провести обзор медицинской литературы за последние 10 лет и выявить общие данные по вопросам патофизиологии, диагностики и лечения соматосенсорного шума.

Материалы и методы исследования.

Поиск литературы в базах данных Google Scholar, PubMed по терминам "соматосенсорный шум", "этиология", "диагностика", "лечение". Отобраны статьи по данной тематике за последние 10 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Согласно современным данным этиопатогенеза, в норме неаудиторная соматосенсорная информация от узлов первого порядка (ганглий дорсального корешка и тройничного узла) и от проекций второго порядка (спинномозговое ядро тройничного нерва и ядро дорсального столба) постоянно передается на кохлеарные ядра и нижние бугорки четверохолмия. Ответственными за перенос соматосенсорной информации в слуховую систему являются миелиновые глутаматергические волокна посредством изоформы везикулярного транспортера глутамата VGLUT2. Их возбуждающее влияние передается на униполярные щеточные клетки, которые в свою очередь таким же образом воздействуют на гранулярные клетки, вызывая локальное усиление сигналов в кохлеарном ядре. Этот механизм конвергенции информации позволяет вычитать изменения в спектре, вызванные движениями ушной раковины, из изменений, вызванных перемещением источника звука, а также уменьшать реакции на нерелевантные сигналы, генерируемые самим организмом (самовокализация и дыхание). [3,4]

Предполагается, что соматосенсорный тиннитус возникает, когда баланс интеграции соматосенсорной и слуховой модальностей нарушается изменениями в соматосенсорных сигналах. [5]

Из-за отсутствия однозначных клинических тестов многие авторы и клиницисты до 2018 года использовали свои собственные критерии диагностики соматосенсорного тиннитуса. Это привело к большим различиям в показателях распространенности в разных исследованиях и ограничило сравнение клинических испытаний по лечению этой патологии.

13 марта 2018 года в Регенсбурге, Германия, был согласован набор из 16 диагностических критериев соматосенсорного шума. Наличие каждого из этих критериев убедительно свидетельствует о соматическом влиянии шума в ушах у пациента, но эксперты согласились с тем, что наличия только одного критерия недостаточно для постановки диагноза соматосенсорного тиннитуса.

Пункты по модуляции шума в ушах

- Пациент способен регулировать шум в ушах произвольным движением головы, шеи, челюсти или глаз
 - Пациент способен модулировать шум в ушах с помощью соматических маневров
 - Шум в ушах модулируется давлением на миофасциальные триггерные точки
- Характеристики шума в ушах

- Жалобы на шум в ушах и боль в шее или челюсти появились одновременно
 - Симптомы шума в ушах и боли в шее / челюсти усиливаются одновременно
 - Шуму в ушах предшествует травма головы или шеи
 - Шум в ушах усиливается при неправильных позах
 - Сообщается, что высота, громкость и / или локализация шума в ушах различаются
 - В случае одностороннего шума в ушах аудиограмма не учитывает односторонний шум в ушах
- Сопутствующие симптомы
- Шум в ушах сопровождается частой болью в шейном отделе позвоночника, голове или плечевом поясе
 - Шум в ушах сопровождается наличием болезненных миофасциальных триггерных точек
 - Шум в ушах сопровождается повышенным мышечным напряжением в субокципитальных мышцах
 - Шум в ушах сопровождается повышенным мышечным напряжением в мышцах-разгибателях шейного отдела позвоночника
 - Шум в ушах сопровождается нарушениями височно-нижнечелюстной системы
 - Шум в ушах сопровождается стискиванием зубов или бруксизмом
 - Шум в ушах сопровождается стоматологическими заболеваниями [1]

На сегодняшний день проведены единичные исследования по лечению соматосенсорного шума в ушах. Фелисио и другие наблюдали, что у таких больных улучшилось состояние после использования шин для прикуса в течение восьми недель. Райт и Бифано сообщили об улучшении шума в ушах у 82.5% пациентов при использовании когнитивной терапии, шин для прикуса и домашних упражнений. Аннэмариэ ван дэр Вол и другие в рандомизированном контролируемом исследовании, отметили, что лечение, состоящее из орофациальной физиотерапии, консультации по изменению образа жизни, стоматологической окклюзионной шины и мануальной терапии шейного отдела позвоночника, показало положительное влияние на тяжесть шума в ушах по сравнению с одним сеансом консультации. Херрайз и другие показали, что чрескожная электрическая стимуляция нервов вблизи уха привела к улучшению у 46% пациентов с соматическим шумом в ушах после 2 недель лечения. [4]

Выводы.

Соматосенсорный шум в ушах, безусловно, является широко распространенным заболеванием, и необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять его патофизиологическую основу. Исследования также необходимы для изучения клинических коррелятов и определения того, в какой степени правильный диагноз и лечение возможного основного соматического расстройства могли бы способствовать лечению этого подтипа шума в ушах. Точный скрининг пациентов на соматосенсорную модуляцию шума в ушах необходим для правильного отбора пациентов, которым был бы полезен мультидисциплинарный соматический подход.[5]

Список литературы.

1. Michiels S, Ganz Sanchez T, Oron Y et al. Diagnostic Criteria for Somatosensory Tinnitus: A Delphi Process and Face-to-Face Meeting to Establish Consensus. Trends Hear. 2018 Jan-Dec;22:2331216518796403. doi: 10.1177/2331216518796403. PMID: 30213235; PMCID: PMC6144502.
2. Van der Wal A, Van de Heyning P, Gilles A et al. Prognostic Indicators for Positive Treatment Outcome After Multidisciplinary Orofacial Treatment in Patients With Somatosensory Tinnitus. Front Neurosci. 2020 Sep 16;14:561038. doi: 10.3389/fnins.2020.561038. PMID: 33041758; PMCID: PMC7525007.
3. Wu C, Stefanescu RA, Martel DT et al. Tinnitus: Maladaptive auditory-somatosensory plasticity. Hear Res. 2016 Apr;334:20-9. doi: 10.1016/j.heares.2015.06.005. Epub 2015 Jun 12. PMID: 26074307; PMCID: PMC4676957.
4. Haider HF, Hoare DJ, Costa RFP et al. Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Somatosensory Tinnitus: A Scoping Review. Front Neurosci. 2017 Apr 28;11:207. doi: 10.3389/fnins.2017.00207. PMID: 28503129; PMCID: PMC5408030.
5. Ralli M, Greco A, Turchetta R et al. Somatosensory tinnitus: Current evidence and future perspectives. J Int Med Res. 2017 Jun;45(3):933-947. doi: 10.1177/0300060517707673. Epub 2017 May 28. PMID: 28553764; PMCID: PMC5536427.

Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Назаров Х.Ш.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Актуальность. На современном этапе развития хирургической гастроэнтерологии частота прободения гастродуоденальных язв составляет 10-15%, причем у лиц женского пола этот показатель ниже (менее 2%), чем у мужчин [1,3]. До настоящего времени данное осложнение является одной из нерешенных проблем. Операцией выбора в большинстве случаев служит ушивание прободного отверстия. Необходимость выполнения более сложных операций возникает редко. Травматичность хирургического доступа, время, затрачиваемое как на его осуществление, так и, особенно, на ушивание лапаротомической раны, явно не соответствуют объему самой операции, сводящейся к наложению нескольких швов на перфоративное отверстие и санации брюшной полости [2]. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты. Недостатком операции ушивания считается высокая частота рецидивов язвенной болезни - до 45%. В настоящее время в связи с появлением нового поколения лекарственных препаратов (ИПП и т.д.), обладающих доказанной способностью снизить секрецию желудочного сока и значительно ускорять процессы зажив-

ления гастродуоденальных язв, предотвращать ее рецидивы, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных язв после их лапароскопического ушивания [4,5].

Цель исследования – оптимизация методов хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), путём своевременного использования лапароскопических методик.

Материал и методы исследования. Оперативному вмешательству были подвергнуты 48 больных с ПГДЯ в неотложном 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.

Заключение. Использование в неотложной абдоминальной хирургии, лапароскопических операций остается эффективным способом хирургического лечения ПГДЯ. Рекомендуются многими профильными специалистами методика должна широко своевременно использоваться во всех хирургических стационарах при наличии специальных знаний и оснащенности[1,2,4,6]. При это лапароскопия связана с укороченным пребыванием больных в стационаре, ранней активизацией и экономическими выгодами для пациентов, что востребована в нынешних условиях [3,5,7].

Список литературы.

- 1.Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия №5.2014; 7-16.
- 2.Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease.Lancet. 2017; 390:613–24.
- 3.Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. Врач:1:2012;15-20
- 4.Soreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Miller MH, Ohene-Yeboah M,Shreide JA. Perforated peptic ulcer.Lancet. 2015; 386:1288–98.
- 5.Неотложная абдоминальная хирургия. Методическое руководство для практикующего врача. / Под редакцией акад. РАН Затевакина И.И., акад. РАН Кириенко А.И., член-корр. РАН Сажина А.В. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». 2018; 488: ил.ISBN 978-5-6040008-5-4.

Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Шамсуллозода Ш.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Введение. Общеизвестно, что наша республика считается эндемическим регионом по эхинококкозу печени и органов брюшной полости [1,3]. С внедрением малоинвазивных методов лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости открылись большие возможности в абдоминальной хирургии. К таким методам, прежде всего, относят лапароскопические технологии [2,4,5].

Возможность использования комплекса профилактических мер во время лапароскопической операции позволяет еще шире использовать данный способ[2,4,5]. Химиотерапия с использованием препарата Альбендазол и интраоперационные методы профилактики (раствор 2-5% Бетадина и пр.) при обработке остаточной полости позволяют снизить рецидивы заболевания от 60% до 15% случаев [1].

Цель исследования – оценить роль лапароскопической эхинококкэктомии у пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости.

Материал и методы. В лечении находились 224 больных с эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 16 до 75 лет. Основная масса больных были люди трудоспособного возраста (до 40 лет) - 182 (81,2%). Мужчин было - 81 (36,2%), женщин-143 (63,8%). По данным УЗИ размеры эхинококковых кист колебались от 3,0 до 27,0 см. Локализация кист в правой доле встречалась – у 141(62,9 %), в левой доле – у83 (37,1%) пациентов. У 68 (30,3%) больных эхинококковые кисты встречались в труднодоступных сегментах печени (I и VII). Одномоментное поражение правой и левой доли печени наблюдались у 21 (9,4%) больных. Частота осложненных форм эхинококкоза печени по нашим сведениям встречалось у 9 больных, что составило 4,0%. Следует отметить, что эхинококкоз печени и органов брюшной полости наблюдались у 18 (8,0%) больных, 2 (0,9%) пациентов поступили с множественным эхинококкозом органов брюшной полости, осложнившейся абдоминальным компартмент синдромом.

Основные методы диагностики остаются лучевые. Так при этом информативность УЗИ достигла 97,1% случаев. МРТ и КТ использовались в 32 (14,3%) случаев, лишь с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими очаговыми поражениями печени. Необходимо отметить, что МРТ и КТ к тому же позволяют более четко и глубже определить сегментарную локализацию кист в печени, отношению последней к внутривнутрипеченочным трубчатым структурам, нижней полой вене и соседним органам.

Результаты и их обсуждение. Во время выбора доступа к локализациям кист печени и органов брюшной полости, при традиционной операции, отдавали предпочтение малотравматичным разрезам, такими как верхне-срединный с необходимостью мобилизации связочного аппарата печени. Интраоперационно в ходе операции при извлечении паразитарных кист соблюдали основные принципы апаразитарности и антипаразитарности. Традиционные методы лечения были выполнены 152 (67,8%) больным. Открытая эхинококкэктомия выполнена у 71 (31,7%), а закрытая у 28 (12,5%) больных. Различные виды перикистэктомии с последующей гепатизацией печени выполнены у 18 (8,0%) больных. Идеальную эхинококкэктомию удалось произвести в 13 (8,6%) случаях. У 7 (4,6%) пациентов были выполнены атипичные варианты резекции печени, правосторонняя гемигепатэктомия в 5 (3,2%) случаев, при наличии множественных кист, занимающих ту или иную анатомическую зону. Одномоментное удаление паразитарных кист печени и органов брюшной полости (кишечников) удалось произвести у 10 (6,6%) больных. Основные виды оперативных вмешательств представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по характеру оперативного вмешательства

Виды операции	К-во ТЭК*	%	К-во ЛЭК**	%
Открытая эхинококкэктомия	71	46,7	39	54,2
Закрытая эхинококкэктомия	28	18,4	15	20,8
Перикистэктомия	18	11,8	5	6,9
Идеальная эхинококкэктомия	13	8,5	3	4,2
Атипичная резекция печени	7	4,6	2	2,8
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	3,4	-	-
Эхинококкэктомия из печени и других органов брюшной полости	10	6,6	8	11,1
Всего	152	100	72	100

*ТЭК-традиц.эхинококкэктомия; **ЛЭК-лап.эхинококкэктомия

После традиционной открытой эхинококкэктомии умер 1 (0,6%) пациент от острой сердечнососудистой недостаточности. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 13±3 дня.

Лапароскопическая эхинококкэктомия осуществлялась многопортовым способом (3и 4 троакара), в зависимости от места расположения и объема паразитарной кисты. Первый 10мм троакар устанавливали в параумбиликальной области для видеокamеры. Другие манипуляционные порты (5 или 10мм) располагались в правом и левом мезо - или эпигастрии по передне-подмышечной и средне-ключичной линиям. По ходу вмешательства пациент ротировался в полипозиционных положениях операционного стола удобной бригаде оператора. После тщательной ревизии органов живота, участок наибольших фибриновых наложений органов (печени), над и вокруг эхинококковой кистой обкладывали марлевыми салфетками, пропитанными 30% раствором хлорида натрия. На этапе пункции и эвакуации содержимого кисты, с целью уничтожения протоколексов, в полость последней вводили 80% глицерин с экспозицией в течение 5-7 мин. и последующей эвакуацией электротсосом. С помощью биполярной коагуляции удаляли фиброзно-измененную ткань печени т.е. практически выполняли перикистэктомию и по ходу контролировали гемо и билиостаз. Резецированные фрагменты стенок кисты удаляли 10мм троакаром из полости живота через специальный контейнер.

Лапароскопические методы лечения эхинококкоза печени было выполнено 72 (32,1%) больным. Следует отметить, что при применении лапароскопических технологий у больных с эхинококкозом печени важным моментом является выбор наиболее рационального доступа в зависимости от локализации эхинококковых кист в том или ином сегменте печени с целью выполнения тщательного визуального контроля полости фиброзной капсулы.

В 39 (54,2%) случаев была выполнена открытая лапароскопическая эхинококкэктомия. С целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость края фиброзной капсулы были ушиты вокруг дренажной трубки. Закрытая эхинококкэктомия произведена у 15 (20,8%) больных с живым паразитом. Различные варианты перикистэктомии выполнены у 5 (6,9%) пациентов. Идеальная эхинококкэктомия без вскрытия стенки фиброзной капсулы удалось, выполнит в 3 (4,2%) случаях.

При краевых локализациях эхинококковых кист у 2 (2,8%) больных были выполнены атипичные варианты резекции печени. Кроме того эхинококкэктомия из печени и других органов брюшной полости выполнено 8 (11,1%) больным. Выбор наиболее рационального доступа при лапароскопии в зависимости от локализации кист позволяет провести полноценную ревизию, провести тщательный контроль полости фиброзной капсулы.

Применение лапароскопии в хирургическом лечении эхинококковых кист не увеличивает количество ранних и поздних осложнений. Послеоперационное течение во всех случаях протекало гладко, каких либо осложнений и летальных исходов среди данной категории больных не наблюдали. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 7±2 дня.

Заключение. Лапароскопическая эхинококкэктомия с его различными методами может быть применена как альтернатива традиционному хирургическому методу. Минимальная травматичность, высокая экономическая эффектив-

ность, снижение частоты послеоперационных специфических осложнений, а также быстрые сроки социально-трудовой реабилитации метода являются основными преимуществами указанного способа.

Литература

1. Гулов М.К., Джабаров А.И., Додхоев Д.С., Мухаббатов Д.К., Калмыков Е.Л. Клинико-демографическая характеристика пациентов с неосложнённым эхинококкозом печени //Вестник Авиценны. 2021. Том23, №4. С.553-565.
2. Домашенко О.Н., Шаталов А.Ф., Паниева Д.С. Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика //Известия высших учебных заведений Поволжского региона. Медицинские науки. 2016. Вып. 3(39). С. 35 - 37.
3. Курбонов К.М., Азизов З.А. Распространенность и состояние медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан //Здравоохранение Таджикистана. 2017. №1. С.67-71.
4. Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Якубов Ф.Р. Клинико-патогенетические аспекты развития осложнений после хирургического лечения эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. 2021, том 26, №4. С. 51-60.
5. Осумбеков Б.З. Сравнительные отдаленные результаты лапароскопической эхинококкэктомии печени //Вестник Ошского Государственного Университета. 2020. №1-5.С.130-137.

Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Назаров Х.Ш.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Актуальность. На современном этапе развития хирургической гастроэнтерологии частота прободения гастродуоденальных язв составляет 10-15%, причем у лиц женского пола этот показатель ниже (менее 2%), чем у мужчин [1,3]. До настоящего времени данное осложнение является одной из нерешенных проблем. Операцией выбора в большинстве случаев служит ушивание прободного отверстия. Необходимость выполнения более сложных операций возникает редко. Травматичность хирургического доступа, время, затрачиваемое как на его осуществление, так и, особенно, на ушивание лапаротомической раны, явно не соответствуют объему самой операции, сводящейся к наложению нескольких швов на перфоративное отверстие и санации брюшной полости [2]. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты. Недостатком операции ушивания считается высокая частота рецидивов язвенной болезни - до 45%. В настоящее время в связи с появлением нового поколения лекарственных препаратов (ИПП и т.д.), обладающих доказанной способностью снизить секрецию желудочного сока и значительно ускорять процессы заживления гастродуоденальных язв, предотвращать ее рецидивы, открылись перспективы улучшения отдаленных результатов лечения перфоративных язв после их лапароскопического ушивания [4,5].

Цель исследования – оптимизация методов хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), путём своевременного использования лапароскопических методик.

Материал и методы исследования. Оперативному вмешательству были подвергнуты 48 больных с ПГДЯ в неотложном 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.

Заключение. Использование в неотложной абдоминальной хирургии, лапароскопических операций остается эффективным способом хирургического лечения ПГДЯ. Рекомендуемая многими профильными специалистами методика должна широко своевременно использоваться во всех хирургических стационарах при наличии специальных знаний и оснащенности[1,2,4,6]. При это лапароскопия связана с укороченным пребыванием больных в стационаре, ранней активизацией и экономическими выгодами для пациентов, что востребована в нынешних условиях [3,5,7].

Список литературы:

- 1.Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия №5.2014; 7-16.
- 2.Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease.Lancet. 2017; 390:613–24.
- 3.Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. Врач:1:2012;15-20

4.Soreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Miller MH, Ohene-Yeboah M,Shreide JA. Perforated peptic ulcer.Lancet. 2015; 386:1288–98.

5.Неотложная абдоминальная хирургия. Методическое руководство для практикующего врача. / Под редакцией акад. РАН Затевакина И.И., акад. РАН Кириенко А.И., член-корр. РАН Сажина А.В. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». 2018; 488: ил.ISBN 978-5-6040008-5-4.

Сайдахмадов Ш.Б. , Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М .

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ(ЗОМТГШ) ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Зайцев А.Н. и соавторы (2014), для дифференциации опухолей мягких тканей, содержащих жировую ткань применялся ультразвуковой аппарат Hitachi HI Vision 900, Logiq-400 датчиками 5–13 МГц. Среди 333 больных с опухолями мягких тканей у 237 (71,2%) верифицирован липома и у96 (28,8%) –липосаркома. Опухоли мягких тканей локализовались на конечностях (185 случаев – 55,6%), туловище (126–37,8%), шее (21–6,3%) и голове (1). В каждом наблюдении осуществлялось серошкальное исследование. 105 (44,3%) доброкачественных и 67 (69,8%) злокачественных опухолей подверглись доплерографии. В 15 (6,3%) наблюдениях липом и 8 (8,3%) случаях липосарком выполнена эластография. При этом, все образования выявлены при серошкальном исследовании. Особенно характерным для структуры липом (в 35 или 14,8% наблюдений) симптомом, прежде всего отличавшим их от липосарком, явилась правильно организованная слоистость с чередованием гипоехогенных и гиперэхогенных тяжевых прослоек. Ее подобие отмечено лишь в периферическом фрагменте одной липосаркомы. 37 (15,6%) липом имели неоднородную структуру, не исключавшую злокачественный процесс, для которого была характерна такая структура (91 или 94,8%). Липосаркомы с высокой дифференцировкой в 5 (5,2%) наблюдениях имели преобладание серошкальных симптомов доброкачественных образований. Допплерография в липомах преимущественно (в 98 или 93,3% от подвергнутых доплерографии) отмечала картину, аналогичную обычным жировым долькам. При этом лишь 4 серошкально-сомнительные наблюдения (1,7%) были также нетипичны для липом при цветном доплеровском картировании (с дифференциацией сосудов диаметром до 2 — 3 мм). Липосаркомы обычно имели более выраженную васкуляризацию (59 или 88,1%). Однако, 8 (11,9%) опухолей, отличавшиеся отсутствием интенсивного кровотока, не позволили распознать их злокачественный характер. Эластография липом демонстрировала характерные для жировой ткани результаты, за исключением двух. Диагностика и лечение злокачественных опухолей мягких тканей и опорно-двигательного аппарата (13,3%) образований с крупными включениями извести, повышавшими до 25 значения коэффициента жесткости. Липосаркомы, ранее не проявившие злокачественность, лишь в двух своих наблюдениях оставили сомнения об их характере при эластографии.Поэтому авторы публикации рекомендуют, комплексный подход к распознаванию, которая увеличивает количество правильных заключений по сравнению с отдельными методиками. Первым этапом его должна являться серошкальнаяэхография, на базе которой выполняются исследование[1]. Анализируя локализации СМТРистers, Р.В.Т. и соавторы (2011) отмечают, что наиболее часто 60% эти новообразования располагались в нижних и верхних конечностях в соотношении 3:1,туловище и забрюшинной пространства-31%,при этом забрюшинный опухоли составили 15%,а саркомы головы и шеи составили не более 9%[3].Согласно данным Mehren, М. von. и соавторов (2018) локализовались СМТ на конечности(43%), туловище (10%), висцеральные органы (19%), забрюшинное пространство (15%), голова и шея (9%) являются наиболее распространенными первичными локализациями саркомы мягких тканей [2].В связи с малочисленности научных публикации за рубежом и в странах СНГ и отсутствием данных о злокачественных опухолях мягких тканей головы и шеи в Республике Таджикистан необходимо рассмотрение вопросов клиники, локализации, морфологического строения выше упомянутых злокачественных новообразований.

Цель исследования. Анализ клиники, локализации, морфологического строения пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей головы и шеи (ЗОМТГШ).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективно клиника статистический анализ историй болезни 17 больных со ЗОМТГШв условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2011 по 2015 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 182 (100%) пациентов с ЗОМТ 103 (57%) больных были мужчинами, 79 (43%) - женщинами. В структуре 182 (100%) пациентов со ЗОМТ у 17(9.34%) больных было установлено ЗОМТГШ. А среди 17(100%) пациентов с ЗОМТГШ 9 (53%) больные были мужчинами, 8 (47%) - женщинами. ЗОМТГШ имели в общем 9 локализаций из них в порядке регрессии: 1)около верхнечелюстной области 4(23.7%); 2)височная область3 (17.7 %), 3)свода черепа 2 (11,8 %); 4)щечная область 2 (11,8%); 5) шейно-надключичной области 2(11,8%); 6) нижней губы и подбородка 1 (5.8%); 7) затылочная область 1(5.8%); 8) парафарингеальная область 1(5.8%);9) орбита 1(5.8%).Морфологический ЗОМТГШ распределялись следующим образом: ангиосаркома (АС)10(59%), фибросаркома(ФС)6(35.2%), дерматофибросаркома(ДФС) 1(5.8%).

Выводы. Таким образом,в структуре ЗОМТ, ЗОМТГШ составили 9.34%, наиболее часто они наблюдались среди мужчин на 6%больше,чем среди женщин. В структуре ЗОМТГШ 65% локализовались на около верхнечелюстной, височной, своде черепа и щёчных областях.Среди ЗОМТГШ морфологический у 95% больных преобладали АС, ФС, что необходимо учитывать при проведение первичной,вторичной и третичной профилактики, планирования лечения пациентов с локализацией головы и шеи.

Список литературы.

1.Зайцев, А.Н. Динамика эластографической картины в дифференциальной диагностике опухоли и посттравматиче-

ских изменений мягких тканей скелета/ А.Н.Зайцев, В.В. Грызунов, Ю.Ф. Негусторов и др.// Евразийский онкологический журнал. - №2. – Т.10. – 2022. – С. 682.

2. Седаков И.Е. Вариант комплексного лечения больных раком языка/ И.Е. Седаков и др. // Евразийский онкологический журнал. -2020.- Том 8, № 2.-С. 683.

3.Письменный И.В. Злокачественные опухоли языка – хирургическое лечение. Золотое правило в выборе реконструктивного материала. Создание оптимальных условий реабилитации/И.В.Письменный, В.Д. Архипов, И.М. Байри-кови др. // Евразийский онкологический журнал. -№ 2.-Т4. -2016.-С.

4.Mehren, M. von Soft Tissue Sarcoma, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelivon /M. von Mehren, R. Randall, R. Benjamin [et al.]/ J. Natl. Compr. Canc. Netw. – 2018. – Vol. 16. – № 5. – P. 536–563.

5.Pisters, P.W.T. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach Medical, Surgical, & Radiation Oncology (ed 14) /

P.W.T. Pisters, M. Weiss, R. Maki [etal.] // - UBM Medica LLC, 2011. 04.

Сайдахмадов Ш.Б., Базаров Н.И1., Рахимов Н.М.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И РЕЦИДИВЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ (ЗОМТГШ)

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино».Таджикистан.

Актуальность

Частота сарком мягких тканей(СМТ) в России в детском возрасте выше на 6,5% ,кроме того она занимает 5-е место по заболеваемости и смертности. Наблюдаемый рост заболеваемости СМТ в России связанно с улучшением диагностики [1].По данным. Pang A. et al., (2016), Blay Y. (2018) саркомы мягких тканей (СМТ) относятся к редким злокачественным новообразованиям исходящий из соединительной ткани[5,4] .

Гафур-Ахунов М.А и др.,2022 Проведен анализ в динамике(в период2015–2022 гг.) основных показателей онкологической помощи населению Республики Узбекистан при злокачественных опухолях мягких тканей(ЗОМТ) на основании изучения формы SSV 7. В Республике Узбекистан в 2015 году зарегистрировано впервые в жизни ЗОМТ у 410 больных и на 100 тысяч населения составил 1,4. За последние 5 лет этот показатель практически не изменился и колебался от 1 (в 2016 г. и 2018 г.) до 1,2 в 2020 г. В конце 2020 г. на диспансерном учете состояло 2005 больных ЗОМТ. Распространение распределения впервые выявленных пациентов со ЗОМТ по стадиям показал, что в 2015 году в ранних I–II стадиях выявлено 50,4% больных, и начиная с 2017 года этот показатель поднялся до 60,8%, в 2017 г. – 61,8%, 2019 г. – 64,4% и в 2020 г. составил – 59,8%.На III стадии развития злокачественные опухоли мягких тканей в 2016 году зарегистрировано у 36,8% больных, а в 2020 г. у 18,8%.IV ЗОМТ в 2016 году обнаружено в 11,0% случаев, а в 2020 году в 12,4%. Анализ выявления ЗОМТ по годам при профилактических осмотрах установлено: а) в 2016 году было выявлено 11,3% больных; б) в 2018 году – 37,6%;в) в 2020 году этот показатель составил – 17,1%. При профилактических осмотрах в 2016 году ЗОМТ выявлено у 11,3% больных, в 2018 году – 37,6% и в 2020 году составил – 17,1%. Патоморфологическое установление диагноза в разные годы колебались от 92,9% до 96,1% .А показатель 1 годичной смертности ЗОМТ в разные годы колебался от 13,6% (2017г.) до 15,4% (в 2020г.). В 2016 году показатель смертности от ЗОМТ на 100 тысяч населения составила 0,3, то в динамике отмечена тенденция к росту и в 2020 году составила – 0,6. Показатель 5-летней выживаемости при ЗОМТ варьировал от 38,6% в 2019 году, до 40,1% в 2020 году. Авторы публикации заключили, что в Республике Узбекистан отмечается стабилизация показателей заболеваемости и смертности от ЗОМТ. В динамике на 6% увеличилось выявление больных ЗОМТ в ранних стадиях ,а показатель 5 летней выживаемость увеличился незначительно, смертность увеличилась в 2 раза (от 0,3 до 0,6 на 100 тысяч населения) [2]

Тулеева Д.А. и соавт., (2022) изучена эпидемиологическая ситуация по вопросу сарком мягких тканей(СМТ) и костей в Республике Казахстан в 2010–2020 гг. всего зарегистрировано 4463 случаев с СМТ и 2413 случаев с саркомами костей, что в среднем составило 2,3% и 0,8% на 100 тыс. населения соответственно. Частота первичных СМТ при этом у мужчин составило 2323, у женщин 2140,что выше на 8%. Заболеваемость саркомами мягких тканей зарегистрирована выше у женщин на 3% и 7%.чем среди мужчин. В структуре онкологических заболеваний СМТ занимает 20 место, саркомы костей – 22 место и составило 2,0% и 0,7% на 100 тыс. населения. Пики заболеваемости СМТ наблюдаются в возрасте 55-64 лет – 94 (25%) пациентов, выше у мужчин-14%, 65–74 лет – 91 (24%), выше у жен – 13%.Наибольшее количество пациентов с СМТ и костей выявлено со II стадией заболевания – 35% и 33%, 28% и 33% – с III стадией, 21 и 20% – с I стадией, и по 13% – с IV стадией. СМТ в Алматинской области – 11%, на втором месте ВКО – 9%, Кустанайской области – 9%. В 2020 году в РК число умерших от ЗН – 14150 человек, от сарком мягких тканей 149(1.0%) на 19 месте, от сарком костей – 74 (0,5%) на 23 месте. СМТ, состоящих на учете в 2020 г. составило 2551, из них умерших от заболевания – 5,8%, находятся под наблюдением более 5 лет наконец 2020 г., она составила 58,6% [3] . На основе изучения научной литературы зарубежных стран и СНГ по вопросу климата географических особенностей распространенности, клиники, диагностики, лечения, профилактики, прогноза ЗОМТГШ. Обращает внимание на недостаточно изученность выше приведённых аспектов и в особенности в Республики Таджикистан поэтому необходимо изучения этих вопросов.

Цель исследования.

Анализ места проживания, стадия распространённости, рецидивы у пациентов со злокачественными опухолями мягких тканей (ЗОМТГШ).

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный клиника статистический анализ историй болезни 17 больных со ЗОМТГШ в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2011 по 2015 годы.

Результаты исследования.

Среди 182 (100%) пациентов с ЗОМТ 103 (57%) больных были мужчинами, 79 (43%) - женщинами. В структуре 182 (100%) пациентов со ЗОМТ у 17(9.34%) больных было установлено ЗОМТГШ. А среди 17(100%) пациентов с ЗОМТГШ 9 (53%) больных были мужчинами, 8 (47%) - женщинами. В зависимости от региона проживания в РТ больные со ЗОПМТГШ в порядке убывания от большого к меньшему выглядели следующим образом: а) районы Республиканского подчинения 6 (35.2%); б) Хатлонской области 4 (23.5%); в) Согдийская область 4 (23.5%); г) город Душанбе 2 (12%); д) Автономная Горно-Бадахшанская область 1 (5.8%). ЗОПМТГШ имели 9 локализаций и в основном располагались на около верхнечелюстной, височной, своде черепа и щёчных областях. Стадии распространённости ЗОМТГШ по международной системе TNM выглядели следующим образом: T1N0M0G¹ (1А стадия) 1 (5.8%); T2N0M0G²⁻³ (111А стадия) 2 (11.7%); T3-4N0M0G²⁻³ (111В стадия) 8(47,3%); любой TNM G(1V стадия) 6 (35.2%). Ранние и поздние рецидивы ЗОМТГШ наблюдались у 13 (76.4%), которые были обусловлены: поздним обращением пациентов в клинику, выполнением не радикальных операций в условиях хирургических клиник общего профиля, челюстно-лицевых и ЛОР стационаров, нарушением ритма лечения и другие.

Выводы.

Таким образом, ЗОМТГШ в зависимости от места проживания 58,7% встречались среди жителей сельской местности, в основном у 57% располагались на около верхнечелюстной, височной, своде черепа и щёчных областях. Первая стадия ЗОМТГШ наблюдалась у 1 (5.8%) больного; 11 и 111 стадий наблюдались у 59% пациентов, а 1V стадия у 35.2% больных. Ранние и поздние рецидивы ЗОМТГШ наблюдались у 13 (76.4%) пациентов, что диктует проведение научных изыскание, направленных на улучшение профилактики, ранней диагностики, лечения этих новообразований.

Список литературы.

1. Алиев, М.Д. Заболеваемость саркома мягких тканей в России / М.Д. Алиев, Т.Х. Мень // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. - 2013. - №3. - С.3-9.
2. Гафур-Ахунов, М.А. Динамика основных показателей онкологической помощи при злокачественных опухолях мягких тканей / М.А. Гафур-Ахунов и др. // Евразийский онкологический журнал. - №2. - Т.10. - 2022. - С. 680.
3. Тулеуов, Д.А. Эпидемиологическое состояние сарком мягких тканей и костей в Республике Казахстан в 2010–2020 гг. / Д.А. Тулеуов и др. // Евразийский онкологический журнал. - №2. - Т.10. - 2022. - С. 698-699.
4. Blay, Y. Using biology to guide the treatment of sarcomas and aggressive connective-tissue tumours / Y. Blay // Nat. Rev. Clin. Oncol. - 2018. - Vol.15. - № 7. - P.443–458.
5. Pang, A. Contemporary therapy for advanced soft-tissue sarcomas in adults / A. Pang, M. Carhini, R.G. Maki // JAMA Oncol. - 2016. - Vol. 2. - № 7. - P. 941–947.

1 Сайфиддинов А.С., 1 Гулов У.А., 2 Сидиков И.И.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТРАНСФЕМОРАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТИ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

МЗ и ЧЗ РТ

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

Актуальность. В последние два десятилетия отмечается прогрессирующий рост числа населения с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей финалом которых является необратимая ишемия и гангрена конечности [1, 4]. Из-за некроза части конечности в последующем пациентам выполняется «большие» или «малые» ампутации конечности, ежегодная частота которых составляет 17-85 случаев на 100.000 населения [1-5]. Несмотря на внедрение самых передовых методов реваскуляризации конечности до настоящего времени частота выполнения усечений конечности не имеет тенденцию к снижению, а после его выполнения в ближайшем периоде летальные исходы могут отмечаться у каждого десятого пациентам [1, 4]. Кроме того, ранний послеоперационный период нередко осложняется развитием различных осложнений, что значительно повлияют на результаты лечения и выживания пациентов [1-5]. В связи с этим оптимизация профилактики ранних послеоперационных осложнений и снижения танатогенеза считаются актуальным, что позволяет в конечном итоге улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

Цель исследования: анализ ранних послеоперационных осложнений и летальных исходов после выполненных трансфеморальных ампутаций нижних конечностей.

Материалы и методы. Анализированы результаты различных ранних осложнений и смертности у 54 пациентов, которым в период 2013-2022 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦССХ были выполнены трансфеморальные ампутации по поводу влажной и сухой гангрены конечности. Лица мужского пола была 38 (70,4%), женского 16 (29,6%). Средний возраст больных составил 66,2±3,4 лет.

Все ампутации были выполнены вследствие декомпенсированной острой артериальной непроходимости нижних конечностей вследствие эмболий (n=30, 55,6%) и восходящих тромбозов (n=24, 44,4%) магистральных артерий.

Первичные ампутации были выполнены у 50 (92,6%) больных, вторичные – у 4 (7,4%) пациентов. В 6 (11,1%) наблюдениях произведена реампутация в связи с некрозом культи.

В рамках настоящей работы были анализированы частоты развития всех специфических и неспецифических осложнений, а также причинно-следственная связь факторов риска и проведенной операции с танатогенезом.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнений у 18 (33,3%) больных. Самым распространённым осложнением среди пациентов, перенесших высокое усечение конечности, явился гнойно-инфекционный процесс со стороны раны культи, который отмечался у 36 (66,7%) пациентов. Из них поверхностное нагноение раны отмечалась в 30 (83,3%) наблюдениях, глубокое – у 4 (13,3%) и анаэробная инфекция – у 2 (3,4%) больных. Генерализация инфекции с развитием сепсиса наблюдалась у одного пациента.

Причинами инфекционных осложнений со стороны культи явились её ишемия вследствие окклюзии магистральных артерий (n=26) и гематома культи развившейся из-за применения антикоагулянтов прямого действия, а

также вследствие неадекватного дренирования межмышечного её пространства (n=10).

Кровотечение из послеоперационной раны (n=2) и из культи (n=4) развились у 6 (11,1%) пациентов. Причинами их развития явились допущение погрешностей при гемостазе во время ампутации конечности, а также разрыв сосуда вследствие его вовлечения в гнойно-инфекционный процесс.

Флеботромбоз ампутационной культи развился у 4 (7,4%) пациентов, у одного из которых имелся сопутствующая посттромботическое поражение глубоких вен илео-фemorального сегмента. Однако не в одном наблюдении ТЭЛА у этих больных не отмечался. Терапия этого осложнения была направлена на обездвижение конечности, назначения антикоагулянтов, флебопротекторов, противовоспалительных препаратов, а также антиагрегантов.

Развитие вышеуказанных осложнений у 14 (25,9%) пациентов стали причинами проведения повторных оперативных вмешательств. Так, 6 больным была произведена реампутация в связи с некрозом культи. В 8 (14,8%) случаях было выполнена ревизия ампутационной культи и некрэктомия (n=4) и лигирование общей бедренной артерии (n=4).

Острый инфаркт миокарда (n=2) и острая почечная недостаточность (n=2) с фатальными последствиями развились у 4 (7,4%) пациентов.

На амбулаторное лечение с зажившей культи бедра выписаны 44 (81,5%) пациента, в стадии заживления - 6 (11,1%) больные. Умерли 4 (7,4%) пациента.

Заключение. У больных, перенесших ампутацию трансфemorальную ампутацию, наиболее часто возникает инфекционные осложнения, кровотечение и флеботромбоз со стороны ампутационной культи. Летальные исходы в ближайшем послеоперационном периоде регистрируется у 7,4% оперированных больных. С целью профилактики инфекционных осложнений и профилактики флеботромбоза ампутационной культи необходимо правильный лечебный подход с применением антибиотиков широкого спектра действия, активное дренирование раны с периодическим ультразвуковым исследованием ампутационной культи и назначение антикоагулянтов прямого действия в длительный период.

Литература

1. Батискин, С.А. Ампутация голени у больных с заболеваниями периферических артерий и с синдромом диабетической стопы / С.А. Батискин, Г.К. Золоев // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2015. - Т. 18, № 4. - С. 27-32.
2. Гребенюк, Л.А. Спасение или ампутация конечности? Оценочные шкалы и диагностика состояния мягких тканей в системе лечения тяжелых травм конечностей с массивной потерей костной ткани / Л.А. Гребенюк // Современные проблемы науки и образования. - 2021. - № 1. - С. 86-90.
3. Критическая ишемия культи бедра: частота, клиническое значение и диагностика / Е.М. Васильченко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 8. - С. 50-55.
4. Критическая ишемия нижних конечностей у гериатрического пациента / Г.Г. Барамидзе [и др.] // Московская медицина. - 2019. - № 6 (34). - С. 14-17.
5. Рыжикова, М.А. Костнопластическая ампутация в средней трети бедра / М.А. Рыжикова, А.Ю. Соловьева // Молодой ученый. - 2015. - № 20. - С. 140-142.

Сайфутдинова М.Б., Зикрияходжаев Д.З., БаротовЗ.З.

РАДИОТЕРАПИЯ РАКА КОЖИ НА РАННИХ СТАДИЯХ

ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСЗН РТ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Данные статистических исследований в онкологии убедительно свидетельствуют о значительном росте заболеваемости раком кожи в странах Средней Азии, Республика Таджикистан не исключение. Рак кожи относится к наружным локализациям злокачественных опухолей. При лечении рака кожи ранних стадий (T₁₋₂N₀M₀) применяются самые различные методы: хирургическое иссечение опухоли, лучевая терапия, криохирургия, лазерная хирургия, радиохирургия, фотодинамическая терапия.

Цель исследования. Дать оценку роли лучевой терапии в лечении пациентов с ранними стадиями рака кожи (T₁₋₂N₀M₀).

Материал и методы исследования. При ретроспективном и проспективном анализе данных у 1049 больных раком кожи установлено, что в 50,23% (n=527) случаев диагностируются ранние стадии заболевания. Рак кожи в ранних стадиях преимущественно локализуется в области головы и шеи - 508 (96,39%) случаев из 527. Клинический интерес представляют морфологические данные: у 253 (48%) больных установлен неороговеваяющий плоскоклеточный рак кожи (НПКРК), у 40 (7,59%) больных - плоскоклеточный рак с ороговением (ОПКРК); частота базальноклеточного рака (БКРК) составила 44,41% случаев.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы имеем опыт лечения 527 пациентов, страдающих раком кожи ранних стадий (T₁₋₂N₀M₀), находившихся на учете в Республиканском онкологическом научном центре. При распределении их по полу оказалось, что количество мужчин (51,04%) и женщин (48,9%) сильно не различалось. Рак кожи преимущественно встречается в возрасте 60 до 90 лет (347 из 527 больных - 65,81%), как у мужчин, так и у женщин. Одним из приоритетов при определении стадийности рака кожи был размер опухоли, согласно классификации TNM:

T₁N₀M₀ – больные, у которых размер первичной опухоли не превышает 2 см в наибольшем измерении (n= 240 (46,54%));

T₂N₀M₀ – больные, у которых опухоль имела максимальный размер более 2 см, но не более 4 см (n = 287 (54,46%)).

Исследования свидетельствуют о преимущественной локализации рака кожи ранних стадий в области головы

и шеи. Из 508 больных раком кожи в области головы и шеи у 244 (23,26%) установлен неороговевающий плоскоклеточный рак, у 39 (3,76%) ороговевающий рак кожи. Базальноклеточная форма рака в различных вариантах была установлена у 225 (21,44%) больных. В общей сложности неороговевающий плоскоклеточный рак кожи (НОПКРК) был установлен у 253 (48,0%) больных; ороговевающий плоскоклеточный рак (ОПКРК) у 40 (7,59%) больных и базальноклеточный рак (БКРК) – у 234 (44,41%) больных. У 121 (50,42%) больного из 240 пациентов с диагнозом рак кожи T₁N₀M₀ стадии лучевое лечение проводилось в режиме монотерапии по радикальной программе, у 88 (36,37%) больных в комбинации телегамматерапия (ТГТ) + операция, у 23 (9,59%) больных – ТГТ + операция + полихимиотерапия (ПХТ), у 8 (3,41%) больных – ТГТ + ПХТ. В лечении больных, имеющих T₂N₀M₀ стадию рака кожи, лучевая терапия в различных вариантах применялась в 287 случаях, из них 189 (68,86%) пациентов получили моноклучевую терапию. У 63 (21,93%) больных лучевое лечение проводилось в комбинации с хирургическими вмешательствами, у 18 (6,27%) комбинация была представлена ТГТ + ПХТ, а у 17 (5,91%) в процессе лечения из-за развития рецидивов и метастазов опухоли 23 (9,59%) больных применялась комплексная терапия. Лечение проводилось на аппарате «ТЕРАГАМ» в течение 15 дней, РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр. После 3-недельного интервала больные подвергались второму этапу терапии в режиме РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр (до СОД – 60 Гр). При комбинированном лечении лучевая терапия назначалась в режиме: РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр, затем предоставлялся перерыв на 20-21 день для проведения хирургического иссечения опухоли кожи (традиционного, посредством радиохирургии, лазерной хирургии и т.д.), далее больные получали лучевую терапию в объеме РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр (до СОД – 60 Гр).

Эффективность применения моноклучевой терапии по радикальной программе у больных раком кожи T₁N₀M₀ стадии достигает 96,4% случаев излечения, а при T₂N₀M₀ стадии – до 91,2%. Использование лучевой терапии до и после хирургического иссечения рака кожи в ранних стадиях (151 больной) также обеспечивает хорошие результаты и достигает 97,2% (T₁N₀M₀) и 95,4% (T₂N₀M₀) случаев, соответственно. Из 527 пациентов у 28 больных в различные сроки возникли рецидивы и метастазы в лимфатических узлах, у одного пациента диагностировано метастазирование рака кожи T₂N₀M₀ стадии в околоушную железу через год после проведенной лучевой терапии. Больным проведено комбинированное и комплексное лечение. Так, показатели общей и без рецидивной 5-летней выживаемости составляют 87±5,2% (T₁N₀M₀) и 82±5,6% (T₂N₀M₀) соответственно.

Ниже приводим клиническое наблюдение.

Больной К., 1965 года рождения, обратился в РОНЦ МЗСЗН РТ в 2019 году с жалобами на наличие экзофитного образования на коже щеки слева. Отмечает, что данное образование появилось 4 месяца назад в виде папилломы, и увеличивалось в размерах. Затем появились эрозированная поверхность, зуд и незначительные боли в области этого образования. В области левой щеки определяется плотное бляшкообразное образование с небольшим экзофитным компонентом, в наибольшем измерении до 2,5 см в диаметре, с обширной эрозированной поверхностью. Кожа вокруг образования гиперемирована, края ровные, эластической консистенции. Эрозированная поверхность слегка кровоточит при дотрагивании. Пальпаторно подчелюстные, шейные, над- и подключичные и другие группы лимфоузлов, как на стороне образования, так и на противоположной стороне, не увеличены, что подтверждается УЗИ. При осмотре слизистая полости рта на стороне новообразования не изменена. Больному проведены общеклинические лабораторные исследования, КТ органов грудной клетки, УЗИ области головы и шеи, органов брюшной полости. Данные за метастазы в лимфатических узлах и отдаленных органах отсутствуют. В 2020 г. произведена биопсия опухоли кожи. Морфологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак кожи, G 2. На основании клинико-морфологических исследований установлен диагноз: Рак кожи щеки слева T₂N₀M₀.

Рекомендована телегамматерапия в щадящем режиме учитывая локализацию опухоли на коже лица. После предлучевой подготовки больному проведен курс дистанционной телегамматерапии на аппарате TERA GAM (Чехия) по схеме РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр с перерывом на три недели. У больного имели место кожная лучевая реакция и стоматит. Назначено симптоматическое лечение. Со слов больного, все проявления осложнений были транзиторными и через 8-10 дней после первого курса лечения они прошли. Обратился через 3 недели для продолжения терапии. При осмотре экзофитное образование уменьшилось на 30-40% в размере, края образования склонны к рубцеванию, эрозированная поверхность покрыта корочкой темно-коричневого цвета. При повторном обследовании данных за распространение опухолевого процесса не установлено.

Больному начат второй курс телегамматерапии по той же схеме: РОД – 2 Гр, СОД – 30 Гр (СОД – 60 Гр). Спустя месяц при осмотре отмечен положительный эффект телегамматерапии. Экзофитное образование отсутст-

вует, имеется рубец белесоватого цвета, на коже вокруг гиперемия, которая не беспокоит больного. Контроль через год: данных о рецидиве и метастазов нет. Пациент доволен внешним видом. Данный клинический пример свидетельствует о том, что применение телегамматерапии в ранних стадиях рака кожи может радикально излечить пациента с хорошим эстетическим эффектом.

Выводы.

Лучевая терапия может успешно применяться в лечении ранних стадий рака кожи наряду с другими методами. Возможности его широкого применения как самостоятельно, так и в комбинированном комплексном лечении обеспечивают надежные результаты излечения в выборе варианта лучевой терапии при лечении рака кожи на ранних стадиях – залог длительной клинической ремиссии болезни и улучшения качества жизни пациентов.

Список литературы.

1. Мудунов, А.М. Отдаленные результаты лечения больных местно-распространенным раком кожи наружного уха/ А.М. Мудунов, Е.Г. Хазарова, М.В. Болотин // Опухоли головы и шеи. – 2021. – №11(1). – С.12-23.
2. Обзор современных методов лечения плоскоклеточного рака кожи/ А.М. Беляев, Г.Г. Прохоров, З.А. Раджабова, О.И. Байкалова // Вопросы онкологии. – 2019. – Т.65, №1. – С.7-15.
3. Огнерубов, Н.А. Поражение лицевого нерва как осложнение криодеструкции базальноклеточного рака кожи лица/ Н.А. Огнерубов // Consilium Medicum. – 2021. – Т.23(11). – С.891–896.

4. Поляков, А.П. Современная стратегия диагностики и лечения плоскоклеточного рака кожи. / А.П.Поляков, П.Р. Геворков, А.А.Степанова// Опухоли головы и шеи.- 2021.-№11(1).-С.51-72.
5. Самуленко, А. Современная стратегия лечения базальноклеточного рака кожи головы и шеи/ А.Самуленко, А.Мордовский, А. Поляков//Врач.-2017.-№ 12.-С. 5-8.

Сак В.Н.¹, Хоров О.Г.²

МЕТОД ТАМПОНАДЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ

¹ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Беларусь

² «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность.

Успешность хирургического лечения зависит от качества выполнения операции, а также послеоперационного периода, в котором решающее значение имеет правильная эффективная тампонада оперированного уха, которая позволяет избежать послеоперационного воспалительного процесса, получить качественный анатомический результат в ближайший и отдалённый периоды.

Необходимость в разработке нового метода тампонады связана с несовершенством имеющихся методик, конструкций применяемых для тампонады полости уха, которые не исключают развитие послеоперационного гнойного воспаления в ухе, деформаций самой послеоперационной полости, замедления эпидермизации стенок трепанационной полости, неотимпанального лоскута и стенок наружного слухового прохода. Продолжается поиск оптимального ушного тампона по форме и материалу.

Цель исследования.

Создание ушного тампона, который позволяет оптимально заполнять наружный слуховой проход и послеоперационные полости после операций на среднем ухе и обладает возможностью изменения геометрии устройства в зависимости от объёма и формы объекта тампонады для формирования правильной послеоперационной полости.

Материал и методы исследования.

В условиях оториноларингологического гнойного отделения для взрослых учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» в период 2020-2023 гг. было прооперировано 73 пациента с патологией среднего уха с применением тампонады наружного слухового прохода и трепанационных полостей по предлагаемой нами методике.

Результаты исследования и их обсуждение.

После выполнения хирургического вмешательства, у пациентов с патологией уха, на стенки наружного слухового прохода помещается полиэтиленовая оболочка тампона в виде двух полосок длиной 44.0 мм, шириной 3.5 мм, которые следует расположить крест на крест по отношению друг к другу так, чтобы место перекрёста располагалось в области неотимпанальной мембраны, а концы оболочки покрывали стенки наружного слухового прохода или стенки послеоперационной полости.

В операционной, из расщепленной целлюлозы медицинского тампона для тампонады полостей ЛОР органов, готовятся четыре прямоугольных параллелепипеда. С помощью нарезания необходимо приготовить фрагменты основы тампона так, чтобы общий диаметр четырёх составляющих был не более диаметра наружного слухового прохода пациента, а диаметр каждого фрагмента составлял $\frac{1}{4}$ от общего диаметра. Длина тампона соответствует костной и хрящевой части наружного слухового прохода (рис.1).

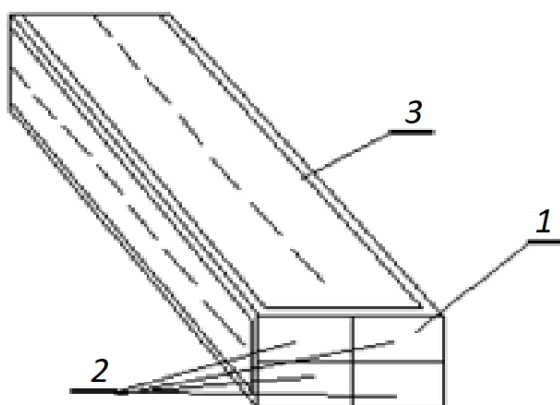


Рис. 1. Общий вид тампона. Прямоугольные параллелепипеды из расщеплённой целлюлозы – 1, составляющие основу тампона – 2, полиэтиленовая оболочка тампона – 3.

При помощи ушных микрощипцов фрагменты основы тампона последовательно вводятся в наружный слуховой проход. Фрагменты помещаются в полиэтиленовую оболочку вдоль оси наружного слухового прохода параллельно друг другу.

Проксимальный конец каждого фрагмента тампона вводится до полиэтиленовой плёнки, располагающейся на неотимпанальной мембране. Все фрагменты помещаются параллельно друг другу (рис.2).

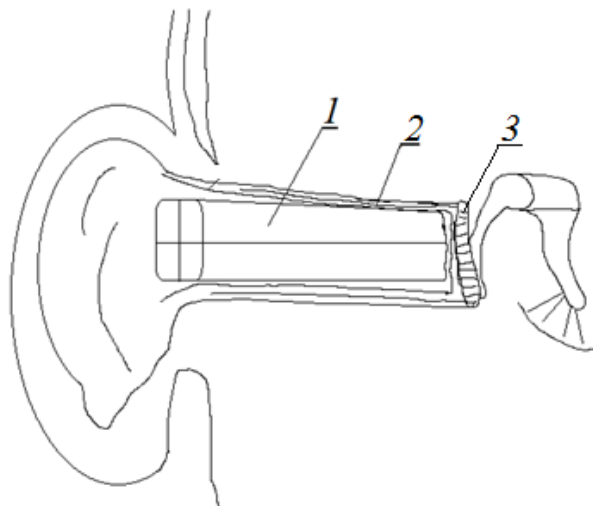


Рис. 2. Тампон, помещённый в наружный слуховой проход после тимпаноластики по закрытому типу. Тампон – 1, заполняет объём наружного слухового прохода – 2 и прижимает тимпанопластический лоскут, помещённый под остатки барабанной перепонки и на кожу наружного слухового прохода – 3.

Тампон пропитывается 0,9 % раствором хлорида натрия. Благодаря эффекту абсорбции материала, тампон увеличивается в объёме и заполняет просвет наружного слухового прохода, не оказывая излишнего давления на его стенки и неотимпанальный лоскут. Рана операционного доступа ушивается. На ухо накладывается асептическая повязка. Производятся ежедневные перевязки с выполнением вакуум-аспирации содержимого из тампона с помощью вакуум-асpirатора. Извлечение тампона из наружного слухового прохода происходит путём лёгкой тракции микро-щипцами. Длительность нахождения тампона в наружном слуховом проходе составляет 14 дней.

Все геометрические размеры конструктивных элементов заявленного устройства для тампонады оптимизированы с помощью компьютерного томографа с построением 3 D-графики с использованием визуальных образов нормальных слуховых проходов и возможных вариантов послеоперационных ушей.

Основа тампона выполнена из расщеплённой целлюлозы, поэтому тампон обладает высокими свойствами адсорбции тканевой послеоперационной жидкости, которая попадает на него из неотимпанального лоскута, стенок наружного слухового прохода и мастоидальной полости в силу свойств материала изготовления. Материал тампона способен изменять форму, увеличиваться под действием тканевой жидкости и оказывать фиксирующее равномерное давление на стенки наружного слухового прохода, операционной полости и неотимпанальный лоскут. Тампон даёт возможность создавать контролируемую по отношению к объёму наружного слухового прохода объём тампона форму независимо от различной геометрии объёма. Высокие аспирационные свойства материала позволяют удалять тканевую послеоперационную жидкость и таким образом исключать микробное воспаление.

Покрывающая расщеплённую целлюлозу с одной стороны и неотимпанальный лоскут и стенки наружного слухового прохода полиэтиленовая оболочка исключает непосредственный контакт материала основы с тканями наружного слухового прохода, что исключает образование пилящего эффекта, травмы тканей при удалении тампона, появлению кровотечения при этом и воспаления вследствие травмы.

Данный метод показал свою безопасность и эффективность в хирургическом лечении пациентов с патологией среднего уха, что подтверждено результатами функциональных и лабораторных исследований.

Выводы.

Заявляемый тампон способен изменять форму, увеличиваться под действием тканевой жидкости и оказывать фиксирующее равномерное давление на стенки наружного слухового прохода, операционной полости и неотимпанального лоскута. Таким образом, предлагаемый ушной тампон позволяет оптимально тампонировать наружный слуховой проход и послеоперационные полости после операций на среднем ухе, что необходимо для формирования правильной послеоперационной полости и минимизации развития послеоперационных осложнений.

Список литературы.

1. Оториноларингология : учебник / О.Г. Хоров, А.Ч. Буцель, В.С. Куницкий [и др.] ; под. ред. проф. О.Г. Хорова. - Минск : Новое знание, 2020. - 413 с
2. Роговин, З. А. Химия целлюлозы. М.: Химия, 1972. – 520 с. 24. Руководство по практической оториноларингологии / Л. А. Лучихин, М. М. Магомедов, В. Т. Пальчун / Медицинское информационное агенство. – 2016. – 344 с.
3. Bemiller, J. N. Celluloseandcellulose-basedhydrocolloids / J. N. Bemiller // CarbohydrateChemistryforFoodScientists (ThirdEdition). Amsterdam: AACCI. PublishedbyElsevierInc. – 2019.– P. 223–240.
4. <https://lormed.com.ua/wp-content/uploads/2016/08/catalog-merocel-standart.pdf> (дата обращения: 19.01.2022)
5. Рыбин, Б. М. Определение физических показателей полимеров для деревообработки по аддитивным функциям групповых вкладов химических структурных звеньев / Б. М. Рыбин, И. А. Завражнова, Д. Б. Рыбин // Лесной вестник – 2018. – Т. 22, № 2. – С. 68–75.

Гулов М.К1., Салимов Дж.С1., Холматов П.К2.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
 Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххарова¹ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
 Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбанова² ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
 Таджикистан

Актуальность. Спаечный процесс в брюшной полости является частым осложнением в абдоминальной хирургии и наиболее частой причиной развития тонкокишечной спаечной непроходимости, которое составляет от 60 до 70% случаев [3]. В настоящее время, известна дилемма в лечении пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН): отсрочка операции может привести к ишемии кишечника (ИК) и некрозу, а ненужная лапаротомия может привести к образованию новых спаек [1]. Раннее и точное выявление ИК у пациентов с ОСТКН важно для планирования ранней диагностической лапаротомии, поскольку ишемия может быть обратимой, но отсроченная диагностика и хирургическое вмешательство могут привести к более высокой частоте резекций кишечника и послеоперационным осложнениям и смертности. Решение об экстренном хирургическом вмешательстве у пациентов с ОСТКН недостаточно стандартизировано и основывается на мнении хирурга [2], а разработка альтернативной хирургической тактики при острой спаечной тонкокишечной непроходимости путём прогноза ишемии кишечника у данной категории больных является актуальным.

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику при острой спаечной тонкокишечной непроходимости, путём прогнозирования риска развития ишемии кишечника.

Материалы и методы исследования. В связи с этим, за период с 2017 по 2022 гг. в хирургическое отделение ГУ ГКЦ №2 им. академика К.Т. Таджикиева поступили 124 пациента с ОСТКН, среди которых были 80 мужчин (64,5%) и 44 женщины (35,5%). Возраст пациентов варьировал от 20 до 87 лет, составив в среднем 52,1±3,4 года.

Критериями включения в исследование являлись: возраст больных старше 16 лет, наличие в анамнезе лапаротомии, ОСТКН подтвержденная морфологическим исследованием и/или хирургическим путем. Критериями исключения являлись: возраст больных моложе 16 лет, пациенты с болезнью Крона, язвенным колитом, онкологические заболевания пищеварительного тракта, абдоминальный туберкулез и наличие внутренних грыж.

Все статистические анализы проводились с использованием программного обеспечения Statistica, версия 10.0 (StatSoft, США). Логистический регрессионный анализ использовалась для выявления независимых прогностических факторов ИК путем расчета отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Значимые непрерывные переменные преобразовались в категориальные переменные с использованием кривых рабочих характеристик приемника (ROC). Для каждой переменной выбирались оптимальные точки отсечения с наивысшей суммой чувствительности и специфичности.

Для прогноза ИК у больных с ОСТКН нами учитывались шесть независимых прогностических факторов развития ИК: возраст $\geq 67,5$ лет: ОШ = 9,20, ДИ 95% [1,06–35,33], продолжительность боли до поступления > 72 ч: ОШ = 4,00, ДИ 95% [0,99–18,52], температура тела $\geq 37,8$ °C: ОШ = 2,13, ДИ 95% [1,28–29,31], количество лейкоцитов ($\times 10^9/\text{л}$) > 10 : ОШ = 2,75, ДИ 95% [1,24–11,65]. Снижение контрастирования стенки кишечника: ОШ = 5,57, ДИ 95% [3,78–16,34], отёк брыжейки: ОШ = 2,08, ДИ 95% [1,35–12,31].

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам регрессионного анализа, каждой из 6 переменных присвоились коэффициентные баллы: возраст $\geq 67,5$ лет - 9 баллов, продолжительность боли до поступления > 72 ч - 4 балла, температура тела $\geq 37,8$ °C - 2 балла, количество лейкоцитов ($\times 10^9/\text{л}$) > 10 - 2 балла, локальный отёк брыжейки - 2 балла и снижение контрастирования стенки кишечника – 5 баллов. При этом, оценочные показатели ИК рассчитаны для суммы баллов от 0 до 24.

Затем, кривая ROC построилась для оценки прогностической способности данной клинко-рентгенологической шкалы прогнозирования ИК. Оптимальная точка отсечения составила 7 баллов. Чувствительность в точке отсечения - 95,7%, специфичность — 86,1%, а AUC в точке отсечения — 0,92 (ДИ 95% [0,85–0,98]).

Категории вероятности, то есть низкая, средняя или высокая вероятность разделялись с использованием пороговых значений, чтобы установить низкую или высокую вероятность развития ИК в каждой категории. Для группы с низкой вероятностью использовалась пороговая оценка до 6 баллов. Оценка в пределах от 7 до 15 баллов определяли группу со средним уровнем вероятности, и оценка в 16 баллов и выше определял группу высокой вероятности.

Для группы с низкой вероятностью (таблица 1) использовалась пороговая оценка в 6 баллов (только у одного из 88 пациентов с оценкой в 6 баллов имела ИК, которое составила 70,9% случаев); положительная прогностическая ценность (ППЦ) в этой группе составила 1,13%; а отрицательная прогностическая ценность (ОПЦ) составила 53,8%. Оценка в пределах от 7 до 15 баллов определяла группу со средним уровнем вероятности (у 11/25 больных в этой группе была ИК, которые составили 20,2% наблюдений); ППЦ в этой группе составила 44%; а ОПЦ составила 87,87%. Оценка в 16 баллов определяла группу высокой вероятности (у всех 11 больных в этой группе, которое составила 8,9% случаев), при этом, ППЦ в этой группе составила 100%; а ОПЦ составила 89,39%. Группу больных с низкой вероятностью ИК составили 88 (70,9%) пациентов (1 (0,8%) случай с наличием ИК и 87 (70,2%) наблюдений). 25 (20,2%) больных включались в группу со средним уровнем вероятности (11 (8,9%) с ИК и 14 (11,3%) без ИК) и группу больных с высокой вероятностью ишемии кишечника составила 11 (8,9%) пациентов (только у 11 больных с наличием ИК).

Таблица №1. Распределение пациентов по группам вероятности развития кишечной ишемии.

Группы	Наличие ИК		Отсутствие ИК		Всего:	
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Группа с низкой вероятностью	1	0,8	87	70,2	88	70,9

Группа со средним уровнем вероятности	11	8,9	14	11,2	25	20,2
Группа с высокой вероятностью	11	8,9	0	0	11	8,9
Всего:	23	18,6	101	81,4	124	100

В данном исследовании, консервативное лечение успешно проведено у 35 (28,22%) пациентов, у 89 (72,78%) пациентов потребовалось оперативное вмешательство. У 66 прооперированных пациентов, у которых был выполнен адгезиолизис, не было признаков ИК. У 23 больных было установлено наличие ИК. Среди этих больных: у 15 пациентов (с необратимой формой ИК) была выполнена резекция кишечника, а у 8 пациентов резекция кишечника не понадобилась, так ИК имела обратимый характер, о чем свидетельствовало улучшение цвета кишечника и появление перистальтики после выполнения адгезиолизиса и согревания пораженного участка кишки теплым физиологическим раствором. Таким образом, у 101 пациента (81,4%) отсутствовала ИК (у 35 пациентов, успешно вылеченных без хирургического вмешательства, и у 66 пациентов, подвергшихся лапаротомии).

Таким образом, при низкой вероятности ишемии кишечника хирургическая тактика заключалась в консервативном лечении патологии, а при среднем уровне вероятности ишемии кишечника имела необходимость выполнения адгезиолизиса, которое способствовало избавлению ишемии кишечника. Всегда пациентам с высокой вероятности ИК были выполнены лапаротомия и резекция кишечника.

Выводы. Разработанная данная хирургическая тактика при ишемии кишечника у пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью на основе прогнозирования риска развития ишемии кишечника позволило дифференцировать больных с низким, средним уровнем и высоким риском ишемии кишечника для проведения консервативного лечения или неотложной лапаротомии с целью предотвращения развития некроза кишечника и резекции кишечника.

Список литературы.

1. Абдурахманов М.М. Комплексные лечебно-диагностические принципы ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью / М.М. Абдурахманов, Б.М. Аюбов // Новый день в медицине. – 2020. - №4. – С. 275-278.
2. Ключко Д.А. Лечебно-диагностическая тактика при спаечной тонкокишечной непроходимости: обзор литературы / Д.А. Ключко, В.Е. Корик // Хирургия. Восточная Европа. – 2021. - №10(2). – С. 220-227.
3. Хаджибаев Ф.А. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости / Ф.А. Хаджибаев, Т.Т. Мансуров, Г.К. Элмуродов // Вестник экстренной медицины. – 2021. - №14(1). – С. 77-83.

Сараев А.Р., Назаров Х.Ш., Факиров Х.З., Джонов Б.Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Достижения видеолaparоскопической техники и технологии последних лет и накопление опыта экстренной видеолaparоскопической хирургии привели к постепенному включению лапароскопии в лечение распространенного перитонита. Использование видеолaparоскопической технологии расширяет возможности малоинвазивной хирургии [1, 2]. Недостатками лапароскопической операции при перитоните, по мнению различных авторов, являются сложность полной санации брюшной полости при выраженном бактериальном обсеменении и обширных фиброзных наложениях, ограниченность поля зрения при парезе кишечника, невозможность выполнения назоинтестинальной интубации [3].

Большое значение имеет также вопрос этапной видеолaparоскопической санации после лапаротомии при тяжелых формах распространенного перитонита. При первичной операции планируется видеолaparоскопическая санация в послеоперационном периоде. Показаниями к этому мероприятию являются: длительность разлитого перитонита более 12 часов, фиброзно-слипчивый перитонит или гнойный характер экссудата, отсутствие возможности провести полную санацию брюшной полости в связи с крайне тяжелым состоянием пациента, а также состояние, требующее динамического визуального контроля, в связи с высоким риском возникновения внутрибрюшных абсцессов [3]. Противопоказания – это выраженный воспалительный процесс в брюшной полости; выраженный парез тонкой кишки; каловый перитонит; предполагаемая анаэробная природа флоры; массивный спаечный процесс со склонностью к образованию тяжелей, отсутствие значительного эффекта при проведении плановых видеолaparоскопических резекционных процедур [4].

Цель исследования. Изучение прогностических критериев определения показаний к программной лапароскопической санации брюшной полости при распространенном перитоните.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты клинического исследования и лечения 32 больных острым распространенным перитонитом, которым была выполнена программная лапароскопическая санация брюшной полости. Исследование проводилось с 2017 2022 гг. в ГУ ЦСМП г. Душанбе. Всем больным при выявлении распространенного перитонита выполнена лапаротомия, ликвидация очага инфекции и санация брюшной полости. В дальнейшем больным проводилась программная лапароскопическая санация брюшной полости. Далее пациенты были разделены на две группы с учетом эффективности применения лапароскопической санации. В первую группу вошли 20 больных, у которых лапароскопическая санация брюшной полости оказалась высокоэффективной. Во вторую группу вошли 12 больных с распространенным перитонитом, у которых была установлена необходимость выполнения релапаротомии в связи с недостаточной эффективностью программной лапароскопической санации. В обеих группах проведено комплексное клиническое обследование больных, интраоперационное обследование органов брюшной полости и лабораторная оценка ряда показателей гомеостаза, таких как уровень маркеров воспаления (С-

реактивный белок - СРБ, интерлейкин-6 – ИЛ-6, прокальцитонин - ПКТ). Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США). Количественные данные описывали в виде среднего выражения и его стандартной ошибки ($M \pm m$). U-критерий Манна-Уитни и T-критерий Уилкоксона использовались для попарного сравнения показателей между независимыми группами.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ показателей маркеров воспаления в первые дни после операции у больных перитонитом выявил достоверные различия между 1 и 2 группами. Различия по указанным выше показателям теста были более достоверными после проведения первой санирующей лапароскопии. Результаты исследования маркеров системного воспаления в 1 и 2 группах после выполнения первой лапароскопии брюшной полости представлены в таблице 1.

Таблица 1. Параметры маркеров воспаления у больных разлитым перитонитом в первые сутки после операции (лапаротомии) и первой лапароскопической санации ($M \pm SE$).

Показатель	После какого вмешательства	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=12)	p
	лапаротомия	49,2±1,6	125,6±1,3	<0,001
	лапароскопическая санация	42,2±2,0	127,6±1,2	<0,001
	p_0	<0,05	>0,05	
	лапаротомия	1,44±0,14	6,55±0,51	<0,001
	лапароскопическая санация	1,12±0,12	7,79±0,33	<0,001
	p_0	>0,05	>0,05	
	лапаротомия	126,1±1,1	233,6±15,7	<0,001
	лапароскопическая санация	105,6±1,3	308,2±4,0	<0,001
	p_0	<0,001	<0,01	

Примечание: p_0 — статистическая значимость разницы между группами и между состоянием после лапаротомии и лапароскопической санации

Общее количество санационных мер во 2-й группе (с учетом релапаротомии) составило 3,5±1,5, в 1-й группе - 2,0±0,5 ($p=0,002$). При этом в обеих группах мы получили статистически значимое снижение показателей системной воспалительной реакции. Для СРБ, ПКТ и ИЛ-6 как после лапаротомии, так и после первой лапароскопической санации эти показатели в 1-й группе статистически ниже, чем во 2-й группе. Для СРБ и ПКТ во 2-й группе эти показатели не изменились как после лапаротомии, так и после первой лапароскопической санации, при этом уровень ИЛ-6 после лапароскопической санации статистически достоверно увеличился. Уровень ПКТ в 1-й группе был одинаковым как после лапаротомии, так и после первой лапароскопической санации. Уровень СРБ и ИЛ-6 в 1-й группе статистически значимо снизился после лапароскопической санации.

В ходе исследования были собраны данные об интраоперационном состоянии брюшной полости во время первой операции (лапаротомии), клинических показателях раннего послеоперационного периода (температура тела, перистальтика кишечника) и лабораторных показателей воспалительной реакции (С-реактивный белок, прокальцитонин и интерлейкин-6). По результатам статистического анализа установлена корреляция между клинико-морфологическими показателями, лабораторными показателями и необходимостью релапаротомии (табл. 2).

Таблица 2. Корреляция клинических и экспериментальных показателей больных распространенным перитонитом и необходимостью релапаротомии.

Признак	Показатель	Коэффициент корреляции, r	p
Температура тела	38—39°C	=-0,44	<0,05
	39—40°C	=0,09	>0,05
	более 40°C	=0,46	<0,01
Перистальтика кишечника	аускультативно	=-0,30	>0,05
Наложения на париетальной брюшине	гной	=0,25	>0,05
	Фибрин – менее половины видимой площади при первой операции	=-0,78	<0,001
	Фибрин — более половины видимой площади при первой операции	=0,78	<0,001
СРБ, мг/л	Более 60	=0,88	<0,001
ПКТ, нг/мл	Более 2	=0,83	<0,001
ИЛ-6, пг/мл	Более 150	=0,93	<0,001

Выводы. Прогностические критерии, уточненные для определения тактики лечения больных распространенным перитонитом после первой лапаротомии, могут быть использованы для определения показаний к выполнению лапароскопической санации брюшной полости при распространенном перитоните и повышения ее эффективности.

Список литературы.

1. Ашуров, А.С. Видеолaparоскопическая диагностика и лечение послеоперационного перитонита./ А.С.Ашуров, Р.Р.Рахматуллоев, С.С.Хайдаров, И.И.Кобилов. //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - № 3. - С.5-9.
2. Ёров, У.У. Эффективность применения эндохирургических методов в диагностике и лечении сочетанных и множественных травм живота / У.У. Ёров [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. –2018- №4 (339) - С.5-8.
3. Yeom, J.H. Extending the Indication for Laparoscopic Surgery in Patients With Pan-Peritonitis.J.H. Yeom, J.H. Lee, J.S. Song, M.H. Lee, M.G. Kim.//Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. - 2019 - №29(2). – P.120-125. doi: 10.1097/SLE.0000000000000613
4. Coco, D. A Review on Treatment of Perforated Peptic Ulcer by Minimally Invasive Techniques. / D. Coco, S. Leanza. // Maedica (Bucur). - 2022 -№17(3) – P.692-698. doi: 10.26574/maedica.2022.17.3.692.

Сараев А.Р., Рузбойзода К.Р., Джонов Б.Н., Факиров Х.З.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

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

Актуальность. Одним из основных аспектов проблемы распространенного перитонита является прогнозирование риска развития осложнений [1-3]. Одним из нерешенных вопросов проблемы абдоминального сепсиса является объективная оценка тяжести состояния больного и прогнозирование исхода заболевания. Объективизация состояния больных в зависимости от выраженности клинических проявлений абдоминального сепсиса позволяет прогнозировать длительность лечения в стационаре, оценивать эффективность лечения и вероятность летального исхода.

Созданные к настоящему времени прогностические системы носят общий характер и позволяют определять тяжесть состояния больного и прогноз больных с любым заболеванием. Шкала SAPS демонстрирует особенности органной дисфункции [4], а Мангеймский индекс перитонита был разработан для прогнозирования исхода заболевания на основании данных состояния брюшной полости [5]. Использование объективных критериев определения тяжести состояния больного позволяет провести клиническую стратификацию абдоминального сепсиса, оценить прогноз и скорректировать тактику лечения [1, 2].

Цель исследования. Изучить эффективность системы оценки тяжести состояния больного при прогнозировании исхода лечения распространенного перитонита.

Материал и метод исследования. Проведено клинко-экспериментальное исследование 188 больных с различными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненных распространенным перитонитом. Пациенты находились на лечении с марта 2004 г. по декабрь 2012 г. в хирургических отделениях ГУЦСМП г. Душанбе. Возраст больных колебался от 15 до 81 года, в среднем 38,5 лет. Мужчин 113 (60%), женщин – 75 (40%). Положительный исход заболевания отмечен у 150 больных (79,8%), в 38 случаях (20,2%) заболевание закончилось летальным исходом.

У всех 188 больных проведена комплексная оценка тяжести течения распространенного перитонита на основе клинко-лабораторных данных в группах в зависимости от выраженности балльной оценки тяжести состояния по шкале SAPS (Simplified Acute Physiology Score) и MPI (Мангеймского индекса перитонита).

С целью статистического анализа нормальность распределения проверяли по критериям Колмогорова-Смирнова (K-S d) и Шапиро-Уилка (W), а также статистический анализ по точному методу Фишера и непараметрическому статистическому методу.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения распространенного перитонита в зависимости от тяжести заболевания на момент госпитализации (по шкале SAPS) представлены в таблице 1.

Таблица 1. Исход лечения распространенного перитонита по группам SAPS.

SAPS баллы	Количество больных		Выжившие		Умершие	
	п	%	п	%	п	%
0-4	99	52,7	96	97	3	3
5-9	29	15,4	25	86,2	4	13,8
10-14	28	14,9	18	64,3	10	35,7
15-19	19	10,1	7	36,8	12	63,2
>20	13	6,9	4	30,8	9	69,2
Всего	188	100	150	79,8	38	20,2

$p < 0,05$

Статистический анализ по точному методу Фишера показал достоверную разницу ($p < 0,05$) уровня смертности в группах пациентов. Группа больных, у которых тяжесть заболевания составила 0-4 балла, соответствовала абсолютно хорошему прогнозу заболевания. Вероятность неблагоприятного прогноза увеличивается с увеличением степени тяжести состояния. Анализ полученных данных показал, что частота летального исхода у больных распространенным перитонитом прямо пропорциональна тяжести состояния больного – вероятность неблагоприятного исхода увеличивается с увеличением показателей шкалы SAPS. Итоговые показатели таблицы SAPS соответствуют результатам прогнозирования исхода заболевания (0-4 балла - хороший исход заболевания (смертность 4%), более 4 баллов - неблагоприятный исход заболевания).

Итоговое распределение больных распространенным перитонитом по количеству баллов шкалы MPI представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение больных распространённым перитонитом по шкале MPI на момент госпитализации

Баллы MPI	Количество больных		Летальность		Прогнозируемая летальность
	n	%	n	%	
<16	77	41	2	2,6	2,3
16-25	78	41,5	13	16,7	22,5
>25	33	17,5	23	69,7	59,1
Всего	188	100	38	20,2	

В исследуемой группе больных с баллом менее 16 баллов по шкале MPI летальность составила 2,6%. Во второй группе умерло 16,7% больных (оценка MPI от 16 до 25 баллов), в третьей степени умерло 69,7% больных (оценка MPI - более 29%).

Прогностическая эффективность шкалы MPI в исследуемой группе больных составила 94,8%, что относится к первой и третьей группам тяжести. Результаты анализа показали, что чувствительность и точность шкалы MPI при прогнозировании исхода заболевания при ее значениях ниже 16 баллов и выше 25 баллов, достаточно высоки. Такие результаты аналогичны результатам исследований И.М. Битюкова и его соавтор [2]. По данным этих исследователей, средний балл выживших пациентов по шкале MPI составляет 18,7, что соответствует легкой степени заболевания. У погибших средний балл 28,7 (тяжелая степень).

Абсолютным хорошим показателем тяжести состояния больного разлитым перитонитом с точки зрения прогнозирования его исхода являются показатели до 4 баллов по шкале SAPS и до 16 баллов по шкале MPI. Два случая летального исхода (2,6%) по шкале MPI менее 16 баллов наблюдались у больных, имевших тяжелое состояние в первые послеоперационные дни (15-18 баллов по шкале SAPS).

Риск неблагоприятного исхода распространённого перитонита повышается в зависимости от тяжести состояния больного, которое оценивают как в день операции (по шкале MPI), так и в первые дни послеоперационного периода (по шкале SAPS). Из приведенных данных видно, что относительно неблагоприятный исход заболевания наблюдается в группе больных, тяжесть состояния которых превышает 20 баллов по шкале SAPS (летальность 69,2%), и в группе с 25 баллами и выше по шкале MPI, смертность здесь составляет 69,7%.

Во 2-й и 3-й группах больных при степени тяжести состояния 5-14 баллов по шкале SAPS прогноз распространённого перитонита во второй группе скорее хороший (5-9 баллов по шкале SAPS), по сравнению с третьей группой (10-14 баллов по шкале SAPS). Такой же вывод относительно прогнозирования исхода заболевания можно сделать и в группе больных с тяжелым состоянием от 16 до 25 баллов по шкале MPI.

Наиболее неблагоприятный исход заболевания наблюдается в группе больных, у которых тяжесть состояния превышает 14 баллов по шкале SAPS и более 25 баллов по шкале MPI. Прогноз исхода заболевания в группе больных, у которых тяжесть состояния по шкале MPI составляет от 16 до 25 баллов, с высокой вероятностью при низких показателях шкалы SAPS исход заболевания может быть хорошим.

Выводы. Таким образом, в целом очевидно соответствие оценки тяжести состояния больных и исхода лечения распространённого перитонита по шкалам MPI и SAPS. Шкалы доказали свою эффективность в оценке тяжести состояния пациентов. Решение этих задач позволяет выбрать оптимальную тактику лечения распространённого перитонита.

Список литературы.

1. Батыршин, И.М. Прогнозирование и дифференцированный подход в лечении больных с вторичным перитонитом и абдоминальным сепсисом / И.М. Батыршин, С.А. Шляпников, А.Е. Демко, В.С. Афончиков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2020. - №5. - С.27-33.
2. Карсанов, А.М. Распространенный гнойный перитонит: актуальные вопросы трактовки тяжести состояния пациентов и выбора хирургической тактики / А.М. Карсанов, С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. - 2020. - № 8. - С.173-178.
3. Хацко, В.В. Прогнозирование операционного риска и послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии. // В.В. Хацко, О.С. Антонок, З.С. Мамисашвили, А.Е. Кузьменко, Д.М. Коссе, А.В. Пархоменко, В.Н. Войтюк // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2020. - Т. 24. - № 4. - С.486-490.
4. Битюков, С.Л. Эффективность использования мангеймского индекса перитонита в прогнозировании осложнений и летальности при разлитом перитоните / С.Л. Битюков, В.В. Демиденко // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. - 2019. - Т.17. - № 3. - С.14-18.
5. Крылов, Н.Н. Мангеймский индекс перитонита - критерий выбора оперативного вмешательства при перфоративной дуоденальной язве. / Н.Н. Крылов, О.В. Бабкин, Д.О. Бабкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2016. - №7. - С.18-22.

Сафаров А.С., Корохов А.Т., Шерназаров И.Б.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДВЫВИХА И ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ МЕТАЭПИФИЗАРНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Патологический вывих бедра (ПВБ), обусловленный гематогенным остеомиелитом проксимального метаэпифиза бедренной кости у новорождённых и детей раннего возраста, продолжает оставаться

одной из актуальных проблем детской хирургии и ортопедии. Частота осложнений патологического подвывиха и вывиха бедра при остром гематогенном метаэпифизарном остеомиелите (ОГМЭО) составляет от 0,2 до 5,6%. Профилактическая направленность данной проблемы сводится к возможно более раннему диагностическому выявлению подвывиха у новорождённых с ОГМЭО в остром периоде течения гнойного процесса в суставе. Наиболее эффективным является правильное лечение, начатое в первые дни от начала заболевания, когда ещё гнойные процессы не привели к деструктивным изменениям костно-хрящевых структур и окружающих тканей тазобедренного сустава и бедренной кости у новорождённых и детей раннего возраста (1,2,3,4).

Однако отсутствие специальной литературы по вопросам профилактики и лечения патологического подвывиха и вывиха бедра при ОГМЭО, вопросы разработки эффективных методов профилактики и лечения данной проблемы остаются актуальными.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и профилактики ортопедических осложнений острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита у новорождённых и детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. На обследовании и лечении с диагнозом ОГМЭО проксимального отдела бедренной кости в отделении хирургии новорождённых и гнойно-септической хирургии детского возраста кафедры детской хирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе ГУ НМЦРТ «Шифобахш» находилось 127 детей.

В зависимости от сроков поступления больных, состояния суставной щели тазобедренного сустава, наличия или отсутствия подвывиха и вывиха бедренной кости, деструкции костей тазобедренного сустава и от методики коррекции подвывиха и вывиха в тазобедренном суставе пациентов разделили на 3 группы.

В первую группу входило 73 (57,4%) больных новорождённых ребенка и детей раннего возраста, поступивших в первые 3-е сутки от начала заболевания, где при рентгенологическом исследовании обнаружено расширение суставной щели тазобедренного сустава или незначительное его сужение.

Вторую группу составили 34 (26,7%) больных ребенка, которые поступили на 7-14 сутки от начала заболевания. На рентгенограммах поражённого сустава наряду с полным исчезновением суставной щели отмечались подвывих и частичная деструкция метаэпифизарной зоны бедренной кости.

Третья группа состояла из 20 (15,7%) больных детей, которые поступили на 15-25 сутки от начала заболевания в крайне тяжёлом состоянии и были госпитализированы в реанимационное отделение. У всех больных наряду с деструкцией костей тазобедренного сустава имел место полный вывих головки бедренной кости.

Результаты исследования и их обсуждение. Больным первой группы, 73 (57,4%) пациентам, на фоне комплексной интенсивной корригирующей терапии проводилась ранняя профилактика патологического вывиха тазобедренного сустава, состоявшую из широкого пеленания, затем по мере затихания воспалительного процесса в суставе и уменьшения болевого синдрома, больные переводились на отводящие шины. Одновременно с целью санации сустава проводилась ежедневная пункция тазобедренного сустава (гной взят на бактериологический посев), с промыванием его полости 1% раствором диоксида. После стихания воспалительного процесса всем больным были назначены физиотерапевтические процедуры: УВЧ, электрофорез в области тазобедренного сустава. Ближайшие и отдалённые результаты лечения у этой группы больных были хорошими.

У всех больных второй группы, 34 (26,7%) пациентов, отмечены клиничко-рентгенологические признаки подвывиха головки бедренной кости на фоне деструкции проксимального эпиметафиза бедренной кости. Из 34 у 14 больных функциональное вправление начато с 1-2 дня поступления на фоне тяжёлого состояния больных. Фиксация конечности и вытяжение являлись одним из этапов лечения больных способствующее уменьшению болевого синдрома и устранению контрактуры. Санация сустава проводилась по кубитальному или подключичному катетеру наложенному в сустав и фиксированному на коже.

Функциональное вытяжение с целью вправления остальным 20 больным проводилось на 4-7 сутки после поступления больных в стационар, то есть по мере нормализации температуры больного, стихания воспалительного процесса и уменьшения гнойного отделяемого из сустава. Функциональное вытяжение проводится на полуовальной дуге с подвижными фиксаторами-блоками с двух сторон смонтированной на функциональной кровати для медленного отведения конечностей.

После адаптационного периода начинали медленное отведение конечностей по ходу дуги (по плоскости) с расчётом на 10-15 градусов в течение 2 недель до 45°. На таком отведении (45°) больные находились в течение одной недели.

После достижения клинической нормализации состояния больного, стихания местных воспалительных процессов и нормализации температуры тела отведение конечности доводили до угла отведения на 80-85 градусов. В этом положении больные находились до 1-2 недели в зависимости от тяжести и степени исходной деструкции метаэпифиза.

После получения клиничко-рентгенологических признаков, свидетельствующих что головка бедра находится на уровне вертлужной впадины, больные переводились на гипсовую повязку по Шептуну в положении Лоренца-1 на 2-3 месяца с палочкой-распоркой. Спустя 2-3 месяца гипсовые повязки снимались и конечность фиксировались, шиной Виленского без нагрузки на конечности до 4-5 месяцев.

В третьей группе 20 (15,7%) больным вправление патологического вывиха выполнено при помощи функционального вытяжения после улучшения состояния больных. К этой группе относились больные с околоуставными флегмонами и со скоплением густого гноя в полости сустава, когда невозможна была эвакуация гноя пункционным способом. При этом под общим обезболиванием был наложен артроцентез, с последующей санацией полости сустава и дренированием перфорированными полиэтиленовыми дренажами. Терапия антибиотиками проводилась при поступлении на эмпирической основе, а затем в соответствии с чувствительностью флоры из гноя и крови к антибиотикам.

Только после стихания воспалительного процесса и санации тазобедренного сустава продолжающейся до 20 дней, больные были взяты на функциональное вытяжение на дистракционной дуге. Сроки отведения и фиксация были определены также как и во второй группе, то есть в среднем до одного месяца у 10 больных третьей группы. У 5

больных сроки вытяжения составляли 1,5 месяца. Учитывая, что после отведения на 45-80 градусов централизации головки не произошло, то есть задний вывих в отношении вертлужной впадины сохранялся, этим больным в течение 15-20 дней проводилась дополнительная тяга по оси шейки бедра, с помощи монтированной лямки в области верхней трети бедра, при которой удалось устранить патологические вывихи головки бедренной кости. В последующем они были переведены на гипсовую тазобедренную повязку по Шептуну в положении Лоренц-1 на три месяца с палочкой-распоркой. Следует отметить, что у 5-и больных детей этой группы из-за тяжести общего состояния не были попытки вправления патологического вывиха. Из них трое новорождённых были недоношенными (до 2500 гр. веса) и у 2-х больных детей грудного возраста отмечены токсико-дистрофия, энтероколит, пневмония, энцефалопатия с гипертензионным синдромом. Эти больные в последующем передавались травматологам, ортопедам для дальнейшей оперативной коррекции.

Вывод. 1. В случае раннего поступления больных детей с ОГМЭО костей тазобедренного сустава широкое пеленание и в последующем применение отводящих шин на фоне комплексной корригирующей посиндромной терапии с физиотерапией дают возможности предотвратить возникновение подвывиха и вывиха головки бедренной кости.

2. В случае позднего поступления и выраженной картины гнойного артрита с рентгенологической картиной патологического вывиха и подвывиха головки бедренной кости, необходимо применять способы функционального вытяжения для постепенного вправления вывиха и с последующим переводом конечности на гипсовую повязку и специальные шины.

Список литературы

1. Гришаев В.В. Современные представления о метаэпифизарном остеомиелите. Обзор литературы / В.В. Гришаев, А.М. Шамсиев // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2023. – Том 13, № 2 С. 213-224.
2. Румянцев Г.Н. Острый метаэпифизарный остеомиелит у детей раннего возраста, особенности течения и диагностики / Г.Н. Румянцев, А.Ю. Горшков, С.П. Сергеев, С.И. Михайлова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 41-41.
3. Скворцов А.П., Андреев П.С., Кузнецова Р.Г. вопросы классификации ортопедических осложнений перенесенного острого метаэпифизарного остеомиелита области тазобедренного сустава у детей / А.П. Скворцов, П.С. Андреев, Р.Г. Кузнецова // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2021. – №. 57-1. – С. 30-32
4. Ceroni D. Osteoarticular infections in young children: what has changed over the last years? / D. Ceroni, G. Kampouroglou, R. Valaikaite et al. // Swiss medical weekly. – 2014. – Т. 144. – №. 2324. – С. w13971-w13971.

Сафоев С.А., Рахимов Н.Г., Бобоалиев А.М.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Политравма, когда повреждается несколько органов и систем в различных областях организма, представляет опасность для жизни пациентов [2,3,5]. Одна из основных причин нарушений функции органов и систем организма человека связана с нарушением гемодинамики, приводящим к шоковому состоянию. Развитие шока при политравме несомненно приводит к снижению иммунного ответа организма к различным микроорганизмам и, следовательно, способствует развитию септических состояний. По мнению авторов, уровень смертности при политравме у лиц молодого и среднего возраста составляет более 20%, а у лиц пожилого возраста более 45% [2].

Авторы указывают, для снижения инвалидности и летальности необходимо правильно тактика ведения больных на всех этапах оказания помощи больным, получившим политравмы, особенно на этапах транспортировки пациента [1,4].

Поэтому мы, коллектив авторов, считаем актуальным изучение состояния гемодинамики при поступлении у больных с политравмой, осложнившейся сепсисом.

Цель исследования. Изучение состояния гемодинамики при политравме, осложнившейся сепсисом.

Материал и методы исследования. Нами исследовано состояние гемодинамики у 20 (1 группа) больных с политравмой, осложнившейся сепсисом, которые находились на стационарном лечении в отделении взрослой реанимации ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», курируемом кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино в период 2022-2023 гг.

Состояние гемодинамики изучено по следующему параметрам: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое артериальное давление (АДсис.), диастолическое артериальное давление (АДдиас.), среднее артериальное давление (САД), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), ударный объем (УО), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ).

Данные больных 1 группы (основной группы) сравнивались с данными при норме у 20 больных 2 группы (контрольная группа) с политравмой, у которых признаков сепсиса было меньше, чем у основной группы.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении состояния гемодинамики у больных основной группы выяснилось, что показатели были значительно нарушены по сравнению с нормой и у больных 2 группы.

ЧСС у больных 1 группы составила $120,0 \pm 6,0$ ударов в минуту, АДсис $71,1 \pm 5,2$ мм рт.ст., АДдиас $41,2 \pm 4,1$ мм рт.ст., САД $53,3 \pm 2,4$ мм рт.ст., УО $45,1 \pm 1,3$ мл, СВ $5,4 \pm 0,1$ л/мин, СИ $3,2 \pm 0,3$, ОПСС $789,9 \pm 18,2$ дин.с.см⁻⁵.

Данные показатели указывают на травматический шок III-IV степени, что в последующем привело к снижению иммунитета и развитию септических состояний у 14 (70%) больных.

ЧСС у больных 2 группы составила $101,0 \pm 3,0$ ударов в минуту, АДсис $91,2 \pm 4,3$ мм рт.ст., АДдиас $50,1 \pm 2,5$ мм рт.ст., САД $63,2 \pm 2,5$ мм рт.ст., УО $55,3 \pm 2,2$ мл, СВ $5,7 \pm 0,1$ л/мин, СИ $3,4 \pm 0,1$, ОПСС $892,4 \pm 21,3$ дин.с.см⁻⁵. Данные показатели у больных этой группы указывают на травматический шок I-степени, в последующем в процессе лечения признаки септических осложнений были отмечены у 3 (15%) больных.

Выводы. При политравме отмечается значительное изменение гемодинамики. От степени нарушения гемодинамики зависит состояние иммунитета. При политравме у больных с травматическим шоком I-III степени по сравнению с больными с травматическим шоком III-IV степени отмечается снижение случаев септических осложнений.

Литература

6. Кукса Д.Н. Значение использования шкал оценки тяжести состояния при лечении пациентов с политравмой /Д.Н. Кукса, Э.И. Солод, М.А. Абдулхабилов, Н.В. Загородный, А.Ф. Лазарев // Практическая медицина. 2022. Т. 20, № 4, С. 51-55.
7. Проказюк А.А. Политравма: определение термина и тактики ведения больных (обзор). / А. А. Проказюк, М. А. Жанаспаев, С. К. Аубакирова, А. С. Мусабеков, А. С. Тлемисов // Общая реаниматология. 2022; 18 (5): 78–88. <https://doi.org/10.15360/1813-9779-2022-5-78-88> [На русск. и англ.].
8. Butcher N. E., Balogh Z. J. Update on the definition of polytrauma. Eur J Trauma Emerg Surg. 2014; 40 (2): 107–111. DOI: 10.1007/s00068-014-0391-x. PMID: 26815890.
9. Giannoudi M., Harwood P. Damage control resuscitation: lessons learned // Eur J Trauma Emerg Surg. — 2016 Jun. — Vol. 42 (3). — P. 273–282. DOI: 10.1007/s00068-015-0628-3.
10. Oestern H. J., Regel G. Allgemeine Aspekte. In Tscherne Unfallchirurgie. 1997 : 225–238. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-642-59215-7_9.

Семенюк А. В., Александрова А.А.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ ПОЛИПОВ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Гродно

Актуальность.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) наиболее эффективный метод скрининга, диагностики и лечения полипов желудка (ПЖ). На основании первичного эндоскопического исследования с биопсией полипа(ов) и гистологическим исследованием их биоптатов значительное количество пациентов, как с аденоматозными, так и с гиперпластическими ПЖ, подвергается полипэктомии [1]. Полипы желудка встречаются достаточно часто: у 1-6% обследованных и у 0,1-0,8% всех вскрытий. Все ПЖ разделяют на истинные (аденомы) и опухолевидные образования (гиперпластические полипы). Гиперпластические полипы встречаются в 85,1% всех случаев выявленных полипов, аденомы (железистые полипы) относят к истинным опухолям желудка, встречаются в 16 раз реже, составляют 16,5% от общего количества полиповидных образований желудка. Вероятность озлокачествления аденом составляет 60-75% случаев, гиперпластические полипы переходят в рак крайне редко – вероятность малигнизации мала и обнаруживается в 0,5% случаев [2]. Такая частота поражения пациентов ПЖ оставляет эту проблему в числе актуальных и диктует необходимость своевременного выявления полипоносительства и определения тактики лечения.

Цель исследования.

Провести анализ и оценить результаты гистологического исследования биоптатов ПЖ для определения тактики лечения.

Материал и методы исследования.

Проведем ретроспективный анализ результатов выполненных диагностических ЭГДС у 5674 пациентов в отделении эндоскопии УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с 2020 по 2021 гг. Установлено, ЭГДС в плановом порядке выполнена у 3294 (58,1%) пациентов, у 2380 (41,9%) – в экстренном. По журналам регистрации результатов гистологического заключения первичной биопсии полипов и биоптатов удаленных полипов установлено, что полипэктомия выполнена у 227 пациентов - мужчин 95 (41,9%), женщин 132 (58,1%), средний возраст - 60,9 лет. В плановом порядке ПЖ диагностированы у 69,2% пациентов, у 70 (30,8%) - в стационаре.

После гистологического заключения первичной биопсии полипов, пациенты госпитализированы в хирургический стационар для полипэктомии. Из анамнеза установлено, что у 94 (41,7%) пациентов было бессимптомное наличие полипов в желудке.

Результаты исследования и их обсуждение.

Одиночные ПЖ диагностированы у 117 (51,7%) пациентов, у 97 (42,7%) – множественные и у 13 (6,0%) диффузный полипоз. При ЭГДС у 32 (14,0%) было диагностировано эрозивное кровотечение из полипов. Гистологические исследования удаленных биоптатов ПЖ проведены у 184 (81,0%) пациентов, 43 (19,0%) удаленных полипов были коагулированы и потеряны при извлечении. При гистологическом заключении железистые полипы диагностированы у 97 (52,7%) пациентов, фиброзно-железистые с хроническим воспалением у 32 (17,4%), аденоматозные полипы с хроническим воспалением у 26 (14,2%), гастрит неактивный у 4 (2,1%), тубулярная аденома с дисплазией желез у 3 (1,6%), плоскоклеточная папиллома у 2 (1,1%), подслизистая лейомиома эрозированная, пищевод Баретта и плоскоклеточные папилломы – в 2 (1,1%) случаях. У 16 (8,7%) пациентов установлено озлокачествление биоптатов полипов: высокодифференцированная аденокарцинома в 9 (4,9%) случаев, недифференцированный рак у 7 (3,9%) пациентов. Эти пациенты направлены в онкологическое отделение УЗ «ГУК» для консультации и лечения у онколога. У 168 (91,3%) пациентов полипы были доброкачественные. Пациентам рекомендовано динамическое наблюдение у гастроэнтеролога с проведением контрольных ЭГДС.

Выводы.

Полипы остаются частой патологией желудка, потенциально опасной ввиду возможности малигнизации. До настоящего времени полиповидные образования слизистой оболочки желудка остаются проблемой с точки зрения причин возникновения, течения, прогноза, а также тактики наблюдения и лечения этих пациентов.

Список литературы.

1. Колесникова, И. Ю. Полипы желудка и атрофический гастрит / Колесникова И. Ю., Новикова А.С. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. Вып. 31. №2. – С. 27–33.
2. Новикова, А. С. Особенности полиповидных образований слизистой оболочки желудка (обзор литературы) / А.С. Новикова, И.Ю. Колесникова // Верхневолжский медицинский журнал. – 2017. – Т. 16. – Вып. 3. – С. 39–43.

Сидиков И.И.1, Султанов Д.Д.1,2, Рахмонов Дж.К.2

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова

ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Актуальность. Согласно данным Международной федерации сахарного диабета в 2019 году в мире жили более 463 млн. человек с нарушенным обменом глюкозы и по прогнозом экспертов в середине XXI века их количество удвоится [4]. В Таджикистане СД имеется у свыше 50000 человек и эта цифра не отражает истинную его распространенность так как в условиях нашего региона не проводится широкомасштабные регулярные скрининговые мероприятия по раннему его выявлению [1].

Анализ фундаментальных исследований посвященных механизму развития диабетической ангиопатии показывает, что постоянная гипергликемия приводит не только к прямому повреждению эндотелиальных клеток вызвав тем самым значимую их дисфункцию, но и как катализатор способствует значительному росту скорости прогрессирования атеросклеротических бляшек в сосудах среднего и большого калибра [2, 3, 5]. В этой связи нередко у пациентов среднего возраста страдающие СД выявляются гораздо чаще тяжелые окклюзионно-стенотические поражения периферических сосудов по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста без гипергликемии [2, 3].

Как указывают ряд исследователи, финалом всех сосудистых поражений СД является развитие критической ишемии, требующее незамедлительного лечения [5]. Вместе с тем, несмотря на значительные успехи в этом направлении в настоящее время многие аспекты комплексной диагностики и выбора тактики лечения различных сосудистых осложнений СД остаётся нерешенной [2], особенно в условиях нашего региона, где пятилетний прирост этой патологии составляет +18,5% [1].

Цель исследования. Обобщение результатов ранней диагностики и различных стратегий лечения диабетической макроангиопатии нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Проведен ранний скрининг бессимптомных поражений магистральных артерий нижних конечностей (МАНК) среди 198 пациентов СД. Среди них 72 (36,4%) человек было мужского пола, 126 (63,6%) – женского, средний их возраст составил $54,9 \pm 1,1$ года, анамнез заболевания - $8,8 \pm 0,5$ лет. После выявления значимых поражений МАНК часть им была выполнена различные варианты лечения – консервативная терапия, ангиопластика и внутриартериальная патогенетически обоснованная ангиотропная терапия.

Скрининг наличия бессимптомного поражения МАНК первично осуществляли клинически из-за экономической его приемлемости, а в последующем при выявлении хотя-бы одного значимого поражения артерий - инструментально с помощью дуплексного сканирования и контрастной ангиографии.

Общее число пациентов получившие лечение было 47 - 20 человек с поражениями МАНК, выявленных при скрининге и 27 больные, которые самостоятельно обратились в РНЦССХ на консультацию и лечения. Среди них женщин было 11, мужчин – 36, средний их возраст составил $51,3 \pm 4,7$ лет. У 29 пациентов отмечалась ишемия IIб степени, у 15 - III степени, и у 3 пациентов IV степени.

Полученные в ходе исследования были занесены в программу Excel 2010 и подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США).

Результаты исследования и их обсуждение. Наличие поражений МАНК по типу отсутствия пульсации имело место у 10,1% обследованных, в том числе у 19,4% мужчин и 4,8% женщин ($p < 0,001$). Отсутствие пульсации на МАНК на всем протяжении отмечалось только у одного респондента мужского пола, которое носил односторонний характер. Поражение поверхностной бедренной артерии была выявлена у 3 (1,5%) обследованных – 2,8% мужчин и 0,8% женщин ($p > 0,05$).

У 5 (2,5%) обследованных была выявлена отсутствие пульсации подколенной артерии, в 2,6 раз чаще у лиц мужского пола (4,2% напротив 1,6% соответственно ($p > 0,05$)). Окклюзия задней большеберцовой артерии заняло первое место в структуре сосудистых поражений обследованной когорты и наблюдалась у 6 (3,0%) человек, в том числе - 4 (5,5%) мужчин и 2 (1,6%) женщин ($p > 0,05$).

Окклюзионное поражение тыльной артерии стопы являющиеся конечной ветвью передней большеберцовой артерии при ангиологическом обследовании была выявлена у 5 (2,5%) респондентов, в 7 раз чаще у мужчин (5,5% напротив 0,8%; $p < 0,05$). Кроме того, в 47 (27,3%) случаев отмечались сухость кожи стоп и снижение тактильной и болевой чувствительности, классифицирующие как 0 степень поражения тканей стопы по классификации Ф. Вагнера (1980). Только в одном случае отмечался синюшность кончика большого пальца правой стопы.

В зависимости от сегмента и степени поражения артерий нижних конечностей больным были выполнены открытые реваскуляризирующие операции ($n=24$), транслуминальная баллонная ангиопластика и стентирование периферических артерий ($n=17$), гибридные операции ($n=3$) и специальная патогенетически обоснованная внутриартериальная ангиотропная терапия ($n=3$).

Особенностями поражений МАНК у обследованных пациентов явились пролонгированный и многоэтажный их

характер, а также симметричное поражение сосудов с вовлечением дистальных сосудов. Из-за более пролонгированного характера сосудов нами для ангиопластики были использованы более длинные баллоны.

Все вмешательства были проведены в плановом порядке в связи чем проводилось тщательное обследование пациентов, коррекция нарушений функции внутренних органов, гомеостаза и свертывающей системы крови с учетом наличия факторов риска развития осложнений и предикторов неудачи планируемых вмешательств.

Одним из ключевых моментов в подготовке пациентов к оперативным вмешательствам явилось назначение антиагрегантов (аспирин 100 мг - клопидогрел 75 мг) и статинов (аторвастатин или розувастатин 20 мг). Кроме вышеуказанной терапии также во всех случаях проводилось гипогликемическая терапия с переводом пациентов на инсулинотерапию.

Ангиопластика одного сегмента была выполнена 8 пациентам, стентирование – в 6 случаев. Стентирование одного участка пораженной артерии с ангиопластикой дистального сегмента проводили в 4 наблюдениях. Изолированная ангиопластика артерий голени выполнена при множественном окклюзионно-стенотическом их поражении у 12 пациентов. В 7 случаев были использованы самораскрывавшиеся матричные стенты, обладающие более высокой радиальной силой и точного позиционирования. Технический успех при ангиопластике и стентирования сосудов нижних конечностей составила 100%.

В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (14,9%) пациентов развилась нагноение раны. У 39 (82,9%) больных произошел регресс признаков ишемии конечности. В 2 (8,3%) двух случаев отмечалась тромбоз аутовенозного шунта, без прогрессирования признаков ишемии. Двум больным была произведена экзартикуляция пальца и экономные ампутации конечности.

Хорошие результаты в отдаленном периоде после лечения отмечались у 41 (87,2%) пациентов, в основном после баллонной ангиопластики и гибридных операций. У 6 пациентов на фоне применения ангиотропной терапии и открытых вмешательств отмечалась удовлетворительный результат.

Выводы. Бессимптомное поражение сосудов нижних конечностей выявляется у 10,1% пациентов сахарным диабетом, чаще всего среди лиц мужского пола. Возможности современной сосудистой хирургии позволяют проводить своевременную коррекцию сосудистых поражений путем эндоваскулярной ангиопластики или реконструктивной операции. Принимая во внимание ежегодный рост числа пациентов сахарным диабетом в нашей республики с целью ранней диагностики у них бессимптомных поражений магистральных артерий нижних конечностей необходимо проведение регулярных скрининговых программ.

Литература

1. Абдуллозода, С.М. Эпидемиология сахарного диабета среди взрослого населения Таджикистана / С.М. Абдуллозода // Здравоохранение Таджикистана. – 2021. – № 4. – С. 11-23.
2. Выбор метода реваскуляризации при окклюзионно-стенотических поражениях артерий нижних конечностей / А.Д. Гаиров [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 233-244.
3. Чигринский, М.М. Характеристика поражений сосудов нижних конечностей при сахарном диабете и их классификация по международной системе TASC-II / М.М. Чигринский, М.И. Шперлинг // Известия Российской военной медицинской академии. – 2018. – Т. 37, № S1-2. – С. 348-352.
4. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition / P. Saeedi [et al.] // Diabetes Res Clin Pract. -2019. – Vol. 157. – P. 107843.
5. Prevalence, characteristics, and prognosis of peripheral arterial disease in patients with diabetic Charcot foot / L. Orioli [et al.] // J Foot Ankle Surg. – 2021. – Vol. 60, № 6. – P. 1158-1163.

Симсова В.А., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О.

СВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ И НАРУШЕНИЕМ СНА

Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», Российская Федерация, г. Москва

Актуальность.

Различные авторы утверждают, что провоспалительные цитокины могут взаимодействовать со структурами центральной нервной системы, оказывая влияние на метаболизм нейромедиаторов, нейроэндокринную функцию, нарушения сна и поведение, вызывая психические расстройства, такие как депрессия и тревога.

Аллергический ринит (АР) и депрессивные расстройства связаны с активацией воспалительных путей с участием схожих медиаторов. Об этом можно судить по наблюдению цитокин-опосредованных воспалительных процессов как при депрессии, так и АР. АР приводит к значительному ухудшению качества жизни: социальным и межличностным трудностям, потере продуктивности, что само по себе может вызвать стресс и привести к снижению настроения.

У физически здоровых пациентов с депрессией часто наблюдаются повышенные уровни нейровоспалительных маркеров, которые также присутствуют и при АР. Например, сообщалось о повышенных уровнях IL-6, IL-1 β [4] и TNF. Некоторые из этих иммунных нарушений могут изменяться при эффективном лечении депрессии.

Доказательства связи АР с обострением депрессии получены в исследованиях, показывающих временные связи между воздействием аэроаллергенов, провоцирующим и поддерживающим фактором АР, и депрессивным настроением: респонденты сами сообщали о снижении настроения в период с наибольшей концентрацией пыльцы в воздухе, причем сезонность отличается от сезонного аффективного расстройства (т.е. ухудшение настроения осенью-зимой).

Более конкретные данные получены из исследований, демонстрирующих, что наличие аллерген-специфического IgE связано с ухудшением депрессивных показателей при биполярном расстройстве в период высокой концентрации пыльцы в воздухе. АР в раннем возрасте связан с депрессией в более позднем возрасте. Более того, биполярное расстройство в старшем возрасте [5] также связано с АР.

Многочисленные исследования сезонности самоубийств подтвердили высокий весенний пик самоубийств [6]. Этот пик совпадает с пиками воздействия аэроаллергенов. Исследователи предполагают, что медиаторы иммунной системы верхних дыхательных путей, достигая головного мозга, влияют на изменение суицидального поведения: высокая концентрация аллергенов в воздухе и наличие сезонного ринита приводят к сезонному обострению суицидального риска [3]. Риск был выше у женщин и пациентов без установленного ранее аффективного расстройства.

Интраназальные глюкокортикостероиды (инГКС) снижают выделение медиаторов воспаления при АР. Использование этих препаратов связываются со значительно более низким уровнем самоубийств, в то время как такой эффект не наблюдался при использовании антигистаминных препаратов второго поколения, которые как и инГКС эффективны в отношении симптомов, но не влияют на медиаторы воспаления при АР.

Цель исследования.

В настоящее время для лечения АР применяются различные медикаменты. Цель исследования – рассмотреть эффективность терапии АР антилейкотриеновыми препаратами в зависимости от психического состояния пациента.

Материалы и методы исследования.

Работа проводилась на клинических базах кафедры оториноларингологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. В исследование включались пациенты, которые обратились за медицинской помощью к врачу-оториноларингологу.

В исследование с 2017 по 2021 г. были включены 114 пациентов с диагнозом КАР и бронхиальная астма (БА). Возраст пациентов варьировался от 18 до 65 лет. Среди участников исследования было 68 женщин и 46 мужчин.

Все участники исследования имели установленный ранее диагноз «круглогодичный аллергический ринит» в сочетании с диагнозом «бронхиальная астма» среднетяжелого или легкого течения.

В ходе исследования были использованы шкала оценки уровня депрессии пациента PHQ-2(9) и выполнено определение индекса качества сна Питтсбурга (PSQI).

Нами было проведено исследование на предмет депрессивных состояний у пациентов с аллергическим ринитом с помощью опросников PHQ-2 и PHQ-9.

В целях скрининга использовался опросник PHQ-2. Если пациент набирал 2 или 3 балла по PHQ-2, предлагалось заполнить опросник PHQ-9 для уточнения результатов скрининга. Если пациент при ответе PHQ-2 набирал ≥ 4 баллов, скрининг являлся положительным, было рекомендовано проходить дальнейшее углубленное обследование пациента на предмет депрессии и оказания соответствующей помощи в специализированных лечебных учреждениях.

При анализе PHQ-9, если пациент набирает от 5 до 9 баллов, при углубленном расспросе выявляется легкая депрессия. При сумме баллов ≥ 10 результат скрининга можно считать положительным. Если пациент набирает ≥ 15 баллов, то вероятность наличия депрессивного состояния у него приближается к 100%.

В результате заполнения опросников PHQ-2 и PHQ-9, пациенты с тяжелыми формами депрессивного расстройства (сумма баллов ≥ 10) были исключены из исследования с рекомендациями обратиться для дальнейшего обследования к врачу-психиатру.

С помощью PSQI мы проводили оценку качества сна пациентов в течение последнего месяца. Данный опросник часто используется в России, как в клинической практике, так и в научных исследованиях для первичной комплексной оценки нарушений сна [1].

PSQI позволяет оценить субъективное качество сна, латентность сна, длительность сна, субъективное восприятие достаточности количества сна, нарушения сна, использования снотворных медикаментов, нарушение дневного функционирования. При пяти баллах и менее по PSQI качество сна расценивалось как хорошее, более шести баллов – плохое.

Результаты исследования и их обсуждение.

Участники клинического исследования были разделены на 2 группы: 1 группа пациентов (57 человек) с базовой терапией интраназальным глюкокортикостероидом (инГКС) (мометазон фураат) и 2 группа (57 человек) – инГКС в комплексе с антилейкотриеновым препаратом (монтелукаст). Проводилась оценка психического состояния до и после курса терапии.

Мы проводили оценку наличия депрессии по PHQ-2 в день начала исследования: в первой группе у 32 (84,2%) больных зафиксирована депрессия, во второй группе – у 29 (76,3%); и в день контрольного обследования через три месяца: в первой группе – у 13 (36,1%), во второй группе – у 10 (28,6%).

Было выявлено, что пациенты первой группы, у которых не достигнуто полное купирование симптомов АР, при оценке своего психического состояния по опросникам PHQ- 2 и PHQ-9 соответствовали уровню легкой депрессии (13 человек). Однако при добавлении к терапии антилейкотриенового препарата симптомы АР купировались, а при оценке по опросникам PHQ- 2 и PHQ-9 скрининг на депрессивные расстройства был отрицательным.

В ходе оценки нарушений сна по PSQI получены следующие результаты: на момент начала исследования в первой группе плохое и хорошее качество сна выявлено у 29 (76,3%) и 9 (23,7%) пациентов соответственно, во второй группе – у 26 (68,4%) и 12 (31,6%) пациентов. Контрольная оценка качества сна проводилась через три месяца, и показала, что в первой группе хорошее качество сна имело место у 26 (72,2%) пациентов, плохое – у 10 (27,8%), во второй группе – у 28 (80%) и 7 (20,0%) пациентов соответственно.

Выводы.

АР может нарушать сон из-за обструктивных и молекулярных процессов (например, выработки цитокинов), что может привести к тревожным расстройствам и суицидальному поведению. При неэффективности базовой терапии

инГКС и негативной оценке психического состояния пациента, следует применять антилейкотриеновые препараты для снижения уровня депрессивной настроенности и полного купирования симптомов АР.

Список литературы.

4. Горцева А.Ю. Определение роли субъективных методов обследования в оценке качественных характеристик сна / А. Ю. Горцева, Л.С. Коростовцева, М.В. Бочкарев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2017. – № 117 (4-2) – С.34–41.
5. Amritwar, A.U. Mental Health in Allergic Rhinitis: Depression and Suicidal Behavior / A.U. Amritwar, C.A. Lowry, L.A. Brenner // Curr Treat Options Allergy. – № 4. – P.71–97.
6. Bahrini L. Inflammatory profile in depression and associated clinical and sociodemographic features in a middle-eastern north-African population / L. Bahrini, S. Ouanes, R. Ghachem // J Affect Disord. – 2016. – № 198. – P.122–126.
7. Chen M.H. Risk of bipolar disorder among adolescents with allergic rhinitis: a nationwide longitudinal study / M.H. Chen, W.H. Lan, J.W. Hsu, K.L. Huang, Y.S. Chen, C.T. Li // J Psychosom Res. – 2015. – №79 (6). – P.533–536.
8. Coimbra D.G. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis / D.G. Coimbra, ESAC Pereira, C.F. de Sousa-Rodrigues, F.T. Barbosa, F.D. de Siqueira, J.L. Araujo Santos // J Affect Disord. – 2016. – № 196. – P.125–137.

Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Ньматзода О.

СОЧЕТАННАЯ МИКРОПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ С МИНИ-ФЛЕБЭКТОМИЕЙ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

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

Республиканский научный Центр сердечнососудистой хирургии.

Актуальность. За последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении варикозной болезни. На смену открытых методов пришли и прочно закрепились такие малоинвазивные процедуры, как эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), радиочастотная облитерация, стволовая пенная склеротерапия, цианакрилатная облитерация, механохимическая облитерация и др. [1–2]. Данные методики используются для устранения стволового рефлюкса в большой подкожной вене (БПВ) и малой подкожной вене, их основных притоках, а также в перфорантных венах. После устранения магистральной или перфорантной недостаточности, как правило, требуется вмешательство на варикозно расширенных притоках. По данным литературы, выбор варианта и объема лечения варикозного синдрома достаточно вариабелен [5]. Склеротерапия – метод лечения варикозно расширенных вен путем введения в просвет химически активного агента. Традиционно она выполнялась с помощью введения жидкой формы склерозанта. По мере развития флебологии и широкого внедрения ультразвуковых методов появилась и хорошо зарекомендовала себя как более эффективная техника пенная склеротерапия (ПС). Ее преимуществами являются визуальная контролируемость распространения склерозанта, короткая продолжительность, низкая стоимость, возможность устранения тазово-гонадной и перфорантной венозной недостаточности, рецидивного варианта варикозного синдрома. Недостатками могут быть: реканализация склерозированных притоков, тромбофлебит, гиперпигментация, меттинг, некроз кожи, тромбоз глубоких вен, аллергические реакции, тромбоэмболия легочной артерии [3,4].

Мини-флебэктомия – методика лечения варикозно расширенных притоков, выполняемая чаще всего под местной анестезией в амбулаторных условиях с использованием специальных инструментов (иглы 18G, крючки для мини-флебэктомии, зажимы типа «москит»). Варикозные вены удаляются через точечные проколы и/или микроразрезы кожи. Мини-доступы дают хороший косметический результат в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами, но есть недостатки и у данного хирургического пособия. При неполном удалении варикозных вен в подкожной клетчатке могут оставаться их сегменты, в которых достаточно часто развивается локальное воспаление, причиняющее значительный дискомфорт в ближайшем послеоперационном периоде. В отдельных случаях неполное удаление может потребовать повторных вмешательств. Также следует помнить о том, что чаще всего разметка варикозно расширенных притоков производится в вертикальном положении и при смене пациентом положения на горизонтальное, анатомический ход «вен-мишеней» может меняться [4]. Данный нюанс является причиной в затруднении поиска вен и, как следствие, приводит к большому количеству доступов и травматизации тканей, а также к возникновению в послеоперационном периоде большего числа гематом и экхимозов. Другими осложнениями могут быть инфекции и меттинг, крайне редко – послеоперационное кровотечение и тромбоз глубоких вен. Такое осложнение, как послеоперационная невралгия, является результатом непреднамеренного повреждения кожных нервов кончиком иглы или крючком, которое приводит к возникновению выраженного болевого синдрома с временными сенсорными нарушениями [2]. Как можно улучшить результаты лечения варикозно расширенных притоков и снизить количество нежелательных явлений? В мировой литературе есть единичные публикации, в которых говорится об эффективности и безопасности комбинации МПСТ с мини-флебэктомией [5], но конкретных исследований, сравнивающих комбинированное пособие по устранению варикозного синдрома с изолированным использованием каждой из методик, не описано.

Цель исследования: Цель. Повысить эффективность оперативного лечения и снизить частоту осложнений у пациентов с варикозной болезнью с использованием комбинации мини-флебэктомии и пенной склеротерапии после эндовенозной лазерной коагуляции магистральных вен

Материал и методы исследования: За период с января 2019 по сентябрь 2023 года в отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра сердечно-сосудистой 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 сочетанием с пенной склеротерапией и минифлебэктомией. Пенную склеротерапию выполняли пенной формой 0,5-2% раствора Полидоканола, приготовленного по Тессари, а минифлебэктомию по методике Варади.

Результаты выполненного вмешательства оценивались клинически и с помощью дуплексного сканирования на следующий день, через 1, 6 и 12 мес. Все больные имели рефлюкс по БПВ и варикозно расширенным притокам. С целью устранения стволовой недостаточности была выбрана методика ЭВЛК. Процедура проводилась под ультразвуковым контролем под местной тумесцентной анестезией или в сочетании с НЛА. При двустороннем поражении БПВ (n = 11) операции выполнялись последовательно с интервалом в 3-7 дней. На предоперационном этапе всем пациентам в положении стоя несмываемым маркером проводилась раз метка варикозно расширенных притоков. Для ЭВЛК ствола БПВ использовалась общепринятая техника (диодный лазер, длина волны 1470 и световоды с радиальной эмиссией). После завершения обработки магистральной вены вначале выполнялась пенная склеротерапия варикозно расширенных притоков. Склерозант вводился небольшими объемами (1–2 мл) в нескольких точках, а не в большом объеме за одну инъекцию. Когда на параллельном ультразвуковом исследовании определялось заполнение пеной всех целевых вен, инъекции прекращали. Суммарный объем вводимого препарата не превышал 12 мл за операцию. После завершения пенной склеротерапии по ходу маркированных вен выполнялась тумесцентная анестезия и мини-флебэктомия по Варади. Пункционной иглой 18G или скальпелем № 11 выполнялись проколы кожи по ходу размеченных притоков. Заранее были определены «ключевые точки»: первая – ближайшая точка к месту впадения варикозно расширенного притока в магистральную вену, вторая – ближайшая точка к месту дренирования рефлюкса в глубокую венозную систему, остальные на расстоянии около 10 см друг от друга. Затем через проколы кожи крючком Варади захватывалась стенка вены и проводилась ее экстракция. Когда вена выводилась наружу, она подхватывалась зажимами типа «москит» и нерезкими тянущими движениями за краниальный и дистальный концы удалялась на максимальном протяжении. Количество проколов варьировало у разных пациентов и зависело от объема варикозного синдрома. В большинстве случаев составляло 5–7. После окончания данного этапа оперированную ногу обрабатывали раствором перекиси водорода и анти септика. Ушивание пункционных отверстий не требовалось ввиду их малого диаметра. В местах точечных проколов накладывались стерильные салфетки и надевался компрессионный чулок 2-го класса. Непосредственно после операции на протяжении 30–60 мин пациентам рекомендовалась спокойная ходьба. Контрольные ДС выполняли на следующий день, через 1, 6 и 12 мес. после вмешательства или по необходимости при возникновении жалоб.

Результаты: ЭВЛК БПВ была успешно выполнена во всех случаях. В сроки наблюдения до 12 мес. Успех выполнения склеротерапии и мини-флебэктомии также был достигнут во всех случаях. Через 3 мес. на 4 (5,2%) конечностях были обнаружены видимые притоки БПВ, которые успешно устранились повторной ПС. На остальных конечностях дополнительных вмешательств не потребовалось. За весь период наблюдения ни в одном случае не было отмечено возникновения тромбоза глубоких вен, тромбофлебита, коагул (специфических сгустков в просвете склерозированной вены, «склеротромбов», которые вызывают гиперпигментацию, уплотнение вены и болезненность по ее ходу) и гиперпигментаций. Дополнительно отмечено уменьшение общего объема и выраженности подкожных гематом и экхимозов. Вышеуказанные симптомы купировались самостоятельно в короткие сроки и не требовали дополнительного лечения. Также отмечено уменьшение дискомфорта во время тумесцентной анестезии ввиду меньшего его объема.

Выводы: Пенная склеротерапия в сочетании с последующей мини-флебэктомией как метод устранения варикозного синдрома при лечении пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей может обеспечить дополнительные преимущества в виде уменьшения объема и травматичности мини-флебэктомии, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rasmussen L.H., Bjoern L., Lawaetz M., Lawaetz B., Blemings A., Eklöf B. Randomised clinical trial comparing endovenous laser ablation with stripping of the great saphenous vein: clinical outcome and recurrence after 2 years. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010;39(5):630–635.
2. Kolluri R., Hays K.U., Gohel M.S. Foam Sclerotherapy Augmented Phlebectomy (SAP) Procedure for Varicose Veins. *EJVES Short Rep.* 2018;41:16–18.
3. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И., Покровский А.В., Карпенко А.А., Золотухин И.А. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология.* 2018;(3):146–240.
4. Баешко А.А., Тихон С.Н., Крыжова Е.В., Маркауцан П.В., Вартанян В.Ф., Дечко В.М. и др. Пенная склеротерапия: история развития и современные данные. *Новости хирургии.* 2012;20(4):101–110.
5. Wang J.C., Li Y., Li G.Y., Xiao Y., Li W.M., Ma Q. et al. Comparison of concomitant tributary laser ablation and foam sclerotherapy in patients undergoing truncal endovenous laser ablation for lower limb varicose veins. *J Vasc Interv Radiol.* 2018;29(6):781–789.

Маллаева Н.А., Кадамалиева М.Д., Соибова С.Д
ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Медицинский факультет, ГОУ «ТНУ». Таджикистан

Актуальность. Последние годы ведется активная дискуссия о тактике ведения пациенток с эктопиями шейки

матки. Рядом отечественных исследователей эктопия шейки матки позиционируется как состояние гистофизиологической нормы, с чем нельзя не согласиться [1]. Однако разнообразие клинических картин, размеров и особенностей течения данных состояний вызывают интерес большого числа клиницистов. А так же на неосложненные и осложненные, внесло определенную ясность в рассматриваемую нами проблему [3]. Характерные признаки физиологической эктопии. Ее большие размеры и отсутствие признаков нормальной метаплазии в позднем репродуктивном возрасте.

По данным ряда авторов факторами, инициирующими нарушение процессов метаплазии, являются иммунологические, гормональные (гиперэстрогения), инфекционные [2,3,5]. Одним из экзогенных факторов, влияющих на физиологическое течение эктопии являются инфекционные агенты, сексуально-трансмиссивные заболевания в частности. Описаны особенности состояния эктопии при хламидийной и микоплазменной инфекции, герпетической инфекции. Общеизвестным является факт высокого канцерогенного потенциала вируса папилломы человека. Мы посчитали целесообразным соотнести особенности течения физиологической эктопии шейки матки с наличием тех или иных инфекционных заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния инфицирования шейки матки вирусом папилломы человека на течение физиологической эктопии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами проведено обследование 76 пациенток с кольпоскопически констатируемыми эктопиями шейки матки.

Результаты исследования и их обсуждение. Для изучения особенностей течения и определения инициирующих факторов проводилось изучение анамнеза заболевания, особенностей менструальной и репродуктивной функции.

Средний возраст пациенток составил 21,2±0,2 года. Учитывая относительно ранний репродуктивный возраст данной группы, основная масса наших больных не успела реализовать свою репродуктивную функцию. Особенности менструальной функции не отличались от таковых в популяции. Обращало на себя внимание большое число половых партнеров 3,4±0,1 на одну пациентку и ранний возраст начала половой жизни 16,7±0,2 года. Из используемых методов контрацепции у данной группы пациенток характерно отсутствие таковой у 45,2%. Из применяемых эффективных методов контрацепции использовалась оральная 18,4% и внутриматочная 11%, остальные пациентки применяли барьерную контрацепцию.

При анализе выявленных сексуально-трансмиссивных заболеваний у пациенток с эктопиями шейки матки чаще всего встречалась хламидийная, микоплазменная инфекции и генитальный герпес, что подтверждает мнение некоторых исследователей о наличии у пациенток с осложненными эктопиями факторов риска, идентичных факторам риска развития ПИП.

Таблица 1.

Выявляемые сексуально-трансмиссивные заболевания

Заболевание	Пациентки с эктопиями шейки матки Абс./% n=173	Пациентки с папиллома-вирусными поражениями шейки матки Абс./% n=317	Пациентки без патологии шейки матки (статистические данные) %
Сифилис	1 (0,5)	5 (1,6)	0,1
Гонорея	1 (0,5)	7 (2,2)	0,4
Хламидиоз	4 (2,3)	20 (6,3)	3,3
Микоплазмоз	6 (3,5)	16 (5,0)	2,7
Уреоплазмоз	7 (4,1)	21 (6,6)	3,1
ВПЧ	21 (12,3)	49 (15,3)	7,2
Кандидоз	47 (27,6)	187 (58,6)	11,3
Генитальный герпес	33 (19,1)	66 (18,9)	11,6
Цитомегаловирусная инфекция	30 (17,3)	54 (16,6%)	6,4

Как видно из данных таблицы выявляемость сексуально-трансмиссивных заболеваний среди пациенток с эктопиями по некоторым нозологическим формам выше чем среди пациенток без патологии шейки матки и незначительно ниже по сравнению с больными с папилломавирусными поражениями шейки матки. Основным методом скрининга для выявления эктопий шейки матки нами был избран кольпоскопический в виду его высокой информативности и практической доступности. Для исследования были отобраны пациентки, имевшие на шейке эктопии цилиндрического эпителия с начальной плоскоклеточной метаплазией и незавершенной метаплазией.

В зависимости от степени выраженности пролиферативных процессов все больные были разделены на две репрезентативные группы: 1 группу составило 90 женщин с эктопиями шейки матки больших и средних размеров без признаков нормальной эпидермизации, 2 группу составили 73 больных, у которых эктопия находилась в стадии выраженной эпидермизации.

При обследовании наших больных с применением цитологического исследования полученные результаты были ожидаемы. При градации их по различным цитологическим результатам основное число пациенток из 1 группы имели 1 класс мазка по Папаниколау. У каждой третьей имелся 2 тип мазка, и только 7% заключений имели 3 класс мазка. Для 2 группы характерно преобладание 1 типа мазка по Папаниколау, что обусловлено физиологическим течением процесса.

Особого интереса, по нашему мнению заслуживает тестирование пациенток на ДНК вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска. В 1 группе положительными на ДНК ВПЧ оказалось 85% пациенток, во 2 группе 34,2%. Полученные данные можно было расценить как наличие латентной формы папилломавирусной инфекции, которая, по мнению ряда авторов не требует лечения.

Для определения дальнейшей тактики ведения больных мы посчитали целесообразным продолжить дальнейшее

обследование на ВПЧ методом гибридного захвата с определением косвенной вирусной нагрузки. Среди пациенток 1 группы, положительных на ДНК ВПЧ количественное определение вирусной нагрузки показало, что в среднем они превышали норму в 398,2+34,1 раза.

Для пациенток 2 группы вирусная нагрузка была незначительной и составила 23,4+7,1. Данное исследование позволило нам предположить, что возможное снижение вирусной нагрузки с применением противовирусных средств (Гроприносин) сможет стимулировать процессы нормальной метаплазии у данной группы больных. После получения информированного согласия пациенткам с клинически значимой вирусной нагрузкой (более 100 RLU) проводилась системная противовирусная терапия препаратом широкого спектра действия Гроприносин до 8 таблеток в 4 приема 14 дней с переходом на поддерживающую дозу по 1 таблетке 2 раза в день. Длительность лечения составляла от 2 недели до 4.

Повторное определение вирусной нагрузки проводилось через 1 месяц после окончания лечения. Нами констатировано, что в 1 группе пациенток отмечено достоверное снижение вирусной нагрузки с 398,2 RLU до 176,2 RLU ($p < 0,05$). Однако снижение показателей косвенной вирусной нагрузки еще нельзя считать результатом лечения. При наблюдении за пациентками с выраженными эктопиями без признаков нормальной клеточной метаплазии в течении 12 месяцев, процесс плоскоклеточной пролиферации прогрессировал и практически завершился. Переход начальной метаплазии в незавершенную и завершенную у 45% пациенток из 1 группы.

Вывод. Таким образом, на основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что инфицирование шейки матки вирусами папилломы человека, особенно высокоонкогенных типов, препятствует нормальному процессу метаплазии.

Основным инфекционным фактором, осложняющим физиологическое течение эктопии шейки матки является инфицирование ее вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска, причем с высокой вирусной нагрузкой.

Список литературы

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В. Н. Прилепской.- 3-е изд.- М.: МЕДпресс, 2018. – 432 с.
2. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Калоева З.В. Оптимизация комплексной терапии патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека /А.Н. Иванян, Н.Ю. Мелехова, И.Н. З.В. Калоева// Гинекология. – 2017. – том 5. - №5. – с.28 – 29.24.
3. Мелехова Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: Дисс...д-ра м. н.- М.-2015.-297 с.
4. Berkhout R. J. M., Bouwes Bavinck J. N., ter Schegget J. Persistence of **Human Papillomavirus** DNA in Benign and (Pre)malignant Skin Lesions from Renal Transplant Recipients. *J. Clin. Microbiol.* 38: 2087-2096, 2018.
5. Bosch F. X., Lorincz A., Munoz N., Meijer C. J. L. M., Shah K. V. The causal relation between **human papillomavirus** and cervical cancer. *J Clin Pathol* 55: P.244-265, 2017.

Стяжкина С. Н., Бажина Ю. С., Гайнетдинова И. И.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск, Россия

Актуальность.

Бронхогенные кисты являются врожденными пороками развития бронхиального дерева (разновидность бронхолегочного порока развития передней кишки). Они являются редкими поражениями, на долю которых приходится всего 5-10%. Причиной, приводящей к их возникновению, является нарушение развития легкого во время эмбрионального периода. Частота кист средостения одинакова у мужчин и женщин, тогда как сообщается, что к внутрилегочным кистам склонны мужчины. Кисты могут проявляться в виде образования в средостении, которое может увеличиваться и вызывать локальное сдавливание. Доброкачественные опухоли средостения в основном протекают бессимптомно, а первые симптомы проявляются при сдавлении окружающих органов, проявляющиеся нарушением их функции. Основные жалобы пациентов при наличии кисты – это кашель, одышка, тяжесть и дискомфорт за грудиной. Сама бронхогенная киста не опасна для пациента, в то время как при развитии осложнений появляется риск для жизни.

Цель исследования – рассмотреть отдаленные результаты лечения бронхогенной кисты средостения и на примере клинического случая продемонстрировать этапы диагностики и лечения.

Материалы и методы

Изучалась первичная медицинская документация: амбулаторная карта, история болезни стационарного больного, протоколы операции, результаты лабораторных, инструментальных и гистологических исследований.

Результаты и их обсуждение

Пациентка И., 66 лет, госпитализирована в торакальное отделение БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР» города Ижевска. При этом жаловалась на тяжесть за грудиной, кашель, за последние несколько месяцев похудела на 17 кг. Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Лимфоузлы, щитовидная железа без особенностей. Суставы не изменены, при пальпации безболезненные, движения в полном объеме. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 70 уд/мин, АД 130/70 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования.

Прицельная рентгенография (рис 1.). Заключение: подкожная эмфизема по латеральной поверхности грудной клетки. Плевральная полость дренирована. Пневмоторакс не определяется. Купол диафрагмы нечеткий, ровный. Боковой синус затенен.



Рис. 1 Прицельная рентгенография грудной клетки

Компьютерная томография органов грудной полости: в переднем средостении слева на протяжении от нижнего края дуги аорты и до верхушки сердца выявлено мягкотканое образование с четкими слегка неровными контурами до 90*70*15 мм.

На следующий день после госпитализации проведено торакоскопическое оперативное вмешательство. Предварительный диагноз: «объемное образование средостения. Киста, липома?». Образование было пропунктировано, аспирировано 70 мл бурого содержимого, в последующем образование эксцизировано и отправлено на гистологическое исследование, где диагноз бронхогенной кисты был верифицирован. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Контрольный осмотры через 6 и 12 месяцев без отрицательной динамики. Через 3 года состояние с положительной динамикой. Больную больше не беспокоит кашель, одышка, качество жизни значительно улучшилось. По данным СКТ: объемное образование не визуализируется.

Макропрепарат: препарат представлен стенкой многокамерной кисты 7*5*3 см отправлен на гистологическое исследование. Макроскопически представляют тонкостенные образования, заполненные бурой жидкостью. При гистологическом исследовании: полость кисты изнутри выстлана многослойным плоским эпителием, в других участках кисты внутренняя выстилка представлена однослойным эпителием (рис.2, рис.3).

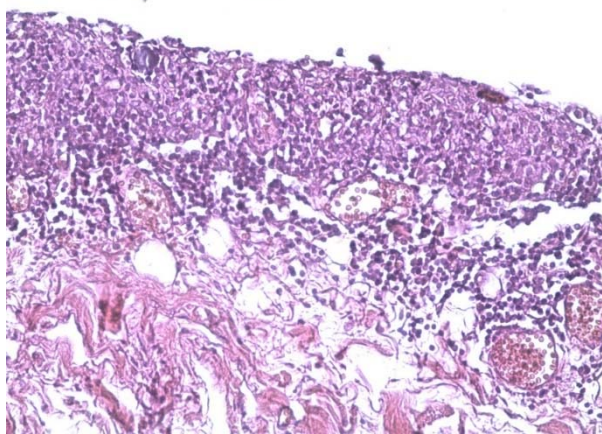


Рис.2 Киста изнутри выстлана многослойным плоским эпителием. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение X200

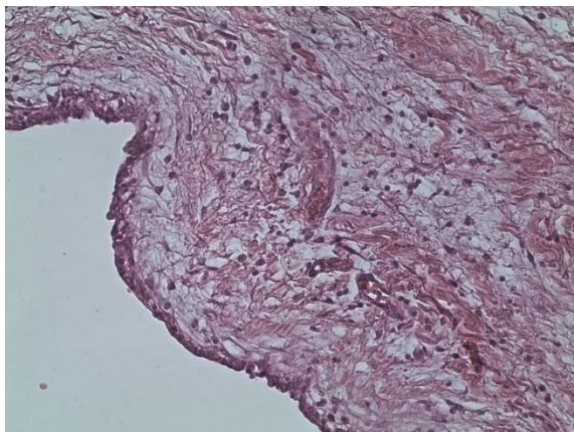


Рис.3 В других участках кисты внутренняя выстилка представлена однослойным эпителием. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение X200

Выводы

Бронхогенная киста средостения часто имеет скрытое течение или стёртую клиническую картину, что затрудняет постановку диагноза. Кисты средостения имеют высокую вероятность инфицирования, с риском развития осложнений, поэтому оперативное лечение необходимо проводить неотложно после постановки диагноза. Оптимальным методом лечения этой патологии является торакоскопическое удаление кисты. При своевременной диагностике и оперативном вмешательстве качество жизни пациентов удастся сохранить на удовлетворительном уровне.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Опухоли средостения». Российское общество клинической онкологии Москва; 2020:6-15.
2. Потешкина Н. Г., Трошина А. А., Маслова М. Ю., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Желнова Е. И. Образования средостения в клинической практике // *Медицинский Совет*. 2018; 5:104-108. doi:10.21518/2079-701X-2018-5-104-108
3. Леншин А. В., Перельман Ю. М., Ильин А. В., Побережский А. В., Игнатьева Е. А., Крайнов С. А. Кисты и кистообразные образования средостения: клиничко-рентгенологические проявления // *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2022;1(86):102-119. doi:10.36604/1998-5029-2022-86-102-119
4. Сушко А. А., Прокопчик Н. И., Можейко М. А., Кропа Ю. С., Богатырев И. Ч. Диагностика и лечение опухолей и опухолевидных образований средостения // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2015;3(51):51-55.
5. Зубрицкий В. Ф., Токин С. А., Агеев А. Г., Кипренский А. Ю., Кипренский Ю. В., Колесникова А.Г., Арефьев М.Н. Диагностика и хирургическое лечение кист и первичных опухолей перикарда и средостения // *Медицинский вестник МБД*. 2014;1(68):8-13. EDN: RTVUWF.

Стяжкина С.Н., Жарова А.А., Шрифиллина Э.Р.

СОЧЕТАНИЕ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ И ДИФFUЗНО-УЗЛОВОГО ЗОБА: ВЫБОР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ижевская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия.

Актуальность.

Токсическая аденома щитовидной железы (болезнь Пламмера) – патологическое новообразование щитовидной железы, сопровождающееся автономной гиперпродукцией тиреоидных гормонов. Заболевание способствует возникновению выраженного гипертиреоза, который развивается в связи с высоким уровнем трийодтиронина (Т3) в крови, в меньшей степени – уровнем тироксина (Т4). Тиреотоксическая аденома у женщин встречается в четыре раза чаще, чем у мужчин, иногда может наблюдаться у детей. В силу клональности опухолевого процесса противоположная аденоматозной доля щитовидной железы может находиться в состоянии функциональной атрофии.

Цель исследования.

Описать два клинических случая:

- 1) Пациентка Б., 51 год, с диффузно-узловым зобом второй степени по классификации экспертов Всемирной организации здравоохранения правой доли щитовидной железы и токсической аденомой левой доли, манифестным тиреотоксикозом.
- 2) Пациентка И., 59 лет, с диффузно-узловым коллоидным зобом первой степени по классификации экспертов Всемирной организации здравоохранения и автономным узлом правой доли, субклиническим тиреотоксикозом.

Материал и методы исследования.

Пациент Б., 51 и пациентка И., 59 находились на стационарном лечении в хирургическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», куда были направлены после обследований у эндокринолога и онколога.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический случай №1. Пациентка И., 59 лет, с диффузно-узловым коллоидным зобом первой степени по

классификации экспертов Всемирной организации здравоохранения и автономным узлом правой доли, субклиническим тиреотоксикозом находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». При поступлении уровень ТТГ – 0,026 мкМЕ/мл, свободного Т4 – 16,862 пмоль/л. Жалобы пациентки: першение в горле, быстрая утомляемость, периодически умеренно выраженная общая слабость. Больная наблюдалась у эндокринолога, узлы в щитовидной железе определялись в течение трех лет. При физикальном обследовании в нижнем полюсе правой доли щитовидной железы определялся узел размером $2,5 \times 2,0 \times 2,0$ см, округлый, эластической консистенции, безболезненный, смещаемый, не связанный с окружающими тканями. Кожа шеи – физиологического цвета. Проведены инструментальные методы исследования: УЗИ, тонкоигольная пункционная биопсия и сцинтиграфия щитовидной железы. Согласно результатам УЗИ, щитовидная железа с неровными контурами, увеличена в размерах, отмечены множественные узловые образования изотехогенной, неоднородной структуры максимальным размером в нижнем полюсе справа $2,4 \times 1,6 \times 2,0$ см с перинодулярным типом кровотока при цветовом доплеровском картировании, аналогичные структуры слева до 1,6 см, узловые образования соответствовали категории 2 по классификации TI-RADS. Пациентке выполнена сцинтиграфия, подтвердившая диффузно-узловое поражение правой доли щитовидной железы. Размеры правой доли щитовидной железы увеличены. Контрастирование правой доли повышено. Распределение активности радиофарм препарата очагово-неравномерное из-за повышенной фиксации изотопа в пальпируемом образовании, расположенном в среднем и нижнем сегментах правой доли, – «горячий» узел. Контрастирование левой доли снижено. Распределение активности радиофармпрепарата очагово-неравномерное (рис. 1). Пациентке И. выполнена тонкоигольная пункционная биопсия узла правой доли щитовидной железы под контролем УЗИ. Цитологическое заключение: узловой коллоидный зоб с кистозно-геморрагическими изменениями, категория II по цитологической классификации Bethesda. Больной проведена гемитиреоидэктомия справа с перешейком. Интраоперационно: левая доля незначительно увеличена, содержит несколько узлов до 1,5 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, не сращенных с окружающими тканями, правая доля незначительно увеличена, содержит несколько узлов от 0,6 до 1,5 см в диаметре, в ее нижнем полюсе обнаружен наиболее крупный узел размером $2,5 \times 2,5 \times 2,0$ см, эластической консистенции, не проросший в окружающие ткани. Пациентка И. выписана в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай №2. Пациентка Б., 51 год, с диффузно-узловым зобом второй степени по классификации экспертов Всемирной организации здравоохранения правой доли щитовидной железы и токсической аденомой левой доли, манифестным тиреотоксикозом, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР», куда была направлена после обследований у эндокринолога и онколога. При поступлении уровень ТТГ – 1,2 мкМЕ/мл, общего Т4 – 14,5 пмоль/л. Согласно результатам УЗИ, щитовидная железа с неровными контурами, увеличена в размерах. Так, правая доля: толщина – 3,0 см, длина – 6,5 см, ширина – 3,0 см, объем – 34,0 см³, левая доля: толщина – 2,5 см, длина – 5,3 см, ширина – 3,2 см, объем – 23,0 см³, перешеек – 1,2 см, суммарный объем – 57,0 см³. Щитовидная железа изотехогенная, эхоструктура неоднородная. Очаговые изменения: в правой доле – крупный узел изотехогенной неоднородной структуры, занимающий весь объем доли, в левой доле – множественные аналогичные очаги до 3 см с перинодулярным типом кровотока при цветовом доплеровском картировании, узловые образования соответствовали категории 2 по классификации TI-RADS. Пациентке Б. выполнена сцинтиграфия, подтвердившая тотальное поражение щитовидной железы. На статической тиреоидосцинтиграмме в переднезадней проекции щитовидная железа визуализировалась низко над грудиной. Размеры правой доли увеличены. Проведена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия узлов щитовидной железы: узловой коллоидный зоб с кистозно-геморрагическими изменениями, категория II по цитологической классификации Bethesda. Пациентке Б. выполнена тиреоидэктомия. Интраоперационно: правая доля – $6,0 \times 5,0 \times 4,0$ см, эластической консистенции, с множеством узлов до 1,0 см в диаметре, левая доля – $5,0 \times 4,0 \times 3,0$ см, эластической консистенции, с несколькими узлами до 3,0 см в диаметре. Больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

Приведенные клинические случаи позволяют сделать следующие выводы.

1. При наличии множественных узловых образований по данным УЗИ в щитовидной железе и тиреотоксикоза обязательным методом исследования является сцинтиграфия, которая позволяет определить «холодные» и «горячие» узлы, от чего будет зависеть оперативная тактика.

2. При наличии «горячего» узла или множественных узлов одной доли и «холодных» узлов другой доли, соответствующих категориям I–III по цитологической классификации Bethesda, отсутствии компрессионного синдрома возможно удаление только одной доли щитовидной железы, содержащей «горячий» узел.

3. При наличии «горячих» узлов по результатам сцинтиграфии в обеих долях щитовидной железы, соответствующих категории IV и выше по цитологической классификации Bethesda, компрессионного синдрома выполняется тиреоидэктомия.

4. При сочетании токсической аденомы одной доли щитовидной железы и диффузно-узлового зоба другой доли выбирается максимально щадящая хирургическая тактика, при этом преимущество отдается гемитиреоидэктомии. Рецидива токсической аденомы в оставленной доле щитовидной железы вряд ли стоит ожидать. Для ее развития нужны годы и даже десятилетия. Гемитиреоидэктомия позволяет не только сохранить гормональную активность оставшейся доли, но и снизить риск повреждения возвратного гортанного нерва, развития послеоперационного гипопаратиреоза.

5. После гемитиреоидэктомии начальная доза L-Тироксина, применяемого в качестве гормональной заместительной терапии, должна быть минимальной – 50 мкг/сут, с дальнейшей ее коррекцией через полтора месяца в зависимости от уровня ТТГ, Т3, Т4. После тотальной тиреоидэктомии доза L-Тироксина должна составлять не менее 100 мкг/сут. Подбор дозы осуществляется в зависимости от массы тела, возраста и сопутствующей патологии. При правильно подобранной дозе L-Тироксина качество жизни больных после тиреоидэктомии не снижается.

Список литературы.

1. Абдулхабирова Ф.М., Безлепкина О.Б., Бровин Д.Н. и др. Клинические рекомендации «Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода». Проблемы эндокринологии. 2021; 67 (3): 10–25.
2. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Новатор медицины Генри Стэнли Пламмер и столетие его главного открытия. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2013; 3: 244–254
3. Стяжкина С.Н., Идиатуллин Р.М., Арсланов Р.Р. и др. Современные методы лечения доброкачественных опухолей щитовидной железы. Таврический медико-биологический вестник. 2020; 23 (2): 227–231.
4. Трошина Е.А., Свириденко Н.Ю., Ванушко В.Э. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (болезнь Грейвса), узловым/многоузловым зобом. М., 2021.

Стяжкина С.Н., Гумарова Н.В., Соломина Ю.И.

СУРНИНА ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА - СПЕЦИАЛИСТ, ЗА КОТОРЫМ БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНЫ

Кафедра факультетской хирургии Ижевской Государственной
медицинской академии. Российская Федерация.

Актуальность.

4 апреля 1974 года в городе Ижевск родилась Ольга Владимировна Сурнина - доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории по ультразвуковой диагностике.

Именно благодаря Ольге Владимировне современной России доступен путь к малоинвазивным способам диагностики серьёзных заболеваний молочных и щитовидных желёз. Сурнина О. В. - единственный в Удмуртии доктор медицинских наук - врач ультразвуковой диагностики, а также ценный преподаватель, который мотивирует и прививает любовь к медицине.

Цель исследования.

Изучить личную, профессиональную и научную биографию доктора медицинских наук, профессора О.В. Сурниной.

Материал и методы исследования.

Изучение архивных документов ИГМА, теоретической литературы, научных статей.

Результаты исследования и их обсуждение.

После окончания 57 школы города Ижевска в 1991 году поступила в ИГМА на лечебный факультет. Окончив институт, поступила в ординатуру на кафедру внутренних болезней с курсом лучевой диагностики и ВПТ. Ольга Владимировна окончила ординатуру в 1999 году и начала работать врачом ультразвуковой диагностики в БУЗ УР "ГКБ 6 МЗ УР" города Ижевска.

В 2006 году защитила кандидатскую диссертацию по теме "Мониторинг функциональных нарушений при хирургическом лечении язвы желудка".

Сурнина О.В. с 2007 года работает заведующей отделением УЗД "БУЗ УР РКДЦ МЗ УР", совмещая работу на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ассистентом.

В 2009 году становится врачом высшей квалификационной категории.

В 2016 году Ольга Владимировна получила должность доцента.

Она автор более 100 публикаций, 25 патентов на изобретения, 46 научных статей, издала 3 монографии в соавторстве с профессором, заведующим кафедрой З. М. Сигалом, одна из которых выпущена за рубежом.

С 2012 года Ольга Владимировна является председателем сессии врачей ультразвуковой диагностики общества врачей лучевой диагностики МЗ УР. С 2014 года - главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике МЗ УР. Награждена грамотой Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

Всю свою жизнь она посвятила медицине. С 14 лет работала санитаркой операционного отделения в больнице Автозавода. Все студенческие годы простояла за спиной врачей ультразвуковой диагностики.

Как главный внештатный специалист по УЗД в республике, Ольга Владимировна контролирует обновление парка ультразвукового оборудования наших медицинских учреждений, в том числе детских больниц. Благодаря её рекомендациям, больницы Удмуртии оснащены самыми совершенными и лучшими ультразвуковыми сканерами в России.

С приходом Сурниной О.В. на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии появилась уникальная возможность изучения ультразвуковой патотопографической анатомии в условиях клиники.

Выводы.

Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории по ультразвуковой диагностике О.В. Сурнина с раннего возраста отличалась тягой к знаниям, любовью к медицине, а в последующем и к науке. Её изобретения находят применение в практической деятельности врача. Ольга Владимировна - эрудированная личность, высококлассный специалист и отличный преподаватель. Как говорит сама Ольга Владимировна, главное увлечение её жизни- любимая работа и наука!

Список литературы.

1. Ситников В.А., Стяжкина С.Н. Знать и помнить / В.А. Ситников, С.Н.Стяжкина // Библиографическое издание о преподавателях хирургических кафедр ИГМИ и ИГМА. - 2017. С. 100-101.

Стяжкина С.Н., Валиев Р.Р., Имаев А.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И СПОСОБ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ В ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ИЖЕВСК

Кафедра факультетской хирургии ФГБОУ ВО «ИГМА» МЗ УР, г. Ижевск.

Актуальность. Панкреатит – это полиэтиологическое заболевание, которое возникает вследствие поражения

поджелудочной железы под действием механических, нейрогуморальных и токсических факторов.

Диагностирование пациентов с диагнозом панкреатит на территории Российской Федерации составляет приблизительно 27,4-50 случаев на 100 тысяч населения, а уже по миру данный показатель имеет 1,6-23 случая соответственно.

Распространенность заболевания и частая встречаемость у лиц репродуктивного возраста 39-50 лет является главной проблемой в структуре патологии хирургического профиля, занимая третье место среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, уступая только аппендициту и осложненному острому холециститу.

Воспаление поджелудочной железы как нозологическая единица заболевания хоть и не несет столь страшной опасности для жизни пациента, но уже осложненные формы, такие как септический и токсический панкреатит [1] и возникшая на их фоне полиорганная недостаточность [2] способны за короткий период времени привести пациента к летальному исходу.

Раннее определение острого панкреатита у пациентов в исключительных случаях затруднительно в силу полиэтиологической природы заболевания, а в некоторых случаях и невозможно, но своевременное прогнозирование и выбор наилучшей тактики лечения является одной из ключевых задач, способных уменьшить риск возникновения острого панкреатита [3].

Цель работы.

Оценить диагностические критерии, проявляющиеся у пациентов с диагнозом панкреатит и тактику лечения в первой республиканской клинической больнице г. Ижевск.

Задачи.

Провести комплексный анализ и статистическую обработку материалов, взятых из архива. Выявить закономерности жалоб, результатов физикальных, инструментальных и лабораторных методов исследования, а также способов лечения данных пациентов.

Материалы и методы.

В исследование вошли истории болезней пациентов, переболевших различными формами панкреатита, взятых из архива в БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" отделения хирургии за сентябрь 2023 года.

Результаты исследования и их обсуждение.

За один календарный месяц случаев обнаружения пациентов с панкреатитом составило 15 человек, из них мужчин было – 12 (80%), а женщин – 3 (20%). Средний возраст мужчин составил $58,2 \pm 5,5$ лет, женщин $46,3 \pm 6,7$ лет соответственно. Среднее время пребывания в стационаре (койко-день) – $19,8 \pm 2,36$ дней. При этом преобладали следующие нозологии острого панкреатита: хронический фиброзно-кистозный панкреатит – 20%, идиопатический панкреатит – 60%, асептический панкреонекроз с идиопатическим панкреатитом – 6,67%, отечная форма панкреатита – 13,33%.

Основные жалобы всех пациентов при поступлении: общая слабость, боли в области живота, опоясывающего характера, наиболее выраженная в верхних отделах живота, а также вздутие и тошнота без рвоты. Также встречались единичные признаки: отсутствие стула в течение 3 дней после рвоты, сухость во рту, постоянные сжимающиеся боли и чувство движения жидкости в малом тазу.

При осмотре выявились следующие данные: общее состояние находилось в средней тяжести, сознание ясное, положение вынужденное (коленно-локтевое), кожные покровы бледноватые, обычной влажности, склеры физиологической окраски, ярких патологических высыпаний не обнаружилось, присутствовали положительные поджелудочные симптомы.

При пальпаторных и перкуторных методах исследования зачастую определялось выступание края печени из под реберной дуги на 1-2-3 см, из анамнезов пациентов следует, что количество выпитого алкоголя в среднем доходило до 2-2,5 литров еженедельно.

Исследование критически важных показателей для состояния пациента показал: пульс $92 \pm 2,2$ удара в минуту, ЧДД $17 \pm 2,2$ акта в минуту, сатурация $96,2 \pm 0,45\%$, артериальное давление систолическое $128 \pm 12,5$ мм рт.ст., а диастолическое $73 \pm 15,3$ мм рт.ст.

Лабораторный анализ крови показал следующие изменения, а именно эритропению $3,2 \pm 0,45 \cdot 10^{12}$, лейкопению $6,6 \pm 2,1 \cdot 10^9$, тромбоцитопению $243 \pm 45 \cdot 10^9$, сниженный гемоглобин $112 \pm 9,8$ г/л, СОЭ в пределах нормы, а при исследовании биохимического анализа обнаружались печеночные признаки, а именно АСТ $72,7 \pm 17,5$ ЕД/л и АЛТ $75,9 \pm 22,4$ ЕД/л, все остальные показатели в пределах нормы.

Применение ультразвукового исследования хоть и является доступным и простым в использовании специалистами, но в вопросе панкреатита эффективность его мала и составляет всего лишь 45-65%, обнаруживая зачастую только следы жидкости в брюшной полости, повышенную эхогенность и неоднородность поджелудочной железы, что не позволяет достоверно и оперативно установить диагноз, требуя более детального исследования пациента путем прохождения МРТ, эффективность которого достигает 85-90% случаев. МРТ, являясь «золотым стандартом» в исследовании панкреатита, позволяет обнаружить следующее: объемные образования (абсцесс) головки поджелудочной железы, свободную жидкость в брюшной полости, диффузные изменения в поджелудочной железе и печени, а также скопление значительного количества жидкости между петлями тонкого кишечника и формирующийся панкреонекроз.

Дополнительные проведенные исследования по типу ФГДС выявили язву луковицы двенадцатиперстной кишки на задней стенке размерами от 0,1-0,8 см, а также расплавление фатеров сосочка. КТ диагностировал выраженный интерстициальный отек паренхимы и зоны неравномерного контрастирования головки поджелудочной железы.

Оперативное диагностирование и немедленное назначение курса терапии позволило врачам «1 РКБ», обходиться консервативным лечением в 80% случаях, который включает: примените метронидазола 0,5%, дроперидина по 1 таблетки 2 раза в день и омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Оставшиеся 20% пациентов нуждались в проведении оперативных вмешательств, а именно: дренирование и санация сальниковой сумки и полости кисты поджелудочной

железы под контролем УЗИ, а также антероградное эндопротезирование желчных протоков с продольной панкреато-еностомией, под комбинированным эндотрахеальным наркозом.

Выводы.

- 1) Диагноз «Панкреатит» был выставлен преимущественно мужчинам старше 55 лет.
- 2) Нозология панкреатита была представлена различными формами, а именно отечной, идиопатической и хроническим панкреатитом с кистой.
- 3) Своевременная диагностика и лечение позволили обойтись консервативным методом лечения у большей части пациентов.
- 4) МРТ является самым эффективным методом исследования при подозрении на панкреатит по сравнению с другими видами инструментальных исследований.
- 5) Выявленные диагностические критерии в жалобах, физикальных методах, а также лабораторных и инструментальных методах исследования позволяет оперативно и качественно диагностировать панкреатит и начать своевременное лечение, снижая риск осложнений.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Лунина С.Д., Камышова А.Р. Панкреонекроз, как осложнение острого панкреатита. // Проблемы науки. 2016. № 11 (12). С. 46- 48.
2. Стяжкина С.Н., Сафиуллина А.Р., Шаяхметова Л.Р., Ким А.М., Потеряева О.А. Панкреонекроз в послеоперационном периоде у больных с эндокринной патологией// Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. № 8- С. 125-129.
3. Глушков Н.И., Скородумов А.В., Сафин М.Г., Пахмутова Ю.А., Субботин А.А., Гурина А.В., Бельский И.И. Выбор малоинвазивного вмешательства в лечении острого деструктивного панкреатита // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №3. С. 43-45.

Стяжкина С.Н., Ленцова С.И., Горбунова М.А.

СИГАЛ ЗОЛТАН МОЙШЕВИЧ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ И ИЗОБРЕТАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии. Российская Федерация.

Актуальность.

26 сентября 1944 года в г. Казани родился выдающийся научный деятель, доктор медицинских наук, изобретатель, профессор - Сигал Золтан Мойшевич. Именно благодаря неустанному обучению студентов З.М. Сигала в стенах Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА), на сегодняшний день работает столько талантливых хирургов, знаменитых в Удмуртской Республике и по всей России.

Цель исследования.

Изучить личную, профессиональную и научную биографию доктора медицинских наук, профессора З.М. Сигала.

Материалы и методы исследования.

Изучение архивных документов ИГМА, тематической литературы, научных статей.

Результаты исследования и их обсуждение.

Окончив в 1961 году среднюю школу с серебряной медалью, Сигал Золтан Мойшевич поступил на лечебный факультет Казанского медицинского института. Закончив институт, с 1967 по 1970 год учился в аспирантуре на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии. В 1970 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Прижизненная пигментная вазография желудка». С 1970 по 1971 год работал хирургом в республиканском онкологическом диспансере города Казань, закончил курсы специализации по онкологии в Казанском государственном университете для усовершенствования врачей им. В.И. Ленина (ГИДУВе). С 1971 по 1978 год работал ассистентом на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии Казанского медицинского института. В 1977 году защитил докторскую диссертацию на тему «Исследование кровяного давления и кровотока в интрамуральных сосудах кишечника и других полых органов во время операции». С 1978 года по настоящее время заведует кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии в Ижевской государственной медицинской академии. Он – автор более 40 изобретений, более 130 отраслевых и местных рационализаторских предложений. Под руководством З.М. Сигала защищены 32 кандидатские и 12 докторских диссертаций.

З.М. Сигал – автор 27 монографий и атласов, 570 научных работ, ряд из которых опубликован в научных сборниках. Более 10 лет З.М. Сигал был членом диссертационного совета ИГМА, руководителем студенческого научного общества ИГМА, членом правления хирургического общества Удмуртской Республики, цикловых методических и проблемной комиссий по хирургии ИГМА. З.М. Сигал является основоположником и руководителем научной школы, нового направления в медицине – «Трансиллюминационная лечебно-диагностическая технология». Им предложены и разработаны новые методы мониторинга и индикации жизнеспособности органов и тканей, а также ряд медико-технических устройств для их осуществления. З.М. Сигал разработал концептуальный ряд мониторов и индикаторов жизнеспособности органов и тканей, предложил ряд новых методов измерения артериального и венозного кровяного давления в сосудах различного калибра как во время операции, так и без оперативных вмешательств. Научно-практические достижения школы профессора З.М. Сигала весьма значительны. Благодаря внедрению трансиллюминационной технологии, мониторинга жизнеспособности органов снижена послеоперационная летальность при ургентной резекции кишки, частота несостоятельности межкишечных анастомозов. Преодолены ишемические нарушения трансплантатов пищевода при его пластике по поводу рака, гемомотородинамические нарушения при язвенной болезни желудка и 12-перстой кишки, при переломах конечностей, при операциях на кишечнике, при ваготомиях, при операциях на тонкой кишке, тромбозах и эмболиях брыжеечных сосудов, при различных видах наркоза в анестезиологии и других

различных патологиях.

Сигал Золтан Мойшевич – заслуженный деятель науки Удмуртской Республики и Российской Федерации.

Среди учеников З.М. Сигала – лауреаты Государственной премии Удмуртии, заведующие кафедрами ИГМА, отделениями больниц, доктора наук и профессора, доценты, кандидаты наук, врачи высшей категории, заслуженные врачи Российской Федерации, главные специалисты Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

За достигнутые успехи в научной, педагогической деятельности доктор медицинских наук, профессор Золтан Мойшевич Сигал удостоен высокого звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» в 2005 году. За разработку гастроинтестинального монитора в 1987 году награжден Золотой медалью ВДНХ, является победителем конкурса «Соросовские профессора» 1998, 1999, 2000. Этим почетным званием отмечаются выдающиеся российские профессора, имеющие большие заслуги в учебной и научной работе.

Выводы.

Профессор, доктор медицинских наук З.М. Сигал всегда отличался усердием в учебе, тягой к знаниям и безграничной любовью к науке. Его изобретение находит применение во многих областях медицины. З.М. Сигал – замечательный человек, педагог, руководитель с интересной биографией и профессиональной судьбой

Список литературы.

1. Ситников В.А., Стяжкина С.Н. Знать и помнить / В.А. Ситников, С.Н. Стяжкина // Библиографическое издание о преподавателях хирургических кафедр ИГМИ и ИГМА. – 2017. С. 95-96.

Стяжкина С.Н., Ленцова С.И., Горбунова М.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра факультетской терапии «Ижевская государственная медицинская академия». Российская Федерация.

Актуальность.

Изучение проявлений новой коронавирусной инфекции (COVID-19) стоит на переднем плане сегодня, поскольку данная инфекция пока малоизучена и продолжает эволюционировать. Анализ редких клинических случаев позволяет нам прогнозировать последствия болезни и предсказывать возможные осложнения. Этот анализ включает в себя как лабораторное исследование, так и изучение морфологических особенностей. Также было проведено сравнение проявлений панкреатита у пациентов с ВИЧ и COVID-19, что позволило выявить актуальные вопросы для дальнейшего исследования в этой области.

Цель исследования.

Привести пример редкого клинического случая и проанализировать течение острого панкреатита на фоне коморбидных патологий.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ историй болезни пациентов хирургического отделения Первой республиканской клинической больницы города Ижевска.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинический пример 1:

Пациент В., мужчина 33 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение БУЗ УР "1 РКБ" экстренно 01.02.2022 года. Он жаловался на постоянные и интенсивные боли в эпигастриальной области, а также на тошноту, рвоту, повышение температуры, общую слабость и чувство вздутия живота. Предварительный диагноз, поставленный при поступлении, был острый идиопатический панкреатит с асептическим панкреонекрозом.

Пациент имел общий анамнез, включающий ВИЧ-инфекцию, острый бронхит, хронический гастродуоденит и аппендэктомию, которую ему делали в возрасте 13 лет. При поступлении его состояние было средней степени тяжести. Пациент был в ясном сознании и активном положении. Кожные покровы были бледноватыми, сухими и теплыми. Дыхание в легких было везикулярным, без хрипов. Склеры имели физиологическую окраску. Частота дыхания составляла 17 в минуту. Тоны сердца были ясными и ритмичными. Артериальное давление составляло 120/80 мм рт. ст., а пульс был равен 90 ударов в минуту. Язык был суховатым и покрыт серым налетом. Также был положительный симптом Мейо-Робсона.

Из анамнеза стало известно, что пациент заболел утром того дня, а накануне он употреблял алкоголь. Травмы живота были исключены. Пациент страдал от ВИЧ-инфекции в течение последних 10 лет. Острый панкреатит является серьезным заболеванием поджелудочной железы, которое может быть вызвано различными факторами, включая алкогольное потребление. В данном случае, учитывая анамнез пациента, можно предположить, что алкоголь мог быть одной из причин развития панкреатита. Важно отметить, что ВИЧ-инфекция может ослабить иммунную систему и увеличить риск развития осложнений при панкреатите.

Клинический случай 2:

Пациент У., мужчина 50 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ» экстренно 15 февраля 2022 года. Он жаловался на ноющие, постоянные боли в эпигастрии и повышение температуры вечером до фебрильных значений. Предыдущие два месяца он переболел COVID-19. Предварительный диагноз при поступлении: Острый идиопатический панкреатит. Хронический рецидивирующий панкреатит в стадии обострения. При поступлении его состояние было удовлетворительным. Он был в сознании и активен. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание было везикулярным без хрипов. Перкуторный звук легочный. Частота дыхания составляла 16 в минуту. Сердечные тоны были ясными и ритмичными. Артериальное давление составляло 110/70 мм рт. ст., пульс - 92 удара в минуту. Язык был влажным без налета. Симптомы Лепене, Ортнера и Мерфи были отрицательными. Симптом Щеткина-Блюмберга также был отрицательным. Симптомы раздражения брюшины не наблюдались. Слышны были шумы кишечной перистальтики. При осмотре и пальпации не обнаружено опухолевидных образований. Симптом флюктуации был отрицательным, и отеков не было. Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным

с декабря 2021 года из-за злоупотребления алкоголем, что привело к появлению болей в животе. По предоставленным документам стало известно, что он неоднократно находился на стационарном лечении в терапевтическом и хирургическом отделениях, и проведенное лечение привело к незначительному положительному результату. Кроме того, два месяца назад он перенес коронавирусную инфекцию. Исходя из имеющейся информации, был поставлен клинический диагноз: Хронический рецидивирующий панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста поджелудочной железы.

Дополнительная информация: Пациенту У. был проведен ряд дополнительных исследований, включая лабораторные анализы крови и образцы мочи, которые подтвердили наличие воспалительного процесса в поджелудочной железе. Кроме того, ему была назначена компьютерная томография (КТ) брюшной полости для более детального изучения состояния pancreasa и выявления возможных осложнений. Результаты КТ показали наличие постнекротической кисты поджелудочной железы и как осложнение парапанкреатический абсцесс, что объясняло его симптомы и болевой синдром. Пациенту было назначено проведение оперативного вмешательства 16.02.2022. Предполагалось проведение лапаротомии, ревизии, вскрытия, санации, дренирования парапанкреатического абсцесса.

Состоянии после операции удовлетворительное, бойной пошел на поправку.

Выводы.

Описанные выше клинические примеры течения острого панкреатита на фоне коронавирусной и ВИЧ-инфекций показывают, что при сопутствующих заболеваниях течение панкреатита осложняется, так как при этих вирусных инфекциях снижается иммунитет и защитная функция организма. Замедляются процессы регенерации.

Список литературы.

1. Стяжкина С.Н. Особенности диагностики и лечения острого и хронического панкреатита при первичном гиперпаратиреозе // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. № 11. С. 15.
2. Шатунова П.О., Быков А.С., Свитич О.А., Зверев В.В. Ангиотензин превращающий фермент 2. Подходы к патогенетической терапии COVID-19 // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2020. № 97(4). С. 339-345.
3. Абдурахимов А.Х., Хегай Л.Н., Юсупова Ш.К. COVID-19 и его осложнения // Re-health journal. 2021. № 4(12). С. 61-74.
4. Стяжкина С.Н., Кирьянов Н.А., Кутбединов Х.С., Ейкина О.Н., Рахимова С.Р., Страшнов Д.В. Патоморфологические изменения при хроническом экспериментальном алкогольном и медикаментозном панкреатите // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. № 8 (204). С. 119-122.

Стяжкина С.Н., Федоров В.Г., Жарова А.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИММУНОТЕРАПИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ижевская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия.

Актуальность.

Сахарный диабет (СД) – это метаболическое заболевание, характеризующихся хронической гипергликемией, возникающей в результате дефектов секреции инсулина и/или действия инсулина, что приводит к серьезному повреждению внутренних органов и тканей [1]. Согласно официальных данных Всемирной Организации Здравоохранения число людей, страдающих СД, возросло со 108 в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году. К 2035 году, по данным предоставленным Международной федерацией диабета, количество больных диабетом в мире вырастет до 592 миллионов человек, это составляет примерно одну десятую населения мира [2].

Длительное течение СД приводит к развитию осложнений. Почти у 6-10% пациентов формируется синдром диабетической стопы (СДС), который характеризуется развитием язв, инфекции на фоне нейропатии и ишемии конечности. Больные СД с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей относятся к особой категории: язвы и дефекты мягких тканей стопы заживают длительно, что снижают качество жизни, а также приводят к необходимости ампутаций конечности. Количество пациентов, погибших в первые годы после высокой ампутации нижней конечности, достигает 59% от всех оперированных пациентов. Учитывая, что количество пациентов с сахарным диабетом увеличивается с каждым годом, дальнейшее изучение различных вариантов местного лечения синдрома диабетической стопы, мониторинга гнойного процесса в ране с использованием современных методик остается актуальной задачей [3, 4].

Цель исследования.

Оценить результаты комплексного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы с применением иммуногистохимических методов исследования раневого процесса для оценки степени выраженности раневого процесса.

Материал и методы исследования.

Исследование выполнено на базе отделений гнойной хирургии Ставропольской Краевой Клинической Больницы и Республиканской Клинической Больницы г. Ижевска. Проведено обследование и лечение 129 пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в возрасте от 16 лет до 80 лет, у которых течение заболевания осложнилось развитием СДС. Женщины составили 60 (46,3%) случая, мужчины 69 (53,7%) случая. В основную группу (1 группа) вошли 89 больных с СДС, комплексное лечение которых было дополнено препаратами мексидол и ронколейкин. В группу сравнения (2 группа) вошли 40 человек. Они получали стандартное консервативное лечение СДС, которое включало сахароснижающие, гипотензивные и гиполипидемические препараты, а также местное лечение сорбционными повязками.

Из 89 пациентов основной группы у 68 пациентов (76%) диагностирована нейропатическая форма, у 16 (18%) – нейроишемическая и у 5 (6%) – ишемическая. В группе сравнения из 40 больных нейропатическая форма обнаружена у 27 (68%), нейроишемическая — у 19 (22%), ишемическая — у 4 (10%). Основные клинические проявления СДС

характеризовались наличием гнойно-некротического поражения подошвенной поверхности стопы и области плюсневых костей (70%), значительно реже - тыльной стороны стопы (13,5%). Язвенные дефекты на стопе относились в 1-ой или 2-ой группе степени тяжести по классификации WIFI.

Всем пациентам проведено комплексное лечение. Дополнительно больным первой группы дополнительно назначали ронколейкин и мексидол. Мексидол вводили внутривенно по 10 мл 10 дней, а потом переходили на таблетированные препараты в дозе 125 мг. Ронколейкин вводили внутривенно по 1,0- 500 ед.: в 1-е, 5-е и 7-е сутки в программе комплексного лечения.

Перед лечением и через две недели у пациентов были взяты биоптаты тканей пораженных участков стопы. Для морфологического изучения биоптатов использовали гистохимические методы: окраски толуидиновым синим по Маллори в модификации Гейденгайна, ШИК-реакцию. В биоптате подсчитывали количество лейкоцитов, лимфоцитов, определяли индекс пролиферации протеина Ki-67, экспрессию протеина P53.

Результаты исследования и их обсуждение.

При морфологическом исследовании до начала лечения воспаление носило выраженный характер во всех биоптатах. Края язвенного дефекта были инфильтрированы полиморфноядерными лейкоцитами. Количество нейтрофилов составило 75%, лимфоцитов 25%. При иммуногистохимическом анализе индекс пролиферации протеина Ki-67 составил 2%, экспрессия протеина P53 - 2,9%.

Лечение группы контроля (2 группа) стандартным методом приводило к полному очищению трофической язвы от некротических масс на 21-е сутки. В инфильтрате преобладали лимфоциты (70%), количество нейтрофилов уменьшилось до 30 % (рис.1). При иммуногистохимическом исследовании экспрессия биомаркера Ki-67 увеличилась до 7 %, экспрессия биомаркера P53 - 5 %. Комбинированное лечение СДС с применением мексидола и ронколейкина (1 группа) продемонстрировало максимальный восстановительный эффект уже на 6-е сутки. В инфильтрате количество лимфоцитов составляло 85%, нейтрофильных лейкоцитов уменьшилось до 15% (рис.2), пролиферативный индекс биомаркера Ki-67 вырос до 15%, экспрессия биомаркера P53 до 5,9% .

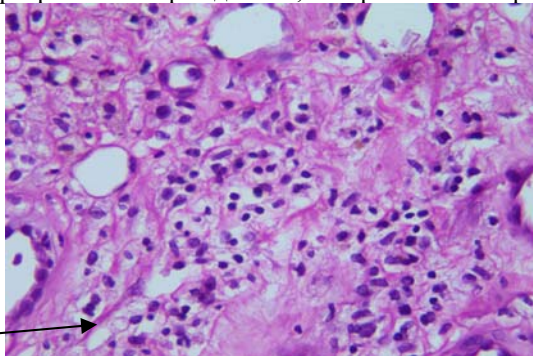


Рис. 1. Лимфоцитарные инфильтраты в дерме (на 21-е сутки), контрольная группа.

Метод исследования – иммуногистохимический. Окраска по Романовскому-Гимзе, увеличение *200. Наблюдается пролиферация стволовых клеток. На поверхности соединительной ткани 5-6 рядов камбиальных клеток.

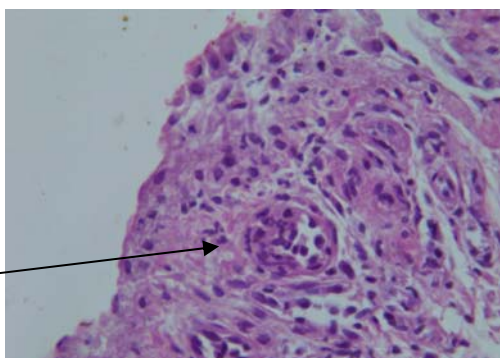


Рис. 2. Очищение поверхности язвы (на 6-е- 14-е сутки), основная группа.

Метод исследования – иммуногистохимический. Окраска по Романовскому-Гимзе, увеличение *200. На 7-е сутки лечения препаратами мексидола и ронколейкина наблюдается очищение поверхности язвы.

Выводы.

1. Применение иммуногистохимических методов исследования биоптатов язв при лечении СДС даёт возможность достоверно оценить динамику раневого процесса.

2. Использование в комплексном лечении оригинальных препаратов ронколейкина и мексидола способствует более быстрому уменьшению воспалительного процесса и заживлению ран при СДС, что подтверждается увеличением индексов пролиферации Ki и апоптоза P53 .

Список литературы.

1. Белозерцева Ю.П., Курлаев П.П, Гриценко В.А. Синдром диабетической стопы: этиология, патогенез, классификация и лечение. Человек и его здоровье. 2016. №1. С. 33-40.
2. Заривчацкий М.Ф., Лукин П.С., Виноградов А.Б. Цитологическое исследование динамики раневого процесса при синдроме диабетической стопы. Пермский медицинский журнал. 2017. №3. С. 3-18.
3. Российская ассоциация эндокринологов. Синдром диабетической стопы: клинические рекомендации. 2018. С. 15-

4. Сахарный диабет 2 типа у взрослых Клинические рекомендации РФ 2018-2020. С. 2-23.
5. Стяжкина С.Н., Неклюдова Н.А., Давтян М.Б. Особенности клинического течения, диагностики и лечения синдрома диабетической стопы. Научный журнал: Эффективная фармакотерапия. 2020. №12. С. 4-9.

Туйдиев Ш.Ш., Давронзода М.Д. Муродов Ш.Д.,
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Рефлексы, возникающие со слизистой оболочки полости носа, регулируют и поддерживают нормальную жизнедеятельность всего организма в целом. Длительное нарушение носового дыхания является причиной развития различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани и нижних отделов дыхательных путей. Затрудненное носовое дыхание негативно сказывается на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы и приводит к целому комплексу неврологических расстройств [1,4]. Одной из причин, приводящей к нарушению функции носового дыхания, является деформация носовой перегородки, требующая хирургической коррекции [2,4,5].

Лечение деформации носовой перегородки исключительно хирургическое. За более чем столетнюю историю техника хирургического вмешательства на перегородке носа эволюционировала от наиболее радикального в сторону максимально щадящего консервативно-хирургического подхода. Целью хирургического вмешательства является восстановление носового дыхания путем приведения перегородки носа в срединное положение. Септопластика позволяет не только улучшить носовое дыхание, но и нормализовать потоки вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. [3,4].

В настоящее время, для хирургического лечения искривлений носовой перегородки, все чаще применяются современные методы консервативной септопластики, направленные на сохранение её опорных функций, за счет минимальной резекции хряща перегородки носа. Однако, эти методы недостаточно популярны в нашей республике и некоторые наши ринохирурги независимо от формы и характера деформации перегородки носа продолжают использовать традиционную подслизистую её резекцию по Киллиану, что с точки зрения современных взглядов к вопросам септопластики считаем не оправданной. В связи с чем, изучение и внедрение в клиническую практику отечественной оториноларингологии современных методов операции при деформациях перегородки носа являются актуальными.

Цель исследования. Применение анатомически обоснованных способов хирургического вмешательства на деформированной перегородке носа, отвечающих принципам щадящей эндоназальной хирургии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 больных в возрасте от 15 до 49 лет с различной формой деформации перегородки носа. Из них мужчин было 29 (55,8%), женщин – 23 (44,2%). При этом, у 19 (36,5) больных выявлено С-образное искривление перегородки носа, у 18 (34,6%) – S-образная её деформация и у 15 (28,9%) – шип и гребень носовой перегородки. В результате проведенных исследований у большинства больных выявлены значительные нарушения функционального состояния носа, что явилось основанием для проведения оперативного вмешательства. В частности, нарушения проходимости носовых ходов I-II степени выявлены у 64,2% и II-III степени – у 35,8% обследованных. Расстройство обоняния в виде гипосмии обнаружено у 73,4% пациентов. Снижение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия отмечено у 95,6% больных, средние показатели которых составили от 24,3 до 32,5 мин., при норме 15-20 мин.

В зависимости от вида деформации носовой перегородки больным выработана тактика оперативного вмешательства. После эндоназального разреза и обнажения края четырёхугольного хряща распатором производили отслойку слизистой вместе с надхрящницей и надкостницей на стороне искривления и далее в зависимости от вида деформации проводили различные варианты щадящей резекции и коррекции перегородки, направленные на сохранение её опорных функций.

К примеру, при С-образной деформации перегородки носа коррекцию искривленного хряща производили резекцией клиновидных полосок на выпуклой стороне хряща после отсечения четырехугольного хряща от костных отделов нижним горизонтальным и задним вертикальным разрезами (рис.1).

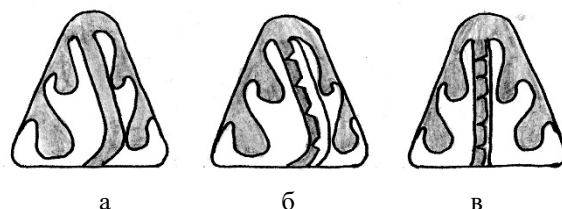


Рис. 1. Схема выпрямления С-образного искривления носовой перегородки. а) перегородка до операции; б) ход операции; в) перегородка после операции

При S-образной деформации носовой перегородки производили сегментарную резекцию сильно деформированных участков хряща и кости с последующей коррекцией остальных, менее деформированных участков перегородки методом насечек и мобилизации хрящей (рис.2).

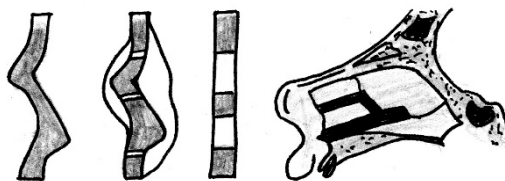


Рис. 2. Схема выпрямления S-образного искривления перегородки носа (чёрной краской обозначены участки резекции хряща и кости)

В случаях вывиха и смещении четырехугольного хряща, горизонтальным и вертикальным разрезами отделяли хрящ от костного основания перегородки и перпендикулярной пластинки решетчатой кости, что давала возможность мобилизовать хрящ в нужном направлении. Далее хрящ укладывали в срединном положении в каждой части носовой перегородки и укрепляли его кетгутовыми швами. У больных с гребнем и щипом перегородки носа производили экономную резекцию хряща или костной части только в участке грубой деформации (рис. 3).

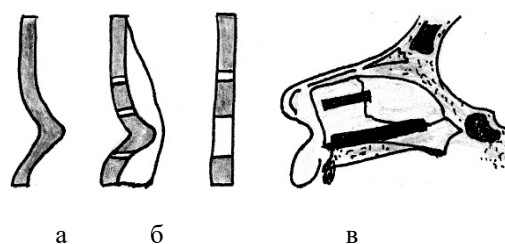


Рис. 3. Схема экономной резекции при щипе и гребне перегородки носа: а) перегородка до операции; б) ход операции; в) перегородка после операции

Послеоперационный период протекал без осложнений. Отек, набухлость слизистой перегородки носа и носовых раковин уменьшались на 3-5 сутки с постепенным восстановлением дыхания через обе половины носа к концу второй недели. Для ускорения процессов заживления, в послеоперационном периоде проводили курс лазеротерапии.

Отдалённые результаты наблюдали в сроки от 1 года до 3 лет после операции у 39 (75%) больных. При этом у 29 (74,3%) оперированных отмечен хороший и у 9 (23%) удовлетворительный функциональный результат, который выражался в восстановлении или значительном улучшении носового дыхания. Выявлено существенное улучшение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия, скорость которого в среднем составила 18,7 мин. Улучшение обоняния отмечено у 81,4% пациентов. У 1 (2,5%) пациента отмечен неудовлетворительный результат из-за смещения корригированного хряща в прежнее положение, которому производили повторную операцию с хорошим функциональным эффектом.

Заключение. Таким образом, результаты хирургической коррекции различных вариантов деформации перегородки носа зависят от выработки оптимального доступа и выбора хирургической тактики, направленной на сохранение опорной функции четырехугольного хряща, а также от реабилитации больных в послеоперационном периоде.

1. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон-2016- 115 с.
2. Крюков А.И. Клинический подход в выборе тактики ведения больных с перфорацией перегородки носа/А.И. Крюков, Г.Ю. Царапкин, М.Е. Артемьев/Российская оториноларингология -2013-№4– С.55-61
3. Пискунов Г.З. Операция при искривлении перегородки носа: практические аспекты / Г.З. Пискунов / Российская ринология -2018-№ 2 – С.54-57
4. Будковская М. А. Объективная оценка функции носового дыхания у пациентов после ринохирургических вмешательств / М. А. Будковская, Е. С. Артемьева / Российская оториноларингология -2018 -№ 1 (92) –С.25-33

Турдибоев Ш.А., Бердиев Р.Н., Рахмонов Б.А.

ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ГИПОСТАТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

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

Актуальность. Заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в РФ составляет около 405 случаев на 100 тыс. в год, что существенно превышает показатель в европейских странах (200 случаев на 100 тыс. населения в год). Больничная летальность в остром периоде ОНМК составляет 22%, увеличиваясь к концу первого года заболевания на 12—15%. В течение 1-го года после перенесенного ОНМК умирает каждый 2-й заболевший. ОНМК занимает 1-е место среди всех причин инвалидизации взрослого трудоспособного населения (32 случая на 100 тыс. в год). Из них возвращаются к труду лишь 10—20% (8% способны продолжить профессиональную деятельность), 25% нуждаются в посторонней помощи. К концу 1-го года после перенесенного ОНМК у 1/3 больных развивается деменция, прогрессирующая с течением времени [1,3,].

Все большему числу пациентов с ОНМК по разным причинам требуется искусственная вентиляция легких (ИВЛ), пропорционально этому растет и число пациентов, нуждающихся в пролонгированной ИВЛ (более 5—7 сут).

Пролонгированная ИВЛ составляет около 10% от всех случаев респираторной поддержки. Хотя эти пациенты и представляют меньшую часть больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), именно на них расходуется значительная часть ресурсов. Долгосрочная выживаемость среди пациентов ОРИТ, которым потребовалась длительная ИВЛ, невысока: смертность составляет 56—71% в 1-й год; из пациентов, переведенных в отделения ухода и хосписы, 52% умирают также в течение 1-го года [4]. У пациентов с ОНМК, находившихся на ИВЛ, возрастает смертность и ухудшается исход заболевания. Возраст пациентов старше 65 лет в сочетании с ИВЛ сроком более 3 сут. считается независимым предиктором летального исхода в течение 2 мес от начала заболевания. Несмотря на то, что 40% пациентов с ОНМК старше 65 лет после проведения ИВЛ выживают в течение полугода и более, только каждый 4-й из них восстанавливается до хорошего функционального исхода с сохранным уровнем интеллекта. Проблема заключается в том, что отказ от проведения ИВЛ в остром периоде ОНМК влечет за собой увеличение ранней летальности, в то время как использование ИВЛ, приводя к увеличению выживаемости, ассоциировано с развитием в последующем грубого неврологического дефицита, исключающего возможность возвращения к полноценной жизни [2,5].

Цель исследования. Оценить эффективность ИВЛ у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения по геморрагическому типу.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 480 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому и ишемическому типу.

Практически у всех госпитализированных больных произведен сбор жалоб больного или родственников (в случае отсутствия словесного контакта), изучение анамнеза, общеклинический осмотр, оценка неврологических расстройств, нейровизуализационные методы исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография), офтальмологические исследования, осмотр невропатолога и реаниматолога, а также фотодокументация. Больные были распределены по полу и при этом мужчины составили 217 (45,2%) больных, а женщины — 263 (54,8%). По возрастным категориям больные были распределены следующим образом: от 18 до 30 лет — 27 (17,3%) больных, 31-40 лет — 21 (13,5%), 41-50 лет — 24 (15,4%) пациента, 51-60 лет — 28 (17,9%), 61-70 лет — 26 (16,7%) госпитализированных, а 30 (19,2%) остальных были в возрасте 70-78 лет.

Результаты исследования и обсуждение. В зависимости от локализации внутримозговые гематомы распределялись следующим образом: в лобной доле — 33 (7,1%), в затылочной доле — 26 (5,1%), в гемисферах мозжечка — 43 (9,6%), в виде желудочковых кровоизлияний — 81 (16,7%), а в теменно-височных долях — 297 (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 72 (16,1%) случаях больные доставлены в ясное сознание (ШКГ- 15 баллов), как умеренное оглушение оценивалось у 88 (17,9%) пострадавших (ШКГ- 13 баллов), глубокое оглушение — в 111 (23,1%) наблюдениях (ШКГ- 12 баллов), сопорозное сознание — у 97 (19,8%) больных (ШКГ- 9 баллов), умеренная кома — в 81 (17,3%) случае (ШКГ- 7 баллов), а у 31 (5,8%) пациента оно оценивалось как глубокая кома (ШКГ- 6 баллов).

Выводы. Необходим тщательный отбор пожилых пациентов с геморрагическим инсультом для проведения комплекса мероприятий интенсивной терапии, особенно избирательный подход нужен в случае необходимости интубации трахеи и ИВЛ. Адекватная оценка прогноза заболевания и ожидаемых результатов у данной категории больных, нуждающихся в ИВЛ, необходима не только врачам, но и семьям пациентов. Необходимо заботиться о сохранении качества жизни, а не только обеспечивать продолжительность жизни за счет агрессивных методов интенсивной терапии. Необходим индивидуализированный подход к проведению ИВЛ пациентам старше 80 лет. Одним из показаний является проведение кратковременного инвазивного вмешательства, например вентрикулярного дренирования, при этом ИВЛ необходимо ограничивать несколькими часами.

Список литературы

1. Дамулин И.В. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге / И.В. Дамулин // Болезни нервной системы: руководство для врачей. / Н.Н. Яхно. — М.: Медицина, 2019. — Т. 1. — С. 231-302.
2. Ендолов В.В. О взаимосвязи тонуса вегетативной нервной системы и функциональной межполушарной асимметрии мозга у депривированных по слуху школьников / В.В. Ендолов, М.В. Акулина // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. — 2020. — № 2. — С. 70-74.
3. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А. Хирургическое лечение геморрагического инсульта // Материалы конференции «Актуальные проблемы нейрохирургии». — Чебоксары: 2018. — С. 113-114.
4. Hattori N, Katayama Y, Maya Y. Impact of stereotactic hematoma evacuation on activities of daily living during the chronic period following spontaneous putamenal hemorrhage // J. Neurosurg, 2021 Sep; 101(3). — P. 1365-1371.
5. Maira G, Anile C, Colosimo C. Surgical treatment of primary supratentorial intracerebral haemorrhage in stuporous and comatose patient // Neurol. Res., 2020 Jan. — 24(1). — P. 54 - 60

Турдибоев Ш.А., Муродова Г.Р., Кодиров Д.И.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность.

Инсульт во всем мире занимает второе-третье место в общей структуре смертности и является ведущей причиной инвалидизации взрослого населения. Геморрагический инсульт (ГИ) встречается в 5 раз реже ишемического, но характеризуется высоким уровнем летальности (до 40–50%) и инвалидизации — до 75% [1, 2]. Большой процент больных с ГИ составляют лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных, перенесших субарахноидальное кровоизлияние (САК), — 55 лет. Причиной САК в 70–80% случаев являются артериальные аневризмы (АА) головного мозга.

ГИ может проявляться в виде спонтанных (нетравматических) субарахноидальных кровоизлияний, внутримозговых гематом (ВМГ), спонтанных (нетравматических) экстрадуральных и субдуральных гематом или сочетанием этих патологических состояний. Локализация ВМГ чаще всего приходится на область подкорковых узлов головного мозга и в зависимости от расположения по отношению к внутренней капсуле гематомы делятся на латеральные (путаменальные) – 55% случаев, медиальные (таламические) – 10% случаев. Субкортикальные (лобарные) гематомы встречаются в 15% ВМГ [3–5]. ГИ характеризуется высоким процентом осложнений при его различных формах и наиболее тяжелыми из них являются внутримозговые кровоизлияния (ВЖК). Причиной ВЖК могут быть артериовенозные мальформации (13–40%), медиальные гематомы (до 10%) и АА. В свою очередь ВЖК могут осложняться острой окклюзионной гидроцефалией, гематомпадой IV желудочка, вторичной ишемией мозга, что является неблагоприятным предиктором исхода ВЖК [1, 4].

Цель исследования.

Улучшить результаты лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ результатов лечения 156 больных с геморрагическим инсультом, находившихся на лечении в нейрохирургических и неврологических отделениях Государственного учреждения национального медицинского центра РТ за 2016–2020 гг. Среди обследованных были 85 (55,5%) мужчин и 71 женщина (44,5%). Возраст больных варьировался от 38 до 78 лет. Всем обследованным при поступлении произведены компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ), ЭКГ, офтальмологическое исследование, осмотр кардиолога.

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). 64 (41,1%) больным произведена операция, а в остальных 92(58,9%) случаях лечение проводилось консервативным методом. Показания??? (с источника). Показаниями к оперативному лечению больных с гематомой были: объем гематомы более 35 мл, наличие срединной дислокации более 5 мм. Противопоказания к операции: нарушение уровня сознания ниже 6 баллов по ШКГ, тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации, возраст больных выше 75 лет. Из оперированных: у 34(53,1%) больных была произведена костно-пластическая трепанация, в 23(35,9%) случаях - резекционная трепанация, а 7(11%) пострадавшим произведено пункционное удаление внутримозговой гематомы в подострой и хронической стадии. В большинстве случаев учитывались соматическое состояние больных и сопутствующие патологии. При локализации внутримозговых гематом в глубинных функционально значимых местах головного мозга проводилось консервативное лечение и выжидательная тактика с динамическим оцениванием общего состояния больного, уровня сознания, при необходимости контрольная КТ головного мозга по показаниям.

Выводы

1. Нейровизуализационные лучевые методы исследования дают возможность адекватно оценить тактику лечения больных с внутримозговыми гематомами.
2. Дифференцированный подход в лечении больных с геморрагическим инсультом положительно влияет на исход данной категории больных.

Список Литература

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. // Инсульт. Прил. к журн. неврол. и психиатр.-2019.-№ 1.-С. 34-40.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Там же. - 2016. - № 8. - С. 4-9.
3. Смертность населения Российской Федерации, 1998 г. (статистические материалы). - М.: Минздрав РФ, 1999.
4. Bonita R., Beaglehole R., Asplund K. // Curr. Opin. Neurol. - 2021. - Vol. 7.P. 5-10.
5. Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. // Public Health. - 2022. - Vol. 112.

Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Травма — наиболее частая причина смерти в возрастной категории от 1 до 44 лет; в структуре смертности для всех возрастных категорий травма уступает лишь онкологическим заболеваниям и атеросклерозу. Среди причин закрытой травмы живота в крупных городах первое место занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП) 45-50%, среди других причин называются избиение, падение с высоты, производственная травма [1,2,4,6]. Наиболее часто повреждаемые органы при этом: селезенка (40-55%), печень (35-45%) и органы брюшинного пространства (15%). Летальность при закрытой травме печени остается высокой. По данным ведущих клиник США, Европы и Японии, она колеблется от 31 до 46%. Столь высокие цифры летальных исходов объясняются как тяжестью самой травмы печени, так и превалированием среди больных с закрытой травмой сочетанных и множественных повреждений. Стандартом доступом для хирургического лечения пострадавших с повреждениями печени является лапаротомия [3,5]. Однако появившиеся в последние годы многочисленные сообщения об успешном применении как диагностической, так и лечебной лапароскопии у данной категории пострадавших диктуют необходимость осторожного пересмотра существующей тактики. Цель работы - определить лечебные возможности видеолaparоскопии при

закрытых повреждениях печени [7,8,9].

Материал и методы. За период с 2013 по 2023 г. с применением лапароскопии нами оперированы 13 пострадавших с закрытой травмой печени: 11 мужчин и 2 женщины. Средний возраст пациентов 30,7 (15-53) года. Причинами травмы были следующие: ДТП - 5, спортивная - 1, падение с высоты - 2, в 5 случаях данные о причине травмы отсутствовали. В первые 3 ч от момента получения травмы поступили 6 пострадавших, в 1 случае давность травмы составила 3 сут и в 6 случаях информация о сроках травмы отсутствовала в связи с тяжестью состояния пациентов. У 7 пострадавших отмечалась изолированная закрытая травма живота. В 3 случаях травма брюшной полости сочеталась с закрытой черепномозговой травмой (ЗЧМТ) и костной травмой, в 2 случаях - с травмой грудной клетки, и у 1 пациента - с ЗЧМТ и торакальной травмой. Состояние пострадавших при поступлении в 4 случаях оценивалось как тяжелое и в 9 - как средней тяжести. Всем пострадавшим при поступлении в обязательном порядке выполняли УЗИ брюшной полости. В случае выявления скудного (не более 50 мл) количества жидкости в подпеченочном пространстве пострадавших госпитализировали в реанимационное отделение, где проводили динамическое наблюдение за больным с учетом клинических, лабораторных и эхографических данных. Ультразвуковой мониторинг осуществляли с интервалом 2 ч. Нарастание объема гемоперитонеума наряду с клиническими и лабораторными признаками продолжающегося кровотечения служило показанием к хирургическому лечению. Показаниями к применению лапароскопии служили стабильность гемодинамических показателей в сочетании с объемом гемоперитонеума, не превышающем 500 мл по данным УЗИ, либо любой объем гемоперитонеума при давности травмы более 12 ч. В результате лапароскопической ревизии брюшной полости в 1 случае выявлен разрыв обеих долей печени, в 12 повреждения ограничивались 1 долей, из них у 1 пострадавшего повреждения локализовались в левой доле и у 11 в правой. У 8 пациентов повреждения органов брюшной полости ограничивались травмой печени, в 2 случаях разрывы печени сочетались с забрюшинной гематомой и еще в 3-х разрывом селезенки.

В 3 случаях мы были вынуждены прибегнуть к конверсии доступа. Показаниями к лапаротомии стали невозможность быстрой остановки кровотечения лапароскопическим способом при наличии интенсивного внутрибрюшного кровотечения из обширных разрывов паренхиматозных органов (разрыв 5-7 сегментов печени 4-й степени по Моорге, сочетание разрыва печени и селезенки с активным кровотечением), наличие парадуденальной гематомы, ревизовать которую лапароскопическим способом мы сочли нецелесообразным. В послеоперационном периоде отмечено 2 осложнения. У 1 пациента после коагуляции разрыва печени сформировалась билома правой доли печени, дренирующая чрескожным доступом под ультразвуковым наведением с последующим выздоровлением.

Во втором случае в связи с поступлением геморагического отделяемого по дренажам мы прибегли к релапароскопии, при которой выявлено пропотевание крови в брюшную полость из диагностированной ранее забрюшинной гематомы без дополнительных находок [10,11]. Не отмечено ни одного случая пропущенного повреждения. Летальный исход наступил в 1 случае, в котором выявлен разрыв печени 4-й степени и осуществлена конверсия доступа. Длительность пребывания больных в стационаре составила 8,5 (5-105) сут (табл. 2), что объяснялось наличием тяжелой сочетанной травмы. [14,15]

Результаты. Общеизвестное преимущество лапароскопической хирургии, заключающееся в меньшей травматичности операционного пособия, не является доминирующим у пострадавших с травмой внутренних органов [12,13]. Необходимость устранения непосредственной угрозы жизни пациента делает остальные задачи второстепенными. Однако, как показывает накопленный опыт, объем гемоперитонеума и степень интенсивности кровотечения не всегда диктуют необходимость произведения лапаротомии. Мы провели ретроспективный анализ собственных результатов лечения пострадавших с травмой брюшной полости за трехлетний период, предшествовавший применению лечебной лапароскопии. [16,17] При этом выявлено, что у 31,6% пострадавших, оперированных по поводу закрытой травмы брюшной полости, выявлены поверхностные разрывы печени, брыжейки, связочного аппарата желудка; эти больные могли быть оперированы лапароскопическим способом [18,19]. Во всех случаях применения лапароскопии, представленных в настоящем исследовании, имелись формальные показания к лапаротомии с учетом тактических установок, не потерявших актуальность до настоящего времени. [20,21] Анализируя полученные результаты, мы пришли к заключению, что лапароскопия во многих случаях может являться адекватной и безопасной альтернативой открытым методам хирургического лечения больных с абдоминальной травмой. В качестве скринингового метода обследования считаем УЗИ брюшной полости. На основании эхографических данных об объеме гемоперитонеума выбираем тактический вариант дальнейшего ведения пациента [22,24]. При этом обязательным условием отказа от лапаротомии на начальном этапе, по нашему мнению, являются стабильность гемодинамических и респираторных показателей и отсутствие признаков перитонита. В случаях, когда объем гемоперитонеума, по эхографическим данным, не превышает 50 мл, считаем возможным консервативное ведение пострадавшего с проведением динамического мониторинга состояния пациента по клиническим, эхографическим и лабораторным данным в условиях реанимационного отделения [23,25]. При определении показаний к проведению лапароскопии мы придерживались критериев, на которых сходятся большинство исследователей:

- 1) выявление при УЗИ не более 500 мл свободной жидкости в брюшной полости;
- 2) любое количество жидкости в брюшной полости по данным УЗИ при сроке травмы более 12 ч у пациента со стабильной гемодинамикой. Используемый нами лечебно-диагностический алгоритм можно графически отобразить следующей схемой. Дальнейшему развитию данного направления будет способствовать применение современных гемостатических материалов и эндоваскулярных вмешательств при повреждениях паренхиматозных органов.

Вывод. Полученные начальные результаты позволяют сделать вывод о высокой диагностической ценности лапароскопии у данной категории пострадавших, учитывая отсутствие диагностических ошибок и пропущенных повреждений в представленном материале. Анализ результатов лапароскопического лечения пострадавших в зависимости от тяжести повреждения печени показывает, что при травме 1-й и 2-й степени по Моорге возможно консервативное

ведение пострадавших, а при наличии признаков продолжающегося кровотечения эффективным методом лечения может быть лапароскопическая операция.

Таким образом, применение лапароскопии у пострадавших с закрытыми повреждениями печени имеет достаточно высокую информативность и при стабильности гемодинамических показателей может служить адекватной и безопасной альтернативой лапаротомии, позволяя избежать напрасных лапаротомий, снижая операционную травму и улучшая результаты лечения больных этой тяжелой категории.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- 1 Алиджанов.А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Б.Н.Местоэндовидеохирургии с экстренной патологий и травмами органов брюшной полости. Шошилич тиббиёт ахборотномаси. 2021.14-том.№6.С31-35.
- 2 Гавришук Я.В., Кажанов И.В., Тулупов А.Н. и др. Минимально инвазивное лечение пострадавшей с повреждением селезенки // Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 2019.-N 4.-С.58-60.
- 3 Иноземцев Е. О., Григорьев Е. Г., Апарцин К. А. Актуальные вопросы хирургии сочетанных повреждений // Политравма. – 2017. – № 1. – С. 6–11
- 4 Масляков В.В., Барсуков В.Г., Урядов С.Е. и др. Роль и место тактики damage control при ранениях живота // Вестник медицинского института Реавиз, 2019.- № 5.-С.116-124.
- 5 Масляков, В.В., Федоров, Э.Ф., Барсуков, В.Ю./ Выбор хирургической тактики при закрытых травмах селезенки в зависимости от тяжести состояния в момент поступления – № 4 (56), 2020 Медицинские науки. Хирургия. –С.51-60.
- 6 Подолужный В.И., Радионов И.А., Пельц В.А. Травматические повреждения печени. Политравма.№1.2023.С.34-38.
- 7 Роткин Е.А.,Агаларян А.Х., Агаджанян В.В. Особенности диагностики и лечения повреждений паренхиматозных органов живота при политравме. Политравма.№1.2023.С.29-38.
- 8 Самохвалов И.М., и др. Практическое руководство по Damage Control. Санкт-Петербург: Р-КОПИ, 2020. С.420.
- 9 Хрипун А.И., Алимов А.Н.,Саликов А.в. Органосохраняющий метод в хирургическом лечении повреждений селезенки.Хирургия 2014.№1. С.34-38.
- 10 Bartlet J.D.,Lawrence J.E., Does virtual reality similiton have a role in training truam and ortophdic surgeons. The bone joint journal. 2018. May 5.P.558-568.
- 11 Coccolini F., Coimbra R., Ordóñez C., et al. Liver trauma: WSES 2020 guidelines //World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – Т. 15. №. 1. –Р. 1-15.
- 12 Elliot A.J., Turiano N.A., Infurna F.J.,et al. Lifetime trauma, perceived control, and all-cause mortality: Results from the Midlife in the United States Study //Health Psychology. – 2018. – Т. 37. – №. 3. – Р. 262-270.
- 13 Federico C., Raul C., Carlos O., Yoram K. Liver trauma: WSES 2020 guidelines. World Journal of Emergency Surgery (2020) P.15-24

Усманов Д.Н., Хван И.Н., Баротова С.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

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

Актуальность. С каждым годом растёт количество пациентов с различными сосудистыми заболеваниями. Существенные позиции занимают патологии венозной системы нижних конечностей. Одно из ведущих мест в структуре этих заболеваний занимает посттромбофлебитический синдром (ПТФС). В литературе встречаются разные названия этой патологии: посттромбофлебитический синдром (болезнь), посттромботический синдром (болезнь), постфлебитический синдром. Ряд исследований отмечают что ПТФС - составляет приблизительно 30% от числа всех венозных заболеваний. Около 40% пациентов перенёсших ПТФС в течение 10 лет оформляют инвалидность.

Из названий следует что, основной причиной возникновения этого состояния считается перенесенный тромбоз или тромбофлебит вен нижних конечностей, которые, несмотря на полученное лечение, в большинстве случаев осложняются ПТФС (Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. 2003). Наиболее часто посттромбофлебитическая болезнь поражает глубокие вены голени, подколенную и бедренную вены (Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. 2001).

Общепринято, что в патогенезе ПТФС решающую роль играет повреждения и деформация клапанов вен тромботическими массами и воспалительным процессом. Возникает несостоятельность клапанов вен с последующим фиброзом, венозная гипертензия, флебостаз, отёк и трофические нарушения в тканях. Соответственно различают отечную,

отечно-варикозную, варикозно-трофическую и трофическую формы заболевания с характерной клинической картиной. Известно, что в 65-70% ПТФС сопровождается вторичным варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей.

Традиционно считается, что консервативное лечение обладает эффектом, а оперативное приносит лишь временный эффект. Но в последнее время появились работы доказывающие преимущества оперативного лечения, особенно на ранних стадиях болезни. Также вырос интерес к современным малоинвазивным методам оперативного лечения.

Одним из таких методов стала эндовенозная (эндовазальная) лазерная коагуляция (облитерация) - ЭВЛК. Ряд авторов отмечают, что при термическом воздействии лазера на внутреннюю поверхность вены происходит повреждение эндотелия сосудов и коагуляция белков в субэндотелиальных слоях. Энергия лазерного луча повреждает форменные элементы крови с образованием сгустка. Всё это вместе приводит к облитерации сосудов [1], [2], [3]. При этом ликвидируется патологический сброс крови из глубоких вен в поверхностные.

Цель исследования. Оценить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции в лечении пациентов с постромбофлебитическим синдромом.

Материал и методы. Нами исследованы данные о результатах лечения 37 пациентов, обратившихся за помощью в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии с постромбофлебитическим синдромом. Мужчин было 9 (24,3%), женщин 28 (75,7%). У 8 (21,6%) пациентов имелись трофические расстройства.

Первая группа (контрольная) включала в себя 12 (32,4%) пациентов. Они получали только консервативное лечение, включающее в себя: флеботоники (детралекс, флебодиа), бензопироны (троксевазин, венорутон) антиагреганты, антикоагулянты, (вазопростан, клопидогрел, трентал), ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции (пентоксифиллин), НПВС (диклофенак, ибупрофен), эластическую компрессию нижних конечностей, физиотерапию.

Вторая группа включала в себя 15 пациента (40,5%). Этим пациентам проводили традиционное оперативное лечение, включающее в себя резекцию и пластику вен, обходное шунтирование, флебэктомия или минифлебэктомия (удаление вены) иногда дополняемые склеротерапией. В послеоперационном периоде назначались те же препараты, что и пациентам первой группы.

Третья группа включала в себя 10 пациента (27,0%). Пациенты этой группы в ходе традиционных методов операции применяли ЭВЛК. Использовался лазерный диодный аппарат ЛАХТА-МИЛОН 1470-10. Применяли лазерное излучение среднего инфракрасного диапазона длиной волны 1,47мкм, мощность импульса 10-15 Вт, длительностью импульса 1 с, продолжительностью в среднем 20-30 мин. В послеоперационном периоде пациенты получали такое же консервативное лечение, что и пациенты первой и второй группы.

Перед процедурой ЭВЛК проводилось УЗИ варикозно расширенных вен – уточнялся диаметр, протяженность и расположение пораженных участков. Нужно отметить, что данный вид операции противопоказан у больных с диаметром вен менее 2 мм и при значительной извитости рецидивных вен, препятствующих проведению лазерного световода, а также при калибре несостоятельных вен бедра и голени более 8 мм в связи с повышенной вероятностью их реканализации в отдаленном периоде.

Во время операции гибкий световод с коннектором и наконечником вводился внутрь вены. После этого под непрерывным УЗИ-наблюдением хирург размечал на коже расположение варикозных расширений вен, которые планировалось обработать лазером. Работающий лазерный световод медленно вытягивали из вены наружу, при этом повреждалась ее внутренняя поверхность, оставляя за собой непрерывный кровяной сгусток и «заваренный» сосуд [4], [5]. После того, как сосуд полностью был обработан, световод извлекался и результат операции еще раз оценивается с помощью УЗИ.

Контрольный осмотр проводился после 2 недель, 2 месяцев и 6 месяцев. При появлении реканализованных участков вен выполнялась склеротерапия под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение.

Группа	Метод лечения	Болевые ощущения (сутки)	Отёчность (сутки)	Сроки лечения (сутки)
1 группа -12 пациентов	Консервативное лечение	12,3±0,6	38,8±0,2	60±0,3
2 группа -15 пациентов	Оперативное лечение	8,2±0,5	29,5±0,4	39±0,5
3 группа -10 пациентов	Оперативное лечение с применением ЭВЛК	7,7±0,9	25,8±0,3	36±1,2

Количество послеоперационных осложнений и побочных эффектов, в виде парестезии, гематом или гиперпигментации, уменьшилось в 1,3 раза. Интраоперационных осложнений не отмечалось.

Вывод. Эндовенозная лазерная коагуляция пациентам с постромбофлебитическим синдромом успешно дополняет традиционные методы оперативного и консервативного лечения за счёт уменьшения травматизации тканей. Применение ЭВЛК уменьшает сроки лечения и ускоряет реабилитацию больных.

Список литературы:

1. Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В., Эндовенозная лазерная облитерация. Москва, 2020.
2. Стойко Ю.М., Батрашов В.А., Мазайшвили К.В., Сергеев О.Г. Эндовенозная лазерная облитерация подкожных вен: шаг за шагом. Учебно-методическое руководство под ред. акад. Ю.Л. Шевченко. М., 2010.
3. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В. Лазерная хирургия варикозной болезни. – М. Боргес, 2010.
4. Козлов В.И., Асташов В.В. Фотоактивирующее влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на систему микроциркуляции и лимфоидные органы. // Журнал Лазерная медицина. 2020; 24(1): стр. 9-17.

Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К.
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ГЛАЗНЫХ ТРАВМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
1-ое глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Актуальность. Травма глаза является одной из важных причин слепоты, которая является предотвратимой проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Полмиллиона человек во всем мире слепы в результате травм глазного яблока. Зрение является одним из наиболее ценных и мощных органов чувств, при этом неповрежденное бинокулярное зрение играет важную роль в развитии, независимости и улучшении самого качества жизни. Потеря зрения на один или оба глаза настолько значительна, что ее классифицируют как 24% общего ухудшения состояния организма человека и 85% общей инвалидности соответственно [1-3]. Травма наиболее важная причина односторонней слепоты, особенно в развивающихся странах. Глаза занимают всего 0,1% от общей и 0,27% площади передней поверхности тела; однако глазная травма встречается гораздо чаще, чем могут указывать эти маленькие цифры [2-5]. К сожалению, травма глаза заключается в том, что она в первую очередь поражает детей и молодых людей, а во-вторых, после тяжелой травмы прогноз остается достаточно осторожным, несмотря на своевременное лечение. Воздействие травмы на человеческий глаз может варьироваться от появления мельчайших повреждений роговицы ссадины/безобидное субконъюнктивальное кровоизлияние на сильно разорванном глазном яблоке.

Цель исследования. Проанализировать демографический и клинический профиль пациентов с травмами глаз.

Материал и методы исследования. В данном проспективном интервенционном исследовании, проведенном в 1-м глазном отделении офтальмологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», участвовали (182 глаза) 182 пациента в период с января 2022 г. по январь 2023 г. Все пациенты поступили непосредственно в эту больницу, либо были направлены из других периферийных больниц/поликлиник. В исследование были включены все пациенты с различной степенью поражения глаз. Травма глаза в нашем исследовании определялась как любая травма глаза, требующая медицинской помощи. Среди пациентов мужского пола было 154 (84,6%) и женского – 128 (15,4%). Средний возраст пациентов составил 39,4-45,3. Открытые травмы глаза и контузионные разрывы – 122 (67%) глаз, из них с наличием инородного тела было у 18 пациентов, из которых 3 не металлический предмет, и 15 – металлическим предметом. Закрытые травмы – 48 (26,4%) глаз и ожоги – 12 (6,6%) глаз. Из исследования были исключены пациенты с ранее полученными травмами глаза и другие воспалительные заболевания, повлекшие за собой ухудшение зрения. Демографические данные каждого пациента, включая адрес (сельский/городской), уровень грамотности, профессия и финансовое положение были зарегистрированы. В анамнезе отмечалось время, прошедшее с момента травмы, отношение с работой и местом работы, объект причинения травмы, способ повреждения (тупое/острое) и тип повреждения (открытое/закрытое глазное яблоко). Острота зрения на момент регистрации и окончательная острота зрения в конце лечения были внесены в исследование. Подробное офтальмологическое обследование всех пациентов, включая осмотр с помощью щелевой лампы, линзой +90, +78 дптр. проведен осмотр и непрямая офтальмоскопия. В-сканирование использовалось всякий раз, когда неясные среды мешали оценке глазного дна. Внутриглазное давление измеряли у всех глаз, за исключением свежих повреждений открытого глазного яблока. Гониоскопия проводилась при всех закрытых повреждениях глазного яблока.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные нашего исследования показывают, что мужчины более подвержены травмам, чем женщины. Мужчины - 84,6% и женщины – 15,4%. Среди мужчин травмы, связанные с работой, более распространены, чем у женщин, связанные с работой по дому травмы были обычным явлением. Данные исследования показывают, что большинство травм были связаны с бытовыми – 77,4%, производственная (22,6%). Среди бытовых травм отмечено криминальных (11,9%). В 4 (2,2%) случаях наблюдалась сочетанная травма других органов и систем – ЧМТ, сотрясение головного мозга, травма мягких тканей лица и волосистой части головы.

По структуре глазного травматизма на 1 месте были проникающие ранения глазного яблока у 122 (67%), из них: проникающее ранение роговицы – 71 глаз, проникающее ранение склеры – 32 глаза, роговично-склеральное ранение – 19 глаз. В 18 случаях (9,9%) обнаружено инородное тело в полости глаза. На 2 месте – контузии глаза – наблюдались у 48 человек (26,4%). На 3 месте пациенты с химическими и термическими ожогами роговицы, конъюнктивы, кожи век – 12 человек (6,6%). При поступлении всем больным проводилось обследование по схеме, принятой в отделении, а также комплексное хирургическое и консервативное лечение.

В экстренном порядке ПХО была произведена на 122 глазах (67%). По показаниям выполнялось частичное отсасывание хрусталиковых масс, формирование зрачка. Инородные тела из полости глаза удалены в 16 случаях, в 2 случаях – не магнитное инородное тело (камень), пациенты были направлены к витреоретинальному хирургу за границу. На 3 глазах с тяжелыми степенями ожогов произведена некрэктомия с пластикой конъюнктивы.

Показатели остроты зрения травмированного глаза при поступлении были следующими. Отсутствие зрения (ноль) имело место у 6 глаз (3,3%), свето-ощущение с неправильной и правильной проекцией света имело место у 45 глаз (24,7%), от 0,01 до 0,09 у 59 глаз (32,4%), от 0,1 до 0,3 у 41 глаз (22,5%), и от 0,4 и выше у 31 глаза (17,1%). У большинства пострадавших была низкая острота зрения, которая отражала тяжестью полученной травмы и определяла потенциальный прогноз остроты зрения после лечения. При поступлении у пострадавших наблюдались следующие изменения: гифема и гемофтальм (различной степени выраженности) – 131 глаз (72%), травматическая катаракта – 145 глаз (80%), травматическая эрозия роговицы и ранения конъюнктивы – 57 глаз (31,3%), реактивная гипертензия – 7

глаз (3,8%), подвывих хрусталика – 17 глаз (9,3%), травматическая отслойка сетчатки – 5 глаз (2,7%), надрывы сфинктера, ириододиаз, травматический мидриаз – 56 глаз (30,7%), ретинальные геморрагии, разрыв сосудистой оболочки, вторичная макулопатия – 12 глаз (6,6%), эндофтальмит – 1 глаз (0,5%). В дальнейшем в процессе лечения произведена экстракция травматической катаракты – на 102 глазах, интравитреальное введение антибиотика – на 4. Показатели остроты зрения травмированного глаза при выписке из стационара после лечения были следующими. Отсутствие зрения (ноль) имело место на 7 глазах (3,8%), свето-ощущение с правильной проекцией света имело место только у 36 глаз (19,8%). Предметное зрение от 0,01 до 0,09 у 62 глаз (34,1%), и более высокие показатели от 0,1 до 0,3 у 56 глаз (30,8%), от 0,4 и выше у 21 глаза (11,5%). Низкое зрение объяснялось прогрессированием травматической катаракты и наличием швов в оптической зоне роговицы, наличием ретинальных геморрагий и гемофтальмом различной степени выраженности и возникновением травматической отслойки сетчатки. Также при выписке отмечена субатрофия на 2 (1,1%) глазах у пациентов с тяжёлыми проникающими ранениями и контузиями глазного яблока.

Выводы.

1. Большинство глазных травм у населения Республики Таджикистан было связано с бытовой, предполагая необходимость изучения стратегий для минимизации глазной травмы в качестве приоритета.

2. Глазной травматизм у лиц взрослого трудоспособного возраста является актуальной социальной проблемой, нередко предполагает повторное хирургическое лечение, длительную медико-социальную реабилитацию и приводит к значительному снижению зрительных функций вплоть до потери глаза, что сказывается на их трудовом прогнозе.

3. Лица мужского пола входят в «группу риска» по травме глаз.

Литература

1. Гундорова Р.А. Современная офтальмотравматология. / Р.А. Гундорова, А.В. Степанов, Н.Ф. Курбанова М.: Медицина, –2007. – 139 с.
2. Гундорова Р.А. Травмы глаза. / Р.А. Гундорова, А.А. Малаев, А.М. Южаков М.: Медицина, – 1986. – 235 с.
3. Филатова И.А. Современные аспекты ПХО ран придаточного аппарата глаза / И.А. Филатова // IX Российский общенациональный офтальмологический форум: сборник научных трудов. – М., – 2016. – Т. 1. – С. 73.
4. Ермолаев В.Г. Производственный глазной травматизм. Клинические, статистические и хрономедицинские аспекты / В.Г. Ермолаев, В.Н. Алексеев, В.Ю. Тегза, А.В. Ермолаев.- Астрахань: Изд. Литературный фонд России. – 2004.- 104с.
5. Ермолаев В.Г. Промышленный травматизм органа зрения по данным госпитализации / В.Г. Ермолаев, А.Г. Сердюков, А.В. Ермолаев // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2005. – № 1. – С. 125-128.

Хайдаров З.Б., Каримов М. Б., Махмадзода Ш.К., Назарзода Н.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КРОССЛИНКИНГА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ И ТРАНСПЛАНТАТА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
1-ое глазное отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Актуальность. Язвенные поражения роговицы и трансплантата являются серьезной проблемой офтальмологии, поскольку приводят к тяжелым последствиям вплоть до анатомической гибели глаза. Распространенность данного заболевания у взрослых достаточно велика и составляет от 47 до 70% всех поражений роговицы, точные данные о распространенности данной патологии у детей отсутствуют. Проблема эффективного лечения язв роговицы и регенерации роговичной ткани остается актуальной, несмотря на большой арсенал лекарственных препаратов, как в России, так и за рубежом. Традиционным подходом к лечению данной патологии является интенсивное медикаментозное лечение с использованием антибактериальных, противовоспалительных, десенсибилизирующих препаратов, а также средств, улучшающих трофику и регенерацию роговицы, и слезозаменителей [1,2]. В последнее время в качестве альтернативного или дополнительного метода лечения язвенных поражений роговицы у взрослых предлагается процедура ультрафиолетового (УФА) кросслинкинга роговичного коллагена [3-5]. Кросслиндинг роговичного коллагена позволяет усилить межколлагеновые связи за счет утолщения волокон коллагена и изменения архитектоники коллагеновых пластов, что приводит к усилению биомеханических и биохимических свойств роговицы [6,8,12,13]. Это, в свою очередь, позволяет трансплантату роговицы противостоять воздействию агрессивных факторов слезной жидкости и воспалительных клеток, при этом значительно снижается риск развития рецидива заболевания [7,9-11]. По данным отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Института им. Гельмгольца, язвы роговицы имеют осложненное течение в 23% случаев, завершаются энуклеацией в 17% -30%.

Цель исследования. Изучение отдалённых результатов лечения методом кросслинкинга у больных с язвенными поражениями роговицы различного генеза.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 24 пациента (24 глаза) с язвенными поражениями роговицы и трансплантата различного генеза, находившиеся на стационарном лечении в 1-ом глазном отделении. Этиологии: 1. посттравматическая, 2. инфекционная, 3. На фоне ношения контактных линз, 4. с язвой трансплантата после сквозной кератопластики. Возраст пациентов от 20 до 55 лет. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование. Для динамического наблюдения клинического течения язвы роговицы и трансплантата после кератопластики использованы биомикроскопия глаз с флюоресцентным тестом, фоторегистрация и оптическая когерентная томография (ОКТ) (OCT Spectralis, Heidelberg Engineering, Германия).

Использование локального УФА кросслинкинга для лечения язвенных поражений роговицы. Процедура проводилась в соответствии с разработанной методикой. Из комплекта устройства для локального кросслинкинга выби-

рали насадку световода нужного диаметра (в соответствии с диаметром язвы), а также необходимую продолжительность УФА воздействия. За 30 минут до начала процедуры роговицу пациента с помощью периодических инстилляций насыщали 0,1% раствором рибофлавина. В ручном режиме пятно УФА проецировали на зону язвенного дефекта, при этом конец сменной насадки располагался на расстоянии не менее 10 мм от поверхности роговицы. Для проведения повторных инстилляций раствора рибофлавина во время процедуры устройство переводили в режим паузы. После полного окончания предустановленного времени воздействия микроконтроллер устройства посылал управляющий сигнал для выключения светодиода, и процедура прекращалась.

Критерии включения были следующими: 1) Пациенты, у которых диагностирована грибковая язва роговицы с помощью соскоба роговицы, культуры грибов; 2) глубина язвы не превышала 2/3 толщины роговицы, измеренной с помощью щелевой лампы или оптической когерентной томографии переднего сегмента (АС-ОКТ); 3) пациенты не выздоровели, несмотря на консервативную терапию в течение ≥ 7 дней; 4) нет показаний к экстренному хирургическому вмешательству; в) пациенты, сотрудничавшие с глазным обследованием, в возрасте от 18 до 90 лет; и vi) наблюдение в течение ≥ 6 месяцев. Критерии исключения были следующими: 1) Пациенты с вирусными заболеваниями роговицы; 2) поражения на всю толщину или даже с перфорацией, наличие явных эндотелиальных бляшек и эмпиемы передней камеры.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто размер бактериальных язв составлял 5,0х4,0 мм с гнойной инфильтрацией дна и краев язвы, с некрозом эпителия и различных слоев стромы в оптической и парацентральной зоне. Течение воспалительного процесса сопровождалось бурной клинической симптоматикой, проявляющейся роговичным синдромом, жалобами на снижение зрения, ощущение инородного тела, боль, светобоязнь и слезотечение.

Всем пациентам была проведена процедура КЛ по вышеуказанной методике. У всех пациентов мы отмечали снижение гнойно-воспалительного процесса в первые 3-5 дней после проведения УФА. Стабилизация процесса кератомалиции отмечена в среднем ко 2-3-му дню после процедуры КЛ. По данным биомикроскопии, к 7-му дню у 21 пациента наблюдали стабилизацию раневого процесса и эпителизацию дефекта. У 3-х пациентов этот процесс продолжался до 10-12 дней. У 22 пациентов мы наблюдали активную васкуляризацию роговицы с формированием в зоне дефекта зоны грануляции и фиброваскулярного паннуса, что свидетельствовало о сосудистом типе заживления к 14-му дню после процедуры КЛ. У 2-х пациентов процесс регенерации был бессосудистый с незначительной глубокой васкуляризацией на периферии роговицы. К 30-му дню наблюдения у всех пациентов мы отмечали полное заживление зоны дефекта роговицы с формированием фиброза и незначительной остаточной васкуляризацией. Из них у 2-х пациентов отмечали частичное отложение пигмента в зоне дефекта. У всех пациентов группы наблюдалось уменьшение болей в первые сутки после процедуры. Ремиссии гипопиона после процедуры не наблюдалось. Послеоперационные результаты были одинаковыми через 3, 6 и 12 месяцев. Острота зрения улучшилась у 25 пациентов.

Выводы. Таким образом, нам представляется весьма перспективным дальнейшее применение КЛ в комбинированном лечении язв роговицы и трансплантата. Однако, учитывая небольшое количество пациентов, требуется дальнейшее продолжение исследования и лечения в рассмотренном направлении.

На основании обзора данных литературы о применении КРЛ для лечения инфекционных поражений роговицы можно сделать вывод о том, что КРЛ обладает определенным лечебным потенциалом и может стать перспективным методом лечения инфекционных кератитов и ГЯР в случаях неэффективности традиционного медикаментозного лечения [49]. Лечебный эффект КРЛ реализуется за счет его антимикробного, антиферментного, противовоспалительного действий, а также за счет усиления прочностных свойств стромы и повышения устойчивости ткани роговицы к микробным ферментам.

В связи с постепенным затуханием УФА-лучей на глубине примерно 300 мкм эффект КРЛ более выражен при лечении ГЯР, расположенных в поверхностных и средних слоях стромы роговицы. В этой связи некоторые авторы (F. Hafezi, D. Tabibian) предлагают использовать КРЛ сразу после постановки диагноза гнойного кератита либо применять метод в ранних стадиях ГЯР, до того, как инфекционный процесс захватит глубокие слои роговицы. В случаях развитых ГЯР КРЛ позволяет снизить активность инфекционного процесса, отсрочить экстренную кератопластику и провести операцию в плановом порядке, уменьшив количество послеоперационных осложнений.

Данные литературы по фотохимическому взаимодействию УФО и рибофлавина при лечении инфекционного кератита и гнойного расплавления роговицы свидетельствуют о том, что введение метода в практику может привести к уменьшению количества осложнений, частоты проведения экстренной кератопластики и повышению числа благоприятных исходов

Литература.

1. Майчук Ю.Ф. Терапевтические алгоритмы при инфекционных язвах роговицы. / Ю.Ф. Майчук // Вестник офтальмологии. – 2000, – № 3. – С. 35-37.
2. Ситник Г.В. Современные подходы к лечению язв роговицы. / Г.В. Ситник // Медицинский журнал. – 2007. № 4. – С. 100-104.
3. Яни Е.В. Селиверстова К.Е. Лечение язв роговицы затяжного течения с помощью ультрафиолетового кросслинкинга роговичного коллагена. Клинические случаи. / Е.В. Яни [и др.] // Российский офтальмологический журнал. – 2021. – № 14(3). – С. 106-112.
4. Нероев В.В. Кросслиндинг роговичного коллагена в лечении трофических бактериальных язв роговицы. / В.В. Нероев [и др.] // Российский медицинский журнал «Клиническая офтальмология». – 2013. – № 2. С. 25-28.
5. Iseli H.P., Thiel M.A., Hafezi F., Kampmeier J., Seiler T. UltravioletA/riboflavin corneal cross-linking for infectious keratitis associated with corneal melts. Cornea. 2008;27(5):590–594.
6. Caporossi A., Baiocchi S., Mazzotta C., Traversi C., Caporossi T. Parasurgical therapy for keratoconus by riboflavin/ultraviolet type A rays induced crosslinking of corneal collagen // J. Cataract Refract. Surg.– 2006.– Vol. 32.– P. 837-845.

7. Farge E.J. Results of penetrating keratoplasty over a four-year period // *Ophthalmology*.– 1978.– Vol. 85.– P. 650- 654.
8. Fujimori E. Cross-linking and Fluorescence Changes of Collagen by Glycation and Oxidation // *Biochim. Biophys. Acta*.– 1989.– Vol. 998.– P. 105-110.
9. Lindquist T.D., McGlothlin J.S., Rotkis W.M., Chandler J.W. Indication for penetrating keratoplasty: 1980-1988 // *Cornea*.– 1991.– Vol. 10.– № 3.– P. 210- 216.
10. Vail A., Gore S.M., Bradley B.A., Easty D.L., Rogers C.A. Corneal transplantation in the United Kingdom and Republic of Ireland // *Br. J. Ophthalmol.*– 1993.– Vol. 77.– P. 650-656.
11. Volker-Dieben H.J., D'Amato J., Kruit P.J. The interaction of factors influencing corneal graft survival: a single centre study of 1800 consecutive corneal grafts in 16 years // *Exp. Eye Res.*– 1992.– Vol. 55.– Suppl. 1.– P. 177.
12. Wollensak G., Mrochen M., Sliney T., Seiler T. Safety of UVA-Riboflavin crosslinking of the cornea // *Cornea*.– 2007.– Vol. 26.– P. 385-338.
13. Wollensak G., Spoerl E., Seiler T. Riboflavin/ultraviolet-A-induced cross-linking for treatment of keratoconus // *Am. J. Ophthalmol.*– 2003.– Vol. 135.– P. 620-627.

Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Шамсуллозода Ш.Н.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ СПОСОБОВ ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ

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

Введение. Начало нового века ознаменовался бурным развитием и внедрением инновационных технологий в различных областях человеческой деятельности. В том числе в медицинской педагогической отрасли [2,3,5]. Особенно наглядно это демонстрируется в активных и интерактивных методах обучения студентов хирургии [1,4]. Само понятие – интерактивность исходит от англ. «interaction», означая «взаимодействие», т.е. степень взаимодействия между объектами. Полноценно это можно преподнести как преподавание на основе взаимодействия между студентами и с преподавателем. Современные требования обучения к студентам должны учитывать перспективные аспекты достижения в хирургии, в нашем случае прицельно миниинвазивного лечения абдоминального его направления. Как таковой это относится и к – эндохирургии, нового течения медицинской технологии. Эти методики позволяют студентам ее детально ознакомиться с перспективными путями развития медицины.

Цель-улучшение степени познания и усвоения предмета хирургии студентами на кафедре медуниверситета.

Материал и методы. На кафедре хирургических болезней №1 в процессе учебного процесса активно и широко используются интерактивные методы преподавания студентам. Такие как: ролевые игры, демонстрация видеороликов (операции клиники), разработанные на кафедре различные кейсы, круглый стол и далее. Неоднократно обучения велись совместно с педагогами из дружественной нами Республики Казахстан, точнее Карагандинской Медакадемии. Такие академические обмены опытом позволили повысить уровень преподавания интерактивных методов студентам и заодно повысить степень квалификации педагогов.

Результаты. В решении предложенных кейсов студенты учатся сортировать основные жалобы больных, сгруппировать их одномоментное сочетание, по результатам их него анализа разработать план обследования и поставить предварительный диагноз пациентам, далее найти ключ к решению проблемы, т.е. лечить пациентов. Большая заинтересованность студентов обучением достигается путем выбора дискуссионного аспекта темы, где присутствует противоречия. К примеру, абсолютные и относительные показания к операции, оптимальные сроки проведения оперативного вмешательства при многогранности течения ургентных абдоминальных патологий.

При ролевых играх одни студенты выступают в качестве пациентов с ургентными абдоминальными заболеваниями, а другие в качестве врачей – хирургов приемного покоя. Эти имитационные моменты игры позволяют развивать клиническое мышление обучающихся, заострять внимание на симптомокомплексе неотложных состояний. Ролевые игры способствуют студентам-медикам реально познавать степень оказания экстренной хирургической помощи пациентам. Параллельно они учатся поэтапному алгоритму оказания помощи, с назначением клиничко-лабораторных, инструментальных методов исследований, с учетом факта поставленного предварительного диагноза. Во всех этих ситуациях студент должен учитывать, т.е. обучаться своевременно, распознавать тяжесть состояния больных. Это ключевой момент ими достигается при неоднократном и личном участии учебного имитационного процесса. В ролевых играх студенты опираются не только на имевшиеся учебно-методическую литературу, но и на клинические рекомендации предложенные ведущими специалистами-хирургами МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

Демонстрация видеороликов студентам также способствуют визуальному осмотру проведенных операций, с их зрительным эффектом, изяществом и искусством оперирования врачей. Такой метод может помочь в фиксации полученных информации, проявить еще более глубокий интерес обучающихся к предмету хирургии и получению новых знаний, более качественному усвоению учебного материала.

Участие в круглых столах помогает вести студентов к обобщению, развивать самостоятельность их мысли, учиться выделить главное в учебном материале, развить речь и многое другое.

Выводы. Высокие требования к студентам на основе их профессиональной подготовки дает возможность в будущем стать хорошими специалистами, и являются залогом хорошего качества оказания лечебной помощи. Вышеуказанные перечисленные способы интерактивного обучения призваны решать основную проблему, сформулированную у обучающихся– научиться глубокому познанию предмета. Это вполне означает, что приобретенная истина достигается не так уж «легко». При этом намного важнее развитие мышления студента, основанная, прежде всего, на анализе именно текущей клинической ситуации, индивидуальном (персональном) поиске информации, построению того не-

обходимого логического звена с последующим единственно взвешенного, грамотного и обоснованного решения. Аргументированное использование наставником многообразных форм интерактивных способов преподавания дает возможность сделать процесс занятий не только интересным, но и высокоэффективным для студентов. Предложенные интерактивные методы обучения способствуют еще более познавательной активности обучающихся, нося при этом гибкий характер, с развитием клинического мышления, формирования у студентов к принятию решений в типичных и неординарных случаях. Современные методики обучения создают эффективную платформу повышения компетентности оказываемых медицинских услуг.

Литература

1. Интерактивные семинары в преподавании хирургии // Университетская Клиника. 2019; (30): 115-117.
2. Методические рекомендации по организации учебных занятий с использованием активных и интерактивных форм и методов обучения. 2020; Москва. с.52
3. Солодухина ОА. Классификация инновационных процессов в образовании //Среднее профессиональное образование . 2011;10; 12-13.
4. Римская ЕЯ. “Инновационные уроки” 2004 г.
5. Дмитриев НА. Непрерывное образование как основа формирования региональной системы непрерывного профессионального образования // Известия Тульского гос. ун-та. Гуманитарные науки. 2010; 2; 467-473.

Хамидов Ф.М.

СОСТОЯНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У МУЖЧИН С РЕЦИДИВНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ, ПЕРЕНЕСЕННЫМИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПАХОВОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В мире ежегодно выполняются более 20млн. хирургических операций, из которых 10-15 % составляют грыжи. Превалирующую часть грыженосителей составляют мужчины репродуктивного возраста по данным ряда авторов составляет 80% [1,4]. По данным разных литературных источников около 58 % заболеваний детского возраста у мальчиков могут быть причиной бесплодия [2]. Исследования репродуктивного здоровья мужчин, перенёсших традиционные операции на органах половой системы в детском возрасте, могут быть в будущем причиной аутоиммунного бесплодия от 30-46% [2, 3].

Частота развития рецидива после классических оперативных вмешательств варьирует от 10 до 30% [3]. Повторное грыжесечение, может стать причиной нарушения кровообращения в яичке как ввиду травматизации семенного канатика в ходе операции, так и вовлечения его структур в зону послеоперационного рубца, что приведет к образованию рубцовых стриктур.

Наряду с рецидивом патологии, различные методы традиционных герниопластик могут привести к нарушению, как сперматогенной, так и гормональной функции. Установлено, что в 15-29 % наблюдений паховое грыжесечение приводит к нарушению сперматогенной и гормональной функции яичка разной степени тяжести, что ведёт к снижению половой и детородной функции, вплоть до полной утраты способности к оплодотворению. В связи с этим высоким является риск повреждения репродуктивного здоровья [3, 4].

По данным некоторых литературных источников операция, выполненная в ранние сроки может привести к травматизации элементов семенного канатика, нарушения кровообращения яичек, отека яичек в результате нарушение венозного оттока [4]. Противоположное мнение имеют другие авторы изучавшие детально клинико-анамнестические данные, определившие кремаштерный рефлекс, измерявшие температуры яичек, УЗИ мошонки и паховых областей у детей пришли к заключению, что паховая грыжа не оказывает негативное влияние на рост и развитие яичек [4]. Однако, ряд авторов на основе детальных исследования пришли к выводу, что грубое выделение грыжевого мешка без прямого повреждения семявыносящего протока может привести к последствиям, которые сравнимы с иссечением протока.

Не вызывает сомнения и влияния рецидивной паховой грыжи и хирургического лечения на нарушения репродуктивной функции как до, вследствие влияния рубцового процесса на сосуды семенного канатика, так и после непосредственной оперативной травмы элементов семенного канатика, [3,4]. Наибольшее отрицательное влияние на сосуды яичка оказывает косая паховая грыжа, при этом решающее значение отводят размеру грыжи, срокам грыжесекательства и наличию рецидива [4].

Повторное оперативное вмешательство может привести к нарушению кровоснабжения вследствие травматизации так и вовлечения в рубцовый процесс элементов семенного канатика, что в свою очередь снизит трофику яичка [4].

Взаимосвязь между выраженностью нарушения притока крови к яичку и гормонального функционирования отмечается в работах некоторых исследователей [5]. Изменения эякулята при грыжесекательстве до года минимальны, но с увеличением срока грыжесекательства картина ухудшается [5].

В свете вышеупомянутых данных необходимым является пересмотр отношения традиционных способов герниопластики и герниорафии у мальчиков, что побудило нас к данному исследованию.

Цель исследования. С использованием оптического увеличения и прецизионной техники оценить состояние элементов семенного канатика у пациентов с рецидивной паховой грыжей, перенесших в детском возрасте паховое грыжесечение.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ клинического материала 48 пациентов с рецидивными паховыми грыжами, находившихся на лечении в кафедре хирургических болезней №2 им. академика Усманова Н.У. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе РНЦССХ в отделении МРПХ г. Душанбе с 1990 по 2021 гг. Правосторонняя локализация имелась у 29 (60,4%), левосторонняя у 17 (35,4%) и двухсторонняя у 2 (4,2%) пациентов. Возраст больных варьировал от 6 до 84 лет, средний возраст при этом составил 35,5 лет. Рецидив патологии имел место после

натяжной герниопластики выполненной в детском возрасте у 34 (70,8%). Пациенты до 18 лет составили 6 (12,5%).

Пациентам после объективного исследования проводили диафаноскопию, термометрию, УЗИ, УЗДГ кровотока яичек, КТ и в ряде случаев определение спермограммы и половых гормонов.

Обработка этих данных дало нам возможность уже на дооперационном этапе определить состояние мышечно-апоневротического слоя, гемодинамику яичек, а также выбор адекватного хирургического лечения.

Повтор методов исследования в послеоперационном периоде информировало об изменениях гемодинамики в яичках, а также своевременную диагностику послеоперационных осложнений.

Результаты исследования и их обсуждения. Рецидив патологии во всех случаях способствует развитию выраженного спаечного процесса окружающего всех структур паховой области и сращения элементов семенного канатика. Повторная операция, выполненная невооруженным глазом, намного повышает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика при мобилизации грыжевого мешка.

Особенность операции при рецидивах заключалась в том, что имелось выраженная спаечный процесс, сдавление элементов семенного канатика, гипотрофия мышц поднимающего яичко. Было выявлено в 12 случаях рубцовое сдавление элементов семенного канатика.

В тех наблюдениях, где ранее пациентам использовались протезы. В этих наблюдениях имелись случаи долго не заживляющихся свищей, сморщивание сетки, отсутствие семенной артерий.

При выраженном сдавлении семявыносящего протока – была произведена декомпрессия.

Сложными явились случаи где отмечались пересечения, и облитерация семявыносящего протока. Среди 6 случаев лишь в 4 случаях удалось восстановить семявыносящий проток (Рис 1.). В одном случае облитерация привела к протяженному дефекту и затрудняла возможность реконструкции. В другом на всем протяжении раны не удалось найти семявыносящий проток, при этом возраст пациентов превышал 60 лет.

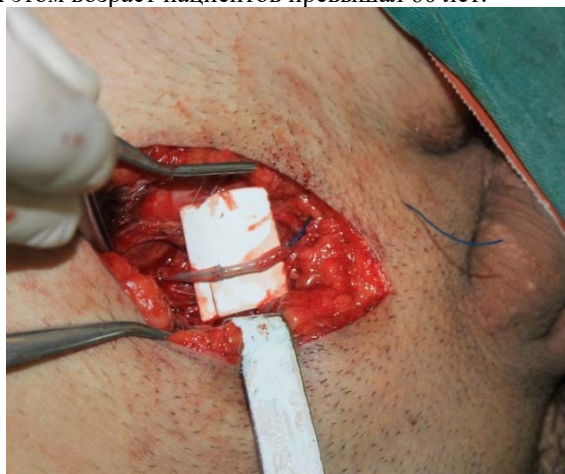


Рис. 1. Вид восстановленного семявыносящего протока после восстановления и поставления анастомоза конец-конец.

Натяжные способы операции были использованы при первичном рецидиве в 23 случаях. При средних рецидивах и больших размерах дефекта использовали комбинированные виды пластики у 15 пациентов. Ненатяжные способы герниопластики были при неоднократных рецидивах и гигантских размеров грыжевых ворот у 10 пациентов.

В связи с тем, что после прямого контакта протеза нередко развивается орхит, сдавления и раздражения элементов семенного канатика нами были предложены способы, предотвращающие контакт протеза с элементами семенного канатика на что получены патенты № 1201 РТ, №1295 РТ.

В непосредственном послеоперационном периоде гнойно-воспалительное осложнение имело место у 5 пациентов, что составило 10,4%. Частота встречаемости серомы составил 4,2%, нагноение раны у 4,2%, и отек мошонки в 2% случаях.

Выводы. Таким образом наличие ранее выполненного оперативного вмешательства без вооруженного глаза и прецизионной техника глаза, кроме рецидива привело к снижению скоростей кровотока в яичках, сдавление и пересечение как элементов семенного канатика, так и семявыносящего протока. Выбранная нами тактика на основе дополнительных методов исследования выбора на дооперативном этапе метода ликвидации грыжевого дефекта оправдана, а оптический увеличитель и прецизионная техника намного улучшило качество герниопластики.

Список литературы:

1. Антонова Н.А. Профилактика послеоперационных осложнений и рецидивов грыж передней брюшной стенки у больных с метаболическим синдромом/ Антонова Н.А., Лазарев С.М. // Вестник хирургии. - 2019. - Т.178. - №1. - С.49-54.
2. Ates E. A rare complication of inguinal hernia repair: Total testicular ischemia and necrosis / E. Ates, H.G. Kazici, A.S. Amasyali // Arch Ital UrolAndrol. – 2019. - 91 (1). – С.46–48.
3. Dong Z. Does the use of herniamesh in surgical inguinal hernia repairs cause male infertility? A systematic review and descriptive analysis./ Dong Z. [et al.]// Reprod Health. – 2018. - №15.(1)P.69
4. Singh A.N. Testicular functions, chronic groin pain, and quality of life after laparoscopic and open mesh repair of inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial/ Singh A.N. [et al.]// SurgEndosc. – 2012.- 26 (5) P.1304–17.
5. Wang L. Surgical treatment of azoospermia caused by iatrogenic injury to bilateral vas deferens/ L. Wang [et al.]// Zhonghua Nan KeXue. – 2016. - 22 (7). P.626–629.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE У ПАЦИЕНТОВ С III (IIIa) ТИПОМ ПО NORWOOD – HAMILTON

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Проблема лечения алопеции считается сложной, и в то же время, актуальной задачей, многие аспекты которого до настоящего времени остаются нерешёнными. Увеличение обращения пациентов по поводу выпадения волос и эстетического неудобства составляет 8 % у лиц с дерматологической патологией [1,2]. Хотя причин потери волос очень много, наиболее частой причиной является андрогенная алопеция, которая по данным зарубежных авторов встречается у 70% лиц мужского пола 40 % и женского пола [2]. Немаловажно и влияние потери волос на психологическое состояние и самооценку у данного контингента лиц.

Предпочтение дающее, как пациентами, так и врачами на медикаментозную терапию только в 10 % эффективно, и лишь в 20-30% приостанавливает процесс [3]. В связи с этим на сегодняшний день единственным успешным методом решения является аутотрансплантация [3].

Аутотрансплантация волос имея историю свыше 100 лет пережила революционный процесс с родоначальниками данного направления, существенно улучшила послеоперационные результаты и при этом успешно применяется для решения лечения других типов потери волос.

С середины 90-х годов прошлого столетия «золотым стандартом» получения аутотрансплантатов стал метод трансплантации фолликулярных объединений (FUT). При этом методе - микроскопическим рассечением фолликулярной единицы из иссеченного лоскута донорской зоны получали трансплантаты с низкой частотой рассечения, высоким выходом и удовлетворяющими результатами [4].

Альтернативным методом экстракции волосяных фолликулов (FUE), которое в первые годы в связи со сложностью извлечений, большой частотой пересечения широкого распространения не получил [4]. Все изменилось с видоизменениями и усовершенствованиями, которые появились в данном направлении уменьшив частоту пересечения фолликулов, более щадящими методами и улучшением выживаемости трансплантатов, и многие считают, что этот показатель теперь аналогичен показателю трансплантатов FUT [4,5]. Также нужно отметить в большинстве случаев при обращении пациентов им предлагают метод FUE. Популярность FUE также связана в связи с отсутствием линейного рубца и послеоперационной боли по сравнению с FUT [5].

Однако, он также не лишён недостатков, т.к. более трудоемкий, продолжительный и имеет более длительный срок обучения, что побудила нас к данной исследовательской работе.

Цель исследования. Анализ результатов аутотрансплантации волос методом FUE у пациентов с III (IIIa) типу по Norwood – Hamilton.

Материал и методы исследования. Проанализирован опыт аутотрансплантации волос методом экстракции фолликулярных объединений (FUE) у 17 мужчин с андрогенной алопецией III (IIIa) типом по Norwood – Hamilton за период с 2019 по 2023 годы. Возраст пациентов составил от 21-37 лет, средний возраст наших пациентов составил 29,5 лет. В исследование не включались пациенты с трансплантацией бороды, усов, бровей, рубцовых зон, а также пациенты женского пола. После проведения объективного исследования пациентам направлялся на лабораторно-инструментальные методы исследования в которую входили гемограмма, коагулограмма, биохимические исследования крови, ЭКГ и флюорографию.

Участки алопеции имели площадь 60-95 см², что составило 7,6-44% от всей площади головы. Стадия определения площади реципиентской и рассчитывания количества в донорской зоне осуществлялся с помощью прозрачной пленки с дальнейшим вставлением пленки в сантиметровую бумагу. Количество волос у обследованных волос в реципиентской зоне колебалась от отсутствия в лобно-височных областях, с минимальными количествами в теменных областях, до 62-170 волосяных фолликулов на см² в донорской зоне.

Для оценки влияния метода экстракции фолликулярных объединений (FUE) на качество жизни пациентов до и после 12 месяцев аутотрансплантации пользовались шкалой-анкетой CES-D, которая включает 20 вопросов их эмоционального и физического состояния оценивающийся в баллах.

Результаты исследования и их обсуждение. Перед началом операции ставили метки в области реципиентской и донорских зонах, а затем состригают волосы на 1-2 мм (Рис.1, 2, 3).

Немаловажен и этап разметки как реципиентской зоны, так и донорской, которая должна быть индивидуализирована и отвечала на предпочтения как самого пациента так, и максимальным образом была естественна.

Операция включала этапы: разъединение и извлечение; формирование микроканалов и имплантацию. Ауто-трансплантация производится с соблюдением строгой асептики, под локальной анестезией с использованием местных анестетиков и седативных препаратов. Разъединение и извлечение производился в положении лежа. После обезболивания контура донорского участка кожи интрадермальным обкалыванием, проводили тумесценцию. Преимущество данной методики в том, что предотвращает повреждение сосудисто-нервного пучка, вследствие увеличения расстояния между основаниями фолликулов и нисходящими сосудисто-нервными пучками. Также растяжение возвышая увеличивает расстояния между фолликулами для минимизации их повреждения и большего количества забора. Высвобождение производится с помощью микропинцетов. Собранные аутотрансплантаты помещали в контейнеры с физиологическим раствором при температуре 4-5°C, что уменьшает ишемию и реперфузионное повреждение. На донорскую область накладывали мажевую повязку. Число изъятых графтов варьировало от 1200 до 4400 (в среднем 2442) единиц. После изъятия графтов пациент в течении 30 мин. принимал пищу и/или отдыхал.

Процесс формирования микроотверстий реципиентной зоны также после обезболивания по периметру начерченной схемы. Проводили тумесценцию, которая наряду с преимуществами, которые мы перечислили при донорской

зоне, растягивая кожу и увеличивая площадь давая большее расстояние для формирования микроотверстий. Микроканалы – отверстия в коже реципиентской зоны длиной 1,3-1,5 мм и глубиной 3-4 мм, с определенным направлением и углом наклона Рис 5.

Завершающим этапом было имплантация фолликулов в микроканалы. Данный способ менее травматичен. Густота трансплантированных волос варьировала от 20-49 фолликулов на см². Средняя продолжительность операции составила 5 ч 06 мин (от 4 ч 30 мин до 7 ч).

Эффективность проведенной аутотрансплантации андрогенной алопеции оценивали на основании изучения непосредственных и отдаленных результатов. В непосредственные результаты входило характер и частоту осложнений вовремя и/или после операции, отдаленные результаты оценивали по доле прижившихся трансплантатов, которые прослеживали ежемесячно в течение 6 мес. и в 12 мес и влияние аутотрансплантации на качество жизни.

Рост волос начинался сразу после пересадки. К концу 1 месяца они начинали выпадать, составляя минимум волосных фолликулов к 2,5 месяцам, затем с 4 месяца отмечался положительный косметический эффект в росте волос.

Нами было зафиксировано 1 (5,9%) случая осложнения в виде фолликуллита в реципиентной и донорской зоне, которые мы связываем с ростом волоса через кожу с вторичным присоединением инфекции, которое имело локальный процесс. Своевременная выбранная тактика лечения антибактериальными средствами с гипертоническим раствором существенно не повлиял на ближайший послеоперационный результат.

Оценку качества жизни удалось провести у 14 (82,4%) пациентов согласившихся на заполнения шкал-анкет CES-D. Из анализа таблиц до аутотрансплантации было выяснено, что у пациентов по классификации Norwood – Hamilton III типов исходные средние показатели составили $14,8 \pm 0,7$ соответственно. После года аутотрансплантации нами было выявлено положительное изменение данного показателя на $9,7 \pm 0,7$. Вышеприведенные данные результатов несомненно говорят о положительном динамике аутотрансплантации на показатели качества жизни.

Выводы. Аутотрансплантация методом FUE несомненно является высокоэффективным способом лечения пациентов с андрогенной алопецией c III (IIIa) типу по Norwood – Hamilton и положительно влияющий на качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kayiran O. Evolution of hair transplantation/ O.Kayiran, E.Cihandide//Plast Aesthet Res. – 2018. – №5. – P9.
2. Rassman W. Follicular unit extraction: evolution of a technology/W.Rassman, J. Pak, J. Kim // J Transplant Technol Res. – 2016. – №6. – P.158.
3. Kim Y.S. Comparison of postoperative pain according to the harvesting method used in hair restorative surgery/Kim Y.S., Y.C. Na, J.H. Park // Arch Plast Surg. - 2019. - №46. – P.241–247.
4. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men – short version. European Consensus Group. J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2018. - №32(1) P.11-22.
5. Jiménez-Acosta F. Follicular Unit Extraction for Hair Transplantation: An Update Actualización del método Follicular Unit Extraction (FUE) del trasplante de pelo/F. Jiménez-Acosta, I. Ponce-Rodríguez//Actas Dermo-Sifiliográficas. – 2017. - №108(6). – P. 532-537.

Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Мухаббатов А.Дж.

ХРОНИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

Актуальность. При сочетании хирургического и терапевтического заболеваний у одного пациента особое значение имеет наличие гнойной хирургической инфекции, особенно на фоне хронических системных заболеваний [1]. Такие больные относятся к группам риска развития послеоперационных осложнений. Среди вышеуказанных сопутствующих системных заболеваний, как сахарный диабет (СД) неблагоприятно влияет на течение раневого процесса, значительно уменьшает способность регенерации ран, заживление которых происходит в течение неопределённо длительного времени и с высокой частотой рецидивов, особенно если у больных с хроническими хирургическими патологиями анального канала (ХХПАК), где высокая степень инфицированности со стороны прямой кишки [2]. Сахарный диабет, в настоящее время является медико-социальной проблемой во всём мире и по прогнозам специалисты этой области, к 20230 году каждый 15-20-й житель нашей планеты будет иметь это заболевание [3].

В современной литературе имеются научные работы по некоторым хирургическим патологиям анального канала на фоне СД: по острому [4] и хроническому парапроктиту (свищи прямой кишки) [5], но нам не удалось найти проведённые исследования по другим хроническим хирургическим патологиям анального канала. Исходя из вышесказанного, а также учитывая увеличение количества пациентов с СД, в настоящее время изучение частоты и структуры ХХПАК у больных, имеющих сопутствующий СД может помочь проведение профилактики послеоперационных осложнений, что имеет высокую практическую значимость и актуальность.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и характер хронических хирургических патологий анального канала на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проведён нами ретроспективный анализ 3974 больных с хронической хирургической патологией анального канала, которые находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с 2017 по 2023 гг. Средний возраст всех больных составил 42,2 года. Для постановки диагноза ХХПАК были нами использованы клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования: осмотр, пальцевое исследование, аноскопия, ректороманоскопия, зондирование свищевых ходов, УЗИ исследование анального сфинктера, фистулография и др. При первичном выявлении сопутствующего СД у пациентов с ХХПАК, проводилось исследование гликозирированного гемоглобина.

Критериями включения в состав больных с ХХПАК явились больные с хроническим геморроем (ХГ), со свищами прямой кишки (СПК, хронический парапроктит), хронической анальной трещиной (ХАТ) и послеоперационный стеноз анального канала (ПСАК). А критериями выключения из исследования были больные с острыми хирургическими патологиями анального канала (острый парапроктит, острая анальная трещина, острый геморрой и др.), а также острые и хронические терапевтические заболевания анального канала и прямой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведённое соотношение мужчин и женщин показало, что среди них с ХХПАК преобладали лица мужского пола в обеих группах исследования, которые в общем составили 2955 (74,4%) пациентов, а женщины - 1019 (25,6%) случаев в данном исследовании. Процентное соотношение мужчин и женщин в каждой хронической патологии анального канала в отдельности показано в таблице 1. По данным этой таблицы, наибольшее количество мужского пола отмечено среди больных со СПК, которые составили 76,7% случаев, а среди женщин – у пациенток с ХГ, то есть в 27,8% случаев.

Таблица 1. Соотношение мужчин и женщин среди больных с ХХПАК.

ХХПАК	Мужчины	Женщины	Всего:
	Абс., (%)	Абс., (%)	Абс., (%)
Хронический геморрой (ХГ)	1476(72,2%)	569(27,8%)	2045(100,0%)
Свищи прямой кишки (СПК)	1063(76,7%)	323(23,3%)	1386(100,0%)
Хроническая анальная трещина (ХАТ)	357(75,2%)	118(24,8%)	475(100,0%)
Послеоперационный стеноз анального канала (ПСАК)	59(86,8%)	9(13,2%)	68(100,0%)
Итого:	2955(74,4%)	1019(25,6%)	3974(100,0%)

Таблица 2. Частота встречаемости хронической хирургической патологии анального канала в сочетании с СД и без него.

ХХПАК	ХХПАК без СД		ХХПАК с СД		Всего:	
	Абс.	(%)	Абс.	(%)	Абс.	(%)
Хронический геморрой (ХГ)	1796	87,8	249	12,2	2045	51,5
Свищи прямой кишки (СПК)	1109	80,1	277	19,9	1386	34,9
Хроническая анальная трещина (ХАТ)	442	93,1	33	6,9	475	11,9
Послеоперационный стеноз анального канала (ПСАК)	61	89,7	7	10,3	68	1,7
Всего:	3408	85,8	566	14,2	3974	100

По данным таблицы 2, среди пациентов с ХХПАК больные с ХГ составили 2045 (51,5%) случаев; со СПК - 1386 (34,9%); с ХАТ - 475 (11,8%) пациентов и 68 (1,7%) с ПСАК. Больные с ХГ занимали доминирующую позицию среди пациентов с ХХПАК (51,1%), на втором месте – СПК. Пациенты с послеоперационным сужением ануса, возникшим после оперативного лечения острых и хронических хирургических патологий анального канала, составили самую низкую частоту встречаемости среди больных с ХХПАК.

СД среди больных с ХХПАК выявлен у 566 пациентов, которые составили 14,2% случаев. В 322 (56,8%) случаях СД был в стадии компенсации и в 244 (43,2%) – в стадии субкомпенсации. Необходимо отметить, что наибольшее сочетание ХХПАК с СД отмечено со стороны больных со СПК (хроническое гнойно-воспалительный процесс в анальном крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке), которые составили 19,9% наблюдений, что соответствует данным литературы [5], а также из анамнеза выяснилось, что ПСАК развивался после вскрытия острого гнилостного (4(57,1%) случаев) и анаэробного (3(42,9%) случая) парапроктита у больных на фоне СД в стадии субкомпенсации, что говорит об увеличении количества больных с гнойно-воспалительными процессами в стенках ануса при хронической хирургической патологии анального канала у этой категории пациентов.

Выводы. Хроническая хирургическая патология анального канала в сочетании с сахарным диабетом встречается в 14,2% случаях в колопроктологии: с хроническим геморроем – 12,2%, со свищами прямой кишки – 19,9%, с хронической анальной трещиной – 6,9% и с послеоперационным стенозом анального канала – 10,3% случаев. При этом, на фоне сахарного диабета увеличивается доля больных с гнойно-воспалительными процессами в стенках ануса среди пациентов с хронической хирургической патологией анального канала.

Список литературы.

1. Брискин Б. С. Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в МКБ-10 и стандартах страховой медицины / Б. С. Брискин, М. Д. Дибиров, Ф.Ф. Хамитов [и др.] // Хирургия. 2007. №1. - С.49-55.
2. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. – М.: МИА, 2006. – 432 с.
3. Дедова, И. И. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. – М. 2011. – 460 с.
4. Ремизов С. В. Хирургическое лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом: Дис... канд. мед. наук. – М., 2004. – 75 с.
5. Хамроев Б.М. Хирургическое лечение свищей прямой кишки у больных сахарным диабетом: Дис... канд. Мед. Наук. – Душанбе., 2022. – 142 с.
6. argy communication. Digestive Endoscopy 2012; 24(4)267–270.

Хамраева Л.С.¹, Алиярова Ф.Т.², Хакимова Г.Х.³
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ РОГОВИЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ВТОРИЧНОЙ ПОСТКЕРАТОПЛАСТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМОЙ

¹Кафедра офтальмологии, детской, Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

²Ташкентский городской детский медицинский диагностический центр. Узбекистан

³Клиника Ташкентского педиатрического медицинского института. Узбекистан

Актуальность. Одним из самых значительных достижений в медицине XX века является, безусловно, трансплантация органов и тканей. Прошло 118 лет со дня первой успешной сквозной пересадки роговицы, проведенной Эдуардом Цирмом. Со времен А.Эльшнига и В.П.Филатова возможности и показания к сквозной кератопластике (СКП) чрезвычайно расширились. Реконструктивные вмешательства на основе СКП могут включать в себя разделение передних и задних синехий, гониосинехий с восстановлением угла передней камеры, удаление ретрокорнеальных и эпихрусталиковых пленок, пластику радужки с формированием зрачка, экстракцию катаракты, частичную переднюю витреоректомию, имплантацию интраокулярной линзы (ИОЛ), удаление и замену ранее имплантированной ИОЛ, другие манипуляции. СКП также применяется при незаживающих язвах роговицы [1,2,3]. Хирурги, занимающиеся сквозной пересадкой роговицы, постоянно сталкиваются с целым рядом важных проблем: одной из которых является профилактика и лечение болезни, отторжения трансплантата, посткератопластической вторичной глаукомы, исходы которых к, сожалению, иногда могут привести к гибели глаза [4,5].

Цель исследования. Представить клинический случай наблюдения пациента после субтотальной сквозной кератопластики.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института (ТашПМИ) находилась пациентка М-ва Х., 16 лет с диагнозом: OD – Болезнь роговичного трансплантата. Вторичная посткератопластическая глаукома. Артифакция (состояние после субтотальной сквозной кератопластики с экстракцией катаракты и имплантацией ИОЛ). Пациентке проведены офтальмологические и клинко-инструментальные методы исследования согласно стандартам диагностики и лечения офтальмологических больных в РУз.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза, 5 лет тому назад пациентка получила травму правого глаза кожурой грецкого ореха, лечилась по месту жительства, позже в клинике ТашПМИ с диагнозом: OD - Посттравматическая гнойная язва роговицы. Острый увеит. Зрительные функции: светоощущение. OS - патологии нет. После курса противовоспалительной и антибиотикотерапии проведена операция OD - синехиотомия, базальная иридэктомия, покрытие язвы по Kunt, блефарорафия. Спустя 4 года пациентке в специализированной клинике проведено хирургическое лечение бельма роговицы: субтотальная сквозная кератопластика с экстракцией катаракты и имплантацией ИОЛ. Через 1 месяц ребенок поступает в стационар по месту жительства с диагнозом: OD - Несостоятельность роговичных швов. Артифакция (состояние после операции СКП). Проведено консервативное антибактериальное и противовоспалительное лечение. Через 2 месяца ребенку с диагнозом: OD- Вторичная посткератопластическая глаукома, артифакция в той же специализированной клинике проведено хирургическое лечение: субтотальная трансклеральная циклофотокоагуляция. Через год пациентка поступает в клинику ТашПМИ с диагнозом: OD – Болезнь роговичного трансплантата. Вторичная посткератопластическая глаукома в стадии декомпенсации. Артифакция. Жалобы на слезотечение, светобоязнь правого глаза. Объективно: OD - отмечаются слезотечение, светобоязнь, смешанная инъекция сосудов склеры. Роговица: отечный трансплантат с наличием швов, васкуляризацией, с ватообразными очагами. С 12 до 13ч просматривается передняя камера, корень радужки. Внутриглазное давление (ВГД): Т п/н +0.5. OS - патологии нет. Visus OD/OS=движение руки у лица не корр. /1.0

Проведены антибиотикотерапия, противовирусное, антимикотическое, гипотензивное лечение. После проведенного лечения ребенок выписан с улучшением и сохранением остаточного зрения.

Выводы. СКП на сегодняшний день является эффективным методом лечения тотальных и субтотальных бельм роговицы. Особую группу риска развития болезни трансплантата после СКП в сочетании с реконструктивной хирургией составляют дети, имевшие в анамнезе незаживающие гнойные язвы роговицы, увеиты. Поэтому данные больные нуждаются в дифференцированной предоперационной подготовке, в постоянном мониторинге состояния трансплантата, переднего, заднего отрезка глаза, ВГД.

Список литературы.

1. Терещенко А.В. Глубокая передняя послойная кератопластика при кератоконусе – первый клинический опыт / Терещенко А.В., Белый Ю.А., Демьянченко С.К. // Современные технологии в офтальмологии. – 2016. – № 3. – С. 30–32.
2. Терещенко А.В. Оптимизированная технология глубокой передней послойной кератопластики (dalk) с фемтолазерным сопровождением / Терещенко А.В., Трифаненкова И.Г., Демьянченко С.К., Головач Н.А., Вишнякова Е.Н. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2017. – № 1. – С. 119–120.
3. Терещенко А.В. Применение глубокой передней послойной кератопластики при кератоконусе / Терещенко А.В., Трифаненкова И.Г., Демьянченко С.К., Головач Н.А., Вишнякова Е.Н. // Точка зрения. Восток – Запад. – 2017. – № 1. – С. 25–27.
4. Azevedo Magalhaes O. Literature review and suggested protocol for prevention and treatment of corneal graft rejection / Azevedo Magalhaes O, Shalaby Bardan A, Zarei-Ghanavati M, Liu C. // Eye.- 2020. -Vol. 34, №3. – P. 442-450.
5. Niederkorn JY. Corneal transplantation and immune privilege // Int Rev Immunol. –2013. - Vol.32, №1. - P. 57-67.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЕЛЕТА ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

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

Актуальность. Остеопороз на сегодняшний день остаётся наиболее распространенным метаболическим заболеванием скелета человека, представляя собой важнейшую не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, а также, являясь главной причиной снижения качества жизни, инвалидизации и преждевременной смерти пожилых людей [2].

По значимости проблемы, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета (заключение ВОЗ). Остеопорозом в России страдают более 10 миллионов, в США более 24 миллионов человек в возрасте старше 50 лет [3]. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета. Наиболее характерными переломами при остеопорозе, являются переломы проксимальных отделов бедра, тел позвонков и дистальных отделов костей предплечья, хотя могут встречаться переломы любой локализации [1].

Опыт клинической практики показывает, что течение остеопороза тесно связано с проявлениями остеоартроза и остеохондроза позвоночника различной локализации. В силу отличия образа жизни и факторов риска данная проблема в нашей стране проявляется ещё острее, что связано с высокой рождаемостью, высоким удельным весом многодетных женщин, алиментарной недостаточностью, анемией, а так же высокой частотой йододефицитных заболеваний [5].

Раннее выявление этой патологии даёт возможность с помощью современных методик исследования уточнить диагноз и оказать своевременную медицинскую помощь.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного лечения остеопороза различного генеза на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний скелета.

Материал и методы. В настоящей работе нами анализированы результаты комплексного обследования и лечения 263 больных с остеохондрозом позвоночника различной локализации (156) и остеоартрозом крупных суставов (107) на фоне остеопороза различного происхождения. Основной контингент больных был в возрасте 40-69 лет, среди которых 176 (66,9%) составили лица женского и 87 (33,1%) мужского пола. В зависимости от локализации дегенеративно-дистрофического процесса отмечено: у 32 (12,2%) в шейном отделе, в грудном отделе - у 18 (6,8%), в пояснично-крестцовом отделе - у 106 (40,3%) больных, в тазобедренном суставе - у 31 (11,8%), коленном - у 63 (24,0%), голеностопном - у 13 (4,9%), больных.

С целью диагностики заболеваний, всем больным проведено ортопедическое, рентгенологическое и лабораторное исследование, а также рентгеновская денситометрия области шейек бёдер, тел позвонков поясничного отдела и дистального метафиза лучевой кости.

Результаты исследования. Все больные были распределены на 2 группы. В первую (основную) группу 129 (49%) вошли больные, которым проводилось обследование и комплексное лечение с учетом остеопороза. Во вторую (контрольную) группу 134 (51%) больных пролеченные без учета остеопороза. Независимо от продолжительности заболевания все больные жаловались на боли в межлопаточной области, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области тазобедренных и коленных суставов, ограничение движений в крупных суставах и позвоночнике, а так же на мышечную слабость и быструю утомляемость.

В ходе обследования у 84 (65,1%) больных основной группы в различных сочетаниях выявлены анемия (29), сахарный диабет (7), зоб (11) и низкая масса тела (37). Рентгенологическое исследование крупных суставов у 51 (39,5%) и позвоночника у 78 (60,5%) больных, наряду с признаками артроза показало истончение коркового слоя суставных поверхностей, кистовидные и зернистые очаги перестройки; двояковогнутую форму или клиновидную деформацию тел позвонков на уровне нижнегрудного и поясничного отделов позвоночного столба. По результатам денситометрии в возрасте старше 40 лет у 73 (56,6%) больных с остеохондрозом позвоночника и артрозом крупных суставов различной локализации, у 11 (8,5%) обследованных установлена остеопения, у 26 (20,1%) – сочетание остеопении и остеопороза, у 36 (28%) больных - остеопороз. Исследование витамина «Д» в сыворотке крови (норма 30-150 ЕД) в 98 (75,96%) случаях показало критическое его снижение (6,2 – 29 ЕД), в 31 (24%) случае снижение в пределах нижней границы нормы (30-36 ЕД). Определение кальция и фосфора в сыворотке крови в основной группе показало снижение общего кальция крови (0,7 - 1,8 ммоль/л) у 48 (37,2%) больных, нормальное содержание кальция у 81 (62,8%) больных.

Учитывая вышеизложенное, диагностика остеопороза в сочетании с дегенеративно-дистрофическими нарушениями крупных суставов и позвоночника имеет качественное отличие, в связи со схожестью их клинических проявлений (боль, дискомфорт, утомляемость и др.) и перекрывания симптомов, создающих трудности в определении доминирующей патологии.

С учетом вышеизложенного необходимо отметить, что без соблюдения принципа комплексности, изолированная терапия этих симптомокомплексов с длительным чрезмерным применением нестероидных препаратов (по поводу артрозов и остеохондроза позвоночника) не только не дает желаемого эффекта, но и усугубляет течение остеопороза.

Всем больным назначался комплекс традиционных лечебных мероприятий, включавший медикаментозную терапию по общепринятой методике: НПВП (лорнадо 8мг. внутримышечно и ротек 50 мг. 2 раза в сутки - 10 дней), общеукрепляющие (витамины группы «В», в частности кардиовит или мильгамма по 2,0 внутримышечно) в течение 10 дней; Миорелаксанты (мидокалм или толкимадо по 150 мг 2 раз в день) 10 дней. Для купирования болевого синдрома с выраженным корешковым синдромом проводили сакральные и паравертебральные блокады (дипроспан или дипрофос по 40 мг., витамин «В-12» 500 мкг на 80-100 мл. 0,5% раствора новокаина 3-5 сеансов каждые 3-4 недели);

для купирования артралгии при артрозах внутрисуставно вводили дипроспана 5мг. Больным с артрозом крупных суставов I-II стадии проводили внутрисуставные инъекции препаратами натрия гиалуроната (остераж 30мг.-2мл, флексатрон смарт-плюс-форте-ультра 20-25мг/мл, 2-4,8мл) по схеме. Проводилась механическая разгрузка позвоночника, тазобедренных и коленных суставов путём дозированного вытяжения по оси сегмента.

В основной группе (129) больным с клиническими, лабораторными и данными денситометрии на фоне традиционного комплексного лечения проведена базисная терапия остеопороза направленная на замедление или прекращение потери массы кости, ее прирост инормализацию показателей костного метаболизма. С этой целью применяли препараты кальция (кальций Д3 никомед форте или идеос по 1 таблетке 2 раза в сутки и осталон по 1 таблетке 1 раз в неделю или остеогенон по 1 таб. 2 раза в сутки) в течение 3 - 4 месяцев. В 17(13,2 %) случаях больным с остеохондрозом позвоночника при выраженном болевом синдроме в сочетании с аменореей и выраженным остеопорозом применяли алендронат по 10 мг.-1 раз в сутки или миокальцик по 100 МЕ внутримышечно, который иногда дополняли осинном и анаболическими стероидами. При дисменорее в 19 (14,7 %) случаях с целью заместительной гормональной терапии применялся климанорм или климаксан.

Динамическое наблюдение эффективности лечения остеопороза на фоне дегенеративно-дистрофических нарушений крупных суставов в основной группе (n-129) через 3 - 6 месяцев показали, «хорошие» результаты у 67 (51,9 %) больных, когда отмечалось полное купирование болевого синдрома с восстановлением объема движений в позвоночнике, крупных суставах. «Удовлетворительные» результаты у 56 (43,4%) больных при купировании болевого синдрома с не полным восстановлением движений в суставах. «Неудовлетворительные» результаты отмечены в 6 (4,7%) случаях, когда у больных было выявлено протрузия межпозвонковых дисков и асептический некроз головки бедра. Проведенное оптимизированное комплексное лечение показало, что восстановление метаболических показателей (кальция у 116 (89,9%) больных, витамина «D» в сыворотке крови у 121 (93,8%)) способствовало стабилизации рентгенологической картины - увеличению ширины трабекул, утолщению кортикальных пластинок костей скелета.

Вывод. Таким образом, наш опыт стационарного лечения показал, что лечение обсуждаемых симптомокомплексов должно проводиться с учетом клинико- лабораторно-рентгенологических показателей и денситометрии.

Литература

1. Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н. /Остеопороз// Учебно-методическое пособие. Душанбе 2023. 133с.
2. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение : клин. реком. / Л. И. Беневоленская [и др.] ; под общ. ред. Л. И. Беневоленской, О. М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 176 с.
3. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] – 2018г. Режим доступа свободный.
4. Доброхотова Ю.Э., Дугиева М.З. Постменопаузальный остеопороз: препараты кальция в современной стратегии профилактики и лечения. /Ю.Э.Доброхотова, М.З. Дугиева// Русский медицинский журнал. - №15, 2017.- с.135-9
5. Организация оказания медицинской помощи, особенности течения, диагностики и комплексного лечения системного остеопороза /А.А.Раззоков [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. -2009. №1. –С. 24-30.

Хасанова Х.Т., Бегматов Х.Ш., Мираков Б.М. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. ЦИФРЫ И ФАКТЫ

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

Актуальность. Детский травматизм – одна из серьезных социальных проблем, которое угрожает жизни здоровью детей, но и влечет проблемы для родителей. Многие миллионы детей по всему миру из-за последствий травм оказываются на больничной койке или в отделениях неотложной помощи и порой на всю жизнь остаются инвалидом. Проблемы детского травматизма и его профилактики привлекают внимание работников здравоохранения как в Таджикистане, так и за рубежом . В последние десятилетия от травм и других несчастных случаев погибает во много раз больше детей, чем от инфекционных заболеваний. В Таджикистане травматизм традиционно занимает одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости, летальности и инвалидности и до последнего времени имеет тенденцию к неуклонному прогрессированию. Это обусловлено изменениями социально-экономического характера, относительно слабым материально- техническим состоянием травматологической службы, возрастанием факторов риска травматизма, таких как: занятость основной части населения в работах с преимущественным применением ручного труда в сельской местности, ведущей роли автотранспортных средств и перевозках народно-хозяйственных грузов, относительно плохой дорожно-транспортной инфраструктурой, ухудшением бытовых условий и других причин.

В стране ежегодно регистрируются до 132,8 тысяч различного вида травм. Сегодня в республике отмечается увеличение удельного веса множественных и сочетанных повреждений, увеличение бытовых (с 18,4 до 31,8%), уличных (с 17,1 до 29,6%), ДТП (с 19,6 до 22,9%).

Цель исследования. Изучить причины, виды и обстоятельств травм.

Общие черты, характеризующие детский травматизм остаются постоянными на протяжении последних 20- 30 лет. Несмотря на большое разнообразие травм у детей , причины вызывающие их типичны .

Результаты исследования. Детский травматизм – это внезапно возникшие повреждения, вызванные внешним воздействием и встречающиеся среди детей разного возраста в условиях быта, проведения досуга, обучения и воспитания. Ежегодно в мире в результате дорожно- транспортных происшествий около 1,2 миллиона человек, а более 186 тысяч детей в возрасте до 16 лет. Общие черты, характеризующие детский травматизм, распределение по полу и возрасту, видам травматизма – остаются постоянными на протяжении последних 20- 30 лет. Несмотря на большое разнообразие травм у детей, причины вызывающие их типичны. С целью выяснения причин и обстоятельств травм у детей, характера повреждений нами проведен анализ историй болезни 1592 детей, поступивших в клинику травматологии и ортопедии за последние 4 года (с 2019 по 2022года). В зависимости от обстоятельств и причин получения повреждений выделялись виды травматизма: бытовой - 45%, уличный- 34%, транспортный- 12%, школьный – 7%,

спортивный – 2%. Среди общего числа травм у детей закрытые переломы костей опорно-двигательного аппарата преобладали над открытыми - 1486 (93,3 %) и 106 (6,7 %). Чаще травмы происходили у детей младшего школьного возраста (7-11 лет). У мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек наблюдались сочетанные травмы - переломы конечностей и внутричерепные травмы с переломами лицевых костей. Наиболее часто причиной травм являлись транспортные несчастные случаи и дорожно-транспортные происшествия. Бытовая и уличная транспортная травма являлось самой тяжелой в структуре всех травм, такие как: повреждения верхних и нижних конечностей, из них переломы плеча – 706 (44,3%), переломы предплечья – 351 (22,46 %), переломы бедра – 365 (23,02%), переломы голени – 136 (8,94%), переломы позвоночника – 6 (0,37%), переломы тазовых костей – 5 (0,31%). Повреждения плеча, бедра и предплечья преобладали при травме, полученной от наезда на пешеходов, а также в результате автомобильных катастроф. Сочетание плечо- предплечье стоит на 1 месте – 1057 (66,4%) детей, на 2 месте бедро- голень – 501 (33,6 %). Мы анализировали сочетанную травму лишь в тех случаях, когда повреждения внутренних органов не являлись ведущими и больные были госпитализированы в травматологический стационар. Первое место среди повреждений внутренних органов у детей занимает черепно-мозговая травма (68,3%). Сотрясение головного мозга отмечалось у 72%. Преобладание черепно-мозговых травм объясняется особенностями механогенеза повреждений у детей: из-за малого роста ребенка голова травмируется в результате удара частями транспорта.

Дорожно-транспортный травматизм являлось ведущей причиной смертности среди детей и молодых людей в возрасте от 5 лет до 16 лет. Ущерб, который несет большинство стран в результате ДТП, достигает 3% от их валового внутреннего продукта. Ежедневно на дорогах мира под колесами погибает 1000 человек (каждые 2,5 минут – 1 человек). Среди детей в возрасте 5-14 лет детский травматизм – вторая по значимости вид травматизма, характеризующаяся высокой тяжестью по сравнению с другими травмами: смертность при нем выше в 12 раз, инвалидизация – в 6 раз, а потребность в госпитализации в 7 раз. Из числа пострадавших в ДТП около 70% нуждаются в стационарном лечении, а летальность составляет 15-20%, причем 20- 25% случаев смерть наступает на месте происшествия, в 1,5 %- в процессе транспортировки, в 4% случаев – в приемных случаях – и в других отделениях стационара. Значительное количество ДТП и связанных с ними тяжелых транспортных травм совершается в столице. Установленные причины дорожно – транспортных повреждений: 34,2 % детей получили травму, перебежая улицу; 14,4 % - при переходе в неустановленном месте: перед близко идущим транспортом, 19% - вследствие игр на проезжей части дорог, невнимательность к сигналам регулирования движением, 7,2% - неожиданно выбегая на проезжую часть из-за стоящих машин, сооружений, зеленых насаждений, неправильный выбор места перехода дороги при посадке из маршрутного транспорта, 8,2% - при катании на велосипеде, незнания правил перехода перекрестка и 17,2% детей получили травму, будучи пассажирами и неправильного поведения на улице. По статистике несчастные случаи с детьми происходят рядом с детскими площадками или во дворах. Любому ребенку непредсказуемо и может выбежать на дорогу за мячом или игрушкой. С одной стороны, из-за особенностей детского восприятия. До 4-х лет ребенок не осознает, что машина не может остановиться мгновенно, до 6 лет – плохо ориентируется по звуку, до 8 лет – не видит, что происходит сбоку от него. Девять из десяти детей замрут на месте или закроют лицо руками, когда увидят несущихся на них автомобиль. С другой – потому, что взрослые не научили их безопасному поведению на дорогах. Прежде всего, это халатность, недосмотр взрослых, неосторожное, неправильное поведение ребенка в быту, на улице, во время игр, занятий спортом. В возникновении повреждений существенное значение имело анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность житейских навыков и недостаток жизненного опыта, любознательность, большая подвижность, эмоциональность, а отсюда отсутствие чувства опасности. Чаще травмы возникали дома и на улице, реже травмы были связаны с городским транспортом, во время занятий спортом. Основными причинами детского травматизма являлось халатность родителей, недосмотр взрослых, неправильное поведение ребенка в быту, на улице, во время . а отсюда отсутствие чувства опасности .

Травмы являются ведущей причиной смерти детей старше трех лет. Причины и структура детского травматизма изменяются в зависимости от возраста. Для детей 1 года жизни характерны были падения с кроватей, диванов, стульев т.к. в этом возрасте они начинают проявлять инициативу и вести более активный образ жизни при несформировавшейся координации движений. У детей 1-3 года движения становятся увереннее, увеличивается подвижность и как следствие, чаще встречались падения с высоты. В дошкольных и школьных возрастах дети много времени проводят во дворе и на улице, появляются много источников новых травм: падения в ямы, драки и т.д. Анатомо-физиологические особенности детского организма обуславливают и особенности характера повреждений по сравнению со взрослыми .

Выводы. Детский травматизм и его предупреждение – очень важная и серьезная проблема, особенно в период школьных каникул, когда дети больше располагают свободным временем, чаще находятся на улице и остаются без присмотра взрослых .

1. Детский травматизм, его профилактика является актуальной медико-социальной проблемой .
2. Статистика детского травматизма по полу и возрасту с небольшими колебаниями повторяется ежегодно. Отмечается тенденция к увеличению числа более тяжелой и сочетанной травмы опорно-двигательной системы.
3. Чрезвычайно важна преемственность между стационаром и амбулаторной специализированной помощью, реабилитации и диспансерного наблюдения за пациентами с последствиями травм, осуществляемыми травматологами – ортопедами детских поликлиник.
4. Предупреждение и лечение травм у детей являются важными мероприятиями в системе здравоохранения. Эти вопросы особое значение приобретают у нас в республике, так как 58% населения составляет детский контингент. В условиях интенсивного роста автотранспорта резко выросло и число дорожно – транспортных происшествий (ДТП).
5. Борьба с дорожно-транспортным травматизмом и его последствиями – одна из наиболее острых проблем современности, ВОЗ и Сотрудничество в рамках ООН в области безопасности дорожного движения призывают правительства и неправительственные организации во всем мире привлекать внимание общественности к ДТП, их последствиям, а также к мерам, которым можно принять для их предупреждения .

Список литературы.

1. Этиология детского травматизма и его профилактика. Даниленко О.В.; Корнева И.Н. 2016, с-206-208.
2. Травматизм: эпидемиология, классификация, профилактика. Глава 16 монография, с-4-8
3. Сборник научных трудов. Дорожно – транспортный травматизм. 2018 г. с- 42- 43
4. Шабалов Н.П. Справочник педиатра. Спб. Питер 2011 с-505 .
5. Сидоров П.И. Парняков А.В. Клиническая психология .М. ГЭОТАР – Медиа 2010 с-797.

Холбоев С.А., Холов И.Ш., Салихов А.С.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. проф. Каримова М.К., ЛДЦ ГОУ ТГМУ им.

Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Операции на желчных путях всегда представляют собой опасность возникновения различных осложнений, большинство из которых связаны с разного рода ошибками. Бурное развитие лапароскопической хирургии, как и следовало ожидать, привело к увеличению числа осложнений, так как происходило накопление опыта, и хотя в последнее время их количество заметно снизилось, к сожалению, они еще имеются и не в таком незначительном количестве. Накопленный нами опыт в выполнении лапароскопических операций на желчном пузыре позволяет нам еще раз подчеркнуть, что их выполнение таит в себе различные опасности, а допускаемые ошибки, приводят порой к трагическим последствиям.

Цель исследования. Изучить вероятность возникновения ошибок и осложнений и пути их снижения.

Материалы и методы исследования. Клиника ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино располагает опытом лечения 54 больных (мужчин – 8, женщин – 46), возраст которых колебался от 23 до 72 лет. По поводу острого калькулезного холецистита оперированы – 11 больных, с хроническим холециститом, обусловленным желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 43. У трех больных холецистэктомия выполнялась от дна в связи с трудностями, возникшими в дифференциации элементов шейки желчного пузыря.

Переходы к открытому методу (конверсия) выполнения операции у 10 больных были обусловлены различными возникшими интраоперационными осложнениями в перивезикальной зоне и гепатодуоденальной связке.

Показанием к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в 78.5% случаях являлся хронический калькулезный холецистит, в 21,5% – острый калькулезный холецистит, операции при котором выполнялись на 2-3 сутки с начала заболевания. Всем больным предварительно проводились общеклинические исследования, которые дополнялись специальными исследованиями сопутствующей патологии с обязательным ультразвуковым исследованием (УЗИ) желчного пузыря и протоков. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов инструментарием фирмы «Азимуд» (Казань) из четырех стандартных точек.

Результаты и их обсуждения. Обсуждение результатов, выполненных ЛХЭ, позволило нам выделить ошибки, которых с приобретением опыта становится все меньше и осложнения, которых можно избежать. К ошибкам мы относим, прежде всего, неадекватный выбор точек для создания пневмоперитонеума и установления инструментария.

Неадекватная оценка соматического состояния больных, когда недооцениваются или переоцениваются данные клинического обследования сопутствующей патологии или производится неправильная их интерпретация, переоценка имеющихся возможностей оперирующего хирурга. По нашему мнению, хирург, занимающийся эндоскопическими операциями, должен быть, прежде всего, высококвалифицированным абдоминальным хирургом, способным решать все тактические вопросы билиарной хирургии. Отказ от дренирования подпеченочного пространства. Неправильное клипирование пузырного протока и отказ от клипирования пузырной артерии, считая, что она визуально малого диаметра, а также от клипирования крупных ее ветвей.

Грубые манипуляции при отделении желчного пузыря от печеночного ложа.

Причины возникновения операционных осложнений также являются предметом всестороннего анализа. Специфичность выполнения лапароскопических операций связана, прежде всего, с отсутствием пальпаторной информации, что ставит хирурга в затруднительное положение в ориентации, отсутствие четкой информации о морфологических изменениях как в желчном пузыре и окружающей его клетчатке, так и в изменениях гепатодуоденальной связки. Даже тщательное обследование больных в предоперационном периоде не всегда позволяет получить исчерпывающую информацию. В своих наблюдениях мы дважды столкнулись с подобной ситуацией, которая закончилась переходом на открытую холецистэктомию. В дальнейшем мы пришли к выводу, что в таких ситуациях может помочь выполняемая после пневмоперитонеума обзорная лапароскопия, с помощью которой можно четко определить морфологическое состояние желчного пузыря с перивезикальной клетчаткой и своевременно перейти на открытую холецистэктомию, предотвращая тактические ошибки и возможные в последующем осложнения.

Интраоперационное кровотечение, потребовавшее конверсии, возникло у пяти больных. У трех из них оно возникло из пузырной артерии. Возникновение таких кровотечений вообще может быть связано со случайным повреждением артерии при ее выделении из рубцовоизмененной или инфильтрированной ткани, что мы наблюдали в двух случаях. В одном случае оно возникло при повреждении ее в инфильтрированных тканях треугольника Коло и термokoагуляцией. Возникновение интраоперационного артериального кровотечения может быть и из дополнительной артерии желчного пузыря, которая является ветвью собственной печеночной, правой поджелудочной или задней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. В случаях, когда дополнительная артерия располагается в пределах треугольника Коло, ее идентификация не вызывает затруднений. Однако, если дополнительная артерия проходит впереди пузырного протока, могут возникнуть осложнения при ее пересечении, что мы и отмечали в двух наших наблюдениях, когда она была принята за истинную пузырную артерию, а истинная пузырная артерия была принята за спайку и коагулиро-

вана. Возникшее кровотечение остановить не удалось и оперативное вмешательство потребовало открытой холецистэктомии. Практика показала, что остановка кровотечения в таких случаях путем коагуляции недопустима из-за возможного повреждения близко расположенного гепатикохоледохса.

Выделение желчного пузыря из ложа сопряжено как с опасностью повреждения паренхимы печени, так и перфорацией стенки желчного пузыря. Особенно связаны эти осложнения с деструктивными формами холецистита. Для облегчения выполнения холецистэктомии у этих больных необходимо производить пункцию желчного пузыря с последующей аспирацией его содержимого.

В ряде случаев это помогает избежать этих осложнений. Осложнения подобного рода мы встретили в трех случаях, в двух из них эвакуация излившейся желчи из под- и надпеченочного пространства ликвидировали путем промывания физиологическим раствором с последующей его эвакуацией при помощи электроотсоса, а выпавшие конкременты удалены с помощью специального резинового контейнера из резиновой перчатки. Возникшее в одном случае повреждение печени, сопровождавшееся обильным кровотечением и желчеистечением, с большими техническими трудностями были ликвидированы с помощью диатермокоагуляции. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Кровотечение из ложа может быть успешно остановлено при использовании биполярной коагуляции, реже коагуляционной губки или пластины «Тахокомб». В двух случаях были обнаружены конкременты в пузырном протоке, которые удалось после аспирации содержимого желчного пузыря диссектором выдавить в полость пузыря. Во избежание желчеистечения из широкого пузырного протока (ширина свыше 10 мм) его проксимальную часть клипировали тремя клипсами, которые накладывали навстречу друг другу, а дистальную – двумя клипсами аналогичным методом.

Пневмония также является далеко нередким осложнением послеоперационного периода ЛХЭ. Провоцирующим моментом ее возникновения может служить субоперационный напряженный пневмоперитонеум, когда давление в брюшной полости поднимается выше 14 мм рт.ст. В нашей практике данное осложнение не отмечено.

Избыточное внутрибрюшное давление несет в себе опасность возникновения тромбоэмболических осложнений, как со стороны ветвей легочных артерий, так и тромбоза глубоких вен нижних конечностей. С целью снижения этих осложнений, связанных с предстоящим оперативным вмешательством, мы производим детальное обследование всех пациентов с определением факторов риска, в случае их выявления в качестве профилактического средства применяем фраксипарин, а для профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей используем эластичное бинтование на время операции и в первые сутки послеоперационного периода. Такой подход позволил нам избежать этих тяжелых осложнений.

Проведение надлежащим образом превентивной антибактериальной терапии вовремя операции, строгое соблюдение профилактических мер асептики и антисептики по инфицированию брюшной полости позволили нам полностью избежать возникновения абсцессов брюшной полости и раневой инфекции.

Выводы.

1. ЛХЭ должна выполняться хирургами, имеющими большой опыт как в абдоминальной, так и в билиарной хирургии.
2. При остром холецистите чаще использовать диагностическую лапароскопию с целью определения морфологических изменений, как в желчном пузыре, так и в перивезикальной клетчатке.
3. Считать показанием к переходу на открытую холецистэктомию наличие инфильтрата в области треугольника Кало, а также гангренозного желчного пузыря и пузырно-дуоденальных свищей. Постоянный анализ ошибок и осложнений, характерных для ЛХЭ, в перспективе позволит снизить их количество до минимальных цифр.

Список литературы.

1. Шулубто А.М., Лукомский Г.И., Сурин Ю.В. и др. Прогнозирование риска операции при остром холецистите. Хирургия 2019; 1: 29—32.
2. Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический калькулезный холецистит: метод. реком. / С.И. Леонович, А.И. Протасевич – Минск: Изд-во Бел.ГМУ, 2014. – 42 с.
3. Иванов В.А., Малайчук В.И. Возможности ультразвукового исследования в выявлении формы острого холецистита // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т.9., №2. – С.125.
4. Горский В.А., Кригер А.Г., Врублевский О.П. Препарат "Тахокомб" в лапароскопической хирургии. В кн.: "Лапароскопические операции в неотложной хирургии". А.Г. Кригер. М. 1997: 146-152: (152 с.)
5. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин П.А. и др. Влияние пневмоперитонеума на венозную гемодинамику нижних конечностей при лапароскопических операциях. Эндоскоп, хирургия. 1988; 4: 4:26-29.
6. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Фаллер А.П. и др. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии. Эндоскоп, хирургия. 1999; 4: 2: 12-16.

Холзода Ш.И., Курбон У.А., Саидов И.С., Хамкар А. ВОПРОС О ЦИРКУМЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Кафедра хирургических болезней ГОУ «ХГМУ», Дангара.
Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе.
Отделение реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССХ, Душанбе.

Актуальность.

Гипоспадия - распространённая врождённая урогенитальная аномалия, частота встречаемости которой составляет 1 случай на 200–250 среди новорождённых мужского пола. Гипоспадия обычно распознаётся при рождении ребёнка с неполной крайней плотью головки полового члена в виде капюшона. Столь высокий процент встречаемости данного порока совместно со сложностью лечения и высоким количеством послеоперационных осложнений делают данную проблему актуальной.

Расширение спектра токсичных экзогенных и генетически обусловленных эндогенных факторов из года в год провоцирует неуклонный рост случаев гипоспадии, что, несомненно, ассоциировано с вопросами проведения циркумцизии, в частности, в качестве религиозного ритуала. Обсуждению подлежит аспект о необходимости воздержания совершения обрезания до завершения хирургической коррекции гипоспадии, и речь идёт целенаправленно о дистальной форме гипоспадии. Вопрос времени, сопряжённого с иссечением крайней плоти у мальчиков с гипоспадией, рассматривается в ряде опубликованных работ, в которых приведены достаточно противоречивые данные. В одних научных публикациях отражается риск возникновения осложнений при лечении гипоспадии после ранее проведённой циркумцизии, тогда как другие авторы показали, что предшествующее обрезание не осложняло последующее восстановление гипоспадии [1-5].

Однако, несмотря на разногласие результатов исследовательских и клинических наблюдений, в настоящее время общепризнано, что младенцам с видимыми аномалиями полового члена, такими как гипоспадия, следует отложить обрезание до реконструктивной операции по поводу коррекции гипоспадии. Если родители новорождённого с видимой аномалией гипоспадии желают сделать обрезание своему ребёнку, вопрос о проведении процедуры следует преждевременно обсудить с реконструктивно-пластическим хирургом или детским урологом.

Цель исследования. Изучить технические особенности хирургического лечения гипоспадии на фоне ранее проведённой циркумцизии.

Материал и методы исследования.

На базе отделения реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе и отделения хирургии Республиканской клинической больницы района Дангары в период с 2016 по 2023 гг. было оперировано 11 больных с дистальной формой гипоспадии после ранее проведённой циркумцизии. Возрастной диапазон больных варьировал от 6 до 16 лет и в среднем составил $10,9 \pm 3,3$ 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 с использованием системы «Интеллектуальный урофлоуметр» была проведена для анализа уродинамических показателей с целью объективной оценки выполненной коррекции гипоспадии и мониторинга качества лечения в послеоперационном периоде. В предоперационном периоде после определения уровня половых гормонов в течение месяца локально применяется гормонотерапия с целью увеличения площади кожи полового члена для дальнейшего использования в качестве пластического материала.

Результаты исследования и их обсуждение.

У всех госпитализированных больных характерным недостатком выступало отсутствие крайней плоти полового члена, обрезанной в процессе циркумцизии. При этом обрезание у одной части больных проведено по незнанию важности проблемы со стороны народных знахарей, то у другой части больных циркумцизию 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 циркумцизии, при которой были перерезаны сосуды, наблюдалось более длительное время заживления послеоперационной раны. Следовательно, предварительная циркумцизия определяет продолжительность проводимых операций и период госпитализации, которые значительно увеличиваются.

Важным техническим моментом является сложность выполнения коррекции гипоспадии после циркумцизии 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.

Согласно некоторым опубликованным данным, преждевременная циркумцизия при дистальной форме гипоспадии не демонстрировала осложнений при коррекции гипоспадии.

В противовес вышеуказанному заключению, наш клинический опыт демонстрировал важность воздержания от проведения циркумцизии у новорождённых с гипоспадией до устранения данной патологии, что поддерживает мнение сторонников об отсрочке циркумцизии до коррекции гипоспадии. Следовательно, согласно приобретённым нами результатам, наличие гипоспадии у детей при рождении является противопоказанием для проведения циркумцизии, учитывая важность крайней плоти, как пластического материала для формирования неоуретры при реконструкции гипоспадии.

Важными критериями, обеспечивающими успех операции, представлены не только применением технологии микрохирургии, но и владением хирургических приёмов и навыков оперирующего врача.

Список литературы

1. Хамкар, А. Непосредственные результаты уретропластики при разных формах гипоспадии /Аминулла Хамкар [и др.] // Вестник Авиценны. – 2021. – Т. 23. – №. 4. – С. 626-632.
2. Холов, Ш.И., Курбанов, У.А., Джаноилова, С.М. Тактико-технические аспекты хирургического лечения гипоспадии: монография. – Душанбе, 2022. –154с.
3. van den Dungen I. A. L. et al. Comparison of preputioplasty and circumcision in distal hypospadias correction: long-term follow-up // Journal of pediatric urology. – 2019. – Т. 15. – №. 1. – С. 47. e1-47. e9.
4. Chalmers D. et al. Discovery of hypospadias during newborn circumcision should not preclude completion of the procedure // The Journal of Pediatrics. – 2014. – Т. 164. – №. 5. – С. 1171-1174. e1.
5. Herzberg H. et al. Operative techniques and long-term outcomes of hypospadias repair in the absence of preputial skin after neonatal circumcision // Journal of Pediatric Surgery. – 2022. – Т. 57. – №. 11. – С. 676-680.

Холиков Н.К.1, Саидов А. Дж.1, Карим-заде Х.Дж.2
ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ Глазное отделение СОКБ им. С. Кутфиддинова г. Худжанд

² Кафедра офтальмологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Введение.

Почти 90% глазных травм можно предотвратить. Причины офтальмотравматизма многообразны. Место получения, характер, вид травмы могут сыграть значительную роль в плане обращаемости, своевременности оказания первой помощи, специализированно-квалифицированной помощи больному, что влияет на исход травмы. Проникающие ранения глаз у детей и по сей день занимают одно из ведущих мест в отношении потери зрения, органа и приводят к монокулярной слепоте, а порой и к инвалидности по зрению с детства.

Цель исследования.

Анализ проникающих ранений глаз у детей по материалам глазного отделения Согдийской областной клинической больницы (СОКБ) им. С. Кутфиддинова за 3 года (2020-2022гг).

Материал и методы исследования.

Был произведен ретроспективный анализ историй болезней больных с травмами органа зрения, получавших стационарное лечение в глазном отделении СОКБ имени С. Кутфиддинова за трехлетний период с 2020 по 2022годы. Были изучены следующие параметры: пол, возраст, время от момента получения травмы до поступления на стационарное лечение, тип травмы, обстоятельства получения травмы, сопутствующие изменения и осложнения, а также результаты проведенного лечения.

Результаты исследования.

Анализ офтальмотравматизма показал, что количество проникающих травм глаз не имеет тенденции к уменьшению. Если за период с 2008 по 2012гг 160 больных с травмами органа зрения получили лечение в глазном отделении СОКБ, то за период с 2020 по 2022гг было пролечено 198 больных с аналогичной патологией. Среди 198 больных с травмами органа зрения детей было 75 (37,9%). Из них мальчиков - 68,4%, девочек - 31,6%. Двустороннего повреждения глаз не отмечалось.

Всего за исследуемый период времени 425 детей до 18 лет с различными заболеваниями органа зрения находились на стационарном лечении в глазном отделении, из них с проникающими ранениями – 75, что составляет 17,6% от общего числа пролеченных детей. На основании классификации Поляка травм органа зрения больные были распределены следующим образом (табл. 1):

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от типа травмы и времени поступления.

	Характер травмы	Вид травмы	По времени поступления
№	Бытовая -64,9%	Роговичная 64,6%	На 1-е сутки – 69,9%
1	Уличная -24,4%	Склеральная 12,7%	До 2-х суток - 12,9%
2	Транспортная -1,0%	Корнеосклеральная 21,7%	Более 2-х суток - 18,0%
3	Спортивная-2,0%	Сквозное ранение 1,0%	
4	Школьная -7,6%		

Наиболее подверженным проникающим ранениям глаз оказались мальчики. Каждая 3 травма (75%) из 4-х была получена в бытовых условиях. Преобладали ранения роговичной (n=49, 64,6%) и корнеосклеральной (n=16, 21,7%) локализации; в то время как склеральные (n=9, 12,7%) и сквозные (n=1, 0,75%) встречались значительно реже.

Всем поступившим больным произведена рентгенография орбиты для исключения наличия повреждений стенок орбиты, и А-,В-сканирование для уточнения наличия внутриглазного инородного тела. Профилактика столбняка осуществлялась всем больным в экстренном порядке перед операцией микрохирургической ПХО раны глаза. В случае наличия внутриглазного магнитного инородного тела, которое наблюдалось в 16 (21,7%) случаях, производилось его удаление, максимально через плоскую часть цилиарного тела (pars planum), а крупные и торчащие в ране инородные тела извлекались через входную рану. Эхографические исследования с уточняющей диагностической целью произведены 30% больным.

В таблице 2 приведены основные сопутствующие изменения со стороны глаз при поступлении, а также ранние и поздние осложнения в послеоперационном периоде.

Таблица 2. Сопутствующие изменения и осложнения (в %) в динамике у больных с проникающей офтальмотравмой.

Вид осложнений	При поступлении	После операции	В отдаленном сроке
Гифема, частичный гемофтальм	51,0	-	-
Иридоциклит:			
Катаральный	5,5		-
Гнойный	7,0	2,6	
Эндофтальмит	1,4	0,4	-
Посттравматическая катаракта	22,4	12,8	-
Расхождение швов	-	0,2	-
Помутнение стекловидного тела	-	-	2,6
Вторичная глаукома	-	2,7	-
Отслойка сетчатки	-	-	-
Субатрофия	-	-	5,3

Данные таблицы свидетельствует о том, что при поступлении наибольший удельный вес больных имели гифему, гемофтальм (51%) и посттравматическую катаракту (22,4%); последняя сочеталась с гнойным иридоциклитом и эндофтальмитом в послеоперационном периоде, что служило причиной снижения остроты зрения, а в отдаленном периоде развитием таких осложнений, как помутнение стекловидного тела, отслойка сетчатки и субатрофия глазного яблока.

В период нахождения больных в стационаре у шести больных имело место набухание катаракты, что сопровождалось развитием вторичной глаукомы. Этим больным было произведено выпускание катарактальных масс с имплантацией искусственной мягкой интраокулярной линзы (МИОЛ), а 4 больных подверглись микрохирургической ПХО раны с одномоментным промыванием помутневших хрусталиковых волокон и имплантацией МИОЛ.

Комплекс вмешательств был различным и определялся тяжестью повреждения и имеющимися осложнениями. Помимо ПХО ран проводилась антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая и иммунокорригирующая терапия.

Выводы.

В Согдийской области, за отчетный период около 38% от общего офтальмотравматизма составляет детский травматизм, а по характеру преобладает бытовой, затем уличный офтальмотравматизм с преимущественным поражением переднего отдела глазного яблока.

Своевременно оказанная первая помощь и проводимое интенсивное, консервативно-хирургическое лечение способствует в большинстве случаев получения достаточно высокой остроты зрения, медико-социальной реабилитации больных.

Список литературы.

1. Singh, S. Epidemiology, clinical profile and factors, predicting final visual outcome of pediatric ocular trauma in a tertiary eye care center of Central India / S. Singh, B. Sharma, K. Kumar, et al. // Indian. J. Ophthalmol. – 2017. – Vol. 65, № 11. – P. 1192-1197.
2. Jolly, R. Eye injuries in children - incidence and outcomes: An observational study at a dedicated children's eye casualty / R. Jolly, M. Arjunan, M. Theodorou, et al. // Eur. J. Ophthalmol. – 2019. – Vol. 29, № 5. – P. 499-503.
3. Malek I. Epidemiology and prognostic factors of open globe injuries in a Tunisian pediatric population / I. Malek, J. Sayadi, N Zereï, et al. // J. Fr. Ophthalmol. – 2020. – Vol. 43, № 7. – P. 604-610.
4. Петраевский, А.В. Глазной травматизм в Российской Федерации. / А.В. Петраевский, И.А.Гндоян, К.С.Тришкин, А.Р. Виноградов // Вестник офтальмологии. – 2018. -№ 4. – с.80-83.

Холиков Н.К, Икромов К.К, Мамаджанова Д.А.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИНОИДНОГО СИНДРОМА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕМАЗЫ 5000МЕ

Глазное отделение СОКБ им С.Кутфиддинова

Актуальность.

Фибриноидный синдром является серьёзным достаточно частым послеоперационным осложнением различной офтальмопатологии и нередко усугубляет течение и послеоперационный период наиболее распространенных плановых глазных операций. Несмотря на проведенную в техническом плане успешную операцию, экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ЭК+ИОЛ), ПХО раны или фистулизирующую антиглаукоматозную операцию, в глазу происходит воспалительная реакция, что может привести к изменению прозрачных сред, возникновению эндофтальмита, снижению зрения вплоть до полной утраты зрения с последующей эвисцерацией или энуклеацией и в конце, инвалидностью больного.

Цель исследования.

Анализ частоты и результатов лечения послеоперационного фибриноидного синдрома у больных, получавших лечение в глазном отделении Согдийской областной клинической больницы им. С.Кутфиддинова в период с 2020 по 2022 гг.

Материал и методы исследования.

Был произведен ретроспективный анализ историй болезни пролеченных больных за 3 года (n=3582) по поводу глаукомы, ПХО и катаракты, из которых 1968 глаз были подвергнуты оперативному лечению. Из них послеоперационный фибриноидный синдром был отмечен всего в 9 случаях (0,5%), распределение которых по годам и по виду операции указано в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных с послеоперационным фибриноидным синдромом

Вид операции	2020	2021	2022
ЭЭК+ЗК ИОЛ	2	1	2
Аспирация и ирригация катарактальных масс + ЗК ИОЛ	2	1	-
СТЭ	1	-	-

Примечание: ЭЭК – экстракапсулярная экстракция катаракты, ЗК ИОЛ – заднекамерная интраокулярная линза, СТЭ – синустрабекулэктомия.

Сроки возникновения фибриноидного синдрома у этих больных распределились следующим образом:

- до 3 дней после операции у 5 больных (55,6%);
- до 4 недель у 3 больного (33,3%);
- более 1 месяца у одного больного (11,1%).

У всех больных, которым производилась операция ЭЭК + ЗК ИОЛ, отмечался выраженный псевдоэкзофталмический синдром, в одном случае глаз ранее был оперирован по поводу глаукомы, в 2-х случаях имелось сопутствующее заболевание - сахарный диабет второго типа.

В глазах с фибриноидным синдромом были имплантированы модели интраокулярных линз: жестких - 2; мягких - 7. Средний койко-день составил - 9,6 день.

В одном глазу наблюдалась организация фибрина и образование пленки в области зрачка и на поверхности ИОЛ, что послужило причиной низкой остроты зрения, от 0,02 до 0,1. А в 8 остальных случаях фибриноидный синдром, который был в виде нитей и тяжелой фибрина и в одном случае - гипопиона, полностью рассосался.

Результаты исследования и их обсуждение:

В условиях нашей клиники лечение проводилось следующим образом:

1. Местно: сусп. Дексаметазон - 0,1%, р-р. Диклофенак - 0,1%, р-р. Ципрофлоксацин - 0,3%- по 2 капли 6 раз в день, р-р. Мидакс-1%-по 2 капли 2 раза в день;

2. Общее: в/в инъекции антибиотика: р-р Левофлоксацина - 100,0 после пробы каждые 12 часов от 6 - и до 14 и Метрогил 100,0 каждые 8 часов до 9 вливаний на курс;

3. Парабульбарно: а) гормоны Дексаметазона сульфат - 4 мг - 0,5мл (в некоторых случаях Лоракорт, Кеналог 40мг, Флостерон или Дипроспан гормоны пролонгированного действия по 0,5) в сочетании с б) антибиотиком р-р Гентамицина- 80 мг- 0,5мл по 2 раза в день;

4. Подконъюнктивально: фибринолизин, гемаза. Гемаза вводилась субконъюнктивально, растворяя лиофилизат непосредственно перед процедурой в 0,5мл изотоническом растворе натрия хлорида не более 2 р. в день от 2-х до 10 инъекций на курс. Применение гемазы при реактивном фибриноидном синдроме показало, что рассасывание даже выраженного фибринозного выпота в передней камере глаза происходило в сроки до 17 суток, было особенно эффективным при ранних стадиях и в сочетании с применением дексаметазона. Причем интервал введения лекарств между дексаметазона и гемазы составил не менее 3-4-х часов. Это позволяло не только достаточно быстро купировать процесс, но и предотвратить развитие задних синехий радужки и деформации зрачка.

Фибринолитический препарат Тромболизин (таблетированный тромболитик, применяющееся в комплексной терапии венозной недостаточности, для лечения и профилактики тромбозов) применялся по 1-2 таблетки 2 р. за 1-2 суток до операции и в послеоперационном периоде до 4-5 таблеток 2 р. в день в течение 7 суток. Механизм действия препарата связан, с прямой деструкцией нитей фибрина не снижая уровень фибриногена, тромбоцитов и не влияя на время свертывания крови, длительность кровотечения, не повышает риск кровоизлияний и обладает противовоспалительным, цитотоксическим действием. Не гидролизует нативные белки ткани, не обладает токсическим или местно-раздражающим действием. Учитывая все выше перечисленное, применение тромболизина в профилактике и комплексной терапии фибриноидного синдрома повысило эффективность лечения и профилактику осложнений.

Как видно из таблицы 2, в результате проведенного лечения отмечается улучшение остроты зрения у всех больных.

Таблица 2. Острота зрения у больных с фибриноидным синдромом

Годы	Свет правильн. проекции	0,01	0,02-0,1	0,2-0,4	0,5-0,7	0,8-1,0
	При поступлении	3	-	-	-	-
	При выписке			1	1	1
	При поступлении	3	1	-	-	-
	При выписке			1	2	1
	При поступлении	-	1	1	-	-
	При выписке				1	1

Выводы.

Раннее выявление фибриноидного синдрома, а также все выше перечисленное применение тромболизина и гемазы совместно с общепринятым противовоспалительным, антибактериальным лечением и тканевой терапией в наших условиях повысило эффективность лечения и профилактики осложнений процесса.

Список литературы.

1. Белов, Д. Ф. Подходы к лечению фибриноидного синдрома после фактоэмульсификации / Д. Ф. Белов, В. П. Петухов // Офтальмологические ведомости. – 2022. – Т. 15, № 3. – С. 19-27.
2. Методы клинического применения рекомбинантной проурокиназы в офтальмологической практике / Э. В. Бойко, В. Ф. Даниличев, Т. Г. Сажин [и др.] // РМЖ. Клиническая офтальмология. – 2017. – Т. 17, № 2. – С. 118-129.

Холматов П.К., Холов К. Р., Гуломов М. Ш., Мирзоев А.Ф.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Актуальность. Резидуальные (остаточные) камни желчных протоков являются одной из важнейших причин неудовлетворительных результатов операций на желчных протоках.

По данным Glenn [4], Burhenne [5], резидуальный холедохолитиаз выявляется у 2 - 5% больных после операции на желчных путях, а после холедохолитотомии у 17 — 18,5%. Совершенствование методов интраоперационной диагностики включая рентген, УЗИ и эндоскопию [1, 2] снижают, но не предотвращают полностью опасность оставления камней в желчных протоках.

Эндоскопические операции на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) и желчных протоках открыли принципиально новые возможности лечения больных резидуальным и рецидивным холедохолитиазом [3].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения резидуального холедохолитиаза применением эндоскопической технологии.

Материал и методы исследования. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭП) нами выполнена 74 больным, из них у 2 был резидуальный холедохолитиаз. Больные поступали из других лечебных учреждений через 12 - 21 день после первичного хирургического вмешательства по поводу калькулёзного холецистита и холедохолитиаза. Холецистэктомия и холедохолитомия произведены на фоне обтурационной желтухи 19 больным.

Завершали операцию на общем желчном протоке наружным дренированием его. Причинами оставления камней в протоках были технические погрешности выполнения операционной холангиографии, а также отказ от применения операционного рентгенологического и эндоскопического исследований желчных протоков.

Состояние большинства больных перед обследованием было удовлетворительным, поскольку холецистэктомия и декомпрессия желчных путей привели к купированию холангита, кроме того, так называемые «плавающие» камни допускали отток части желчи в кишечник. Тяжелое состояние отмечено у 2 больных, у которых камни полностью обтурировали общий желчный проток и суточный дебит желчи по дренажу составлял до 1500 мл. У них продолжалась желтуха, были выраженные электролитные нарушения, что требовало безотлагательного устранения блокады желчеоттока. В этих случаях эндоскопические операции выполняли в течение 1 - 2 суток после госпитализации. У остальных больных ЭП и экстракцию камней предпринимали не раньше, чем через 21 день с момента операции. ЭП производили с помощью дуоденофиброскопов фирмы «Olympus» (Япония) и диатермопетель папиллотомов различных конструкций.

У 5 больных с сопутствующим стенозом БСДК, не позволяющим канюлировать сосочек, под рентгенотелевизионным контролем проводили через дренажную трубку в общий желчный проток и далее через сосочек в кишку биопсийную цапку, а при невозможности этого диатермическую петлю или корзинку Dormia. Длина разреза папиллосфинктера варьировала от 10 до 15 мм и зависела от величины камня, диаметра продольной складки двенадцатиперстной кишки и стеноза БСДК. После ЭП стремились одномоментно извлечь камни из протока корзинкой Dormia, баллонными катетерами и другими инструментами.

Результаты исследования и их обсуждение. После окончания всех манипуляций выполняли заключительный рентген контроль адекватности ЭП и других вмешательств на желчных протоках. В первые 2 суток после эндоскопических операций дренажную трубку оставляли открытой и промывали через неё желчные протоки растворами антибиотиков и 0,2% раствором диоксида в целях профилактики холангита. С целью предупреждения послеоперационного панкреатита назначали ингибиторы протеолитических ферментов.

Одновременно извлечены камни после ЭП у 12 больных, у 6 больных они отошли самостоятельно.

Не удалось извлечь камни из желчных протоков у 2 больных, в связи с чем они повторно оперированы. Неудача в обоих случаях была связана с неадекватности длины разреза сосочка. Летальных исходов после эндоскопических вмешательств по поводу остаточных камней желчных протоков в раннем послеоперационном периоде не было. У 5 больных отмечены осложнения: кровотечение из места папиллотомии (1), обострение холангита (4).

Все осложнения были купированы на протяжении 2-5 дней консервативными мероприятиями.

Вывод. Разработанная нами система сочетанных траспапиллярных и чрездренажных манипуляций позволила повысить эффективность ЭП: выздоровели 19 больных. Эндоскопические операции дают возможность в ряде случаев отказаться от травматического извлечения трудноудаляемых камней желчных протоков и в последующем восстановить желчеотток сравнительно малотравматичным путём.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г. Восстановительные и реконструктивные операции на желчевыводящих путях. /А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, Е.П. Строганова// Анналы хирургической гепатологии. -2003. = т.8, №2. –С. 80.
2. Изменение тактики релапаротомий в свете малоинвазивных технологий / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Эндоскоп. Хирургия, 2006. - №2. – с.17.
3. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, А.А. Одинцов М., ГЭОТАР МЕДИЦИНА. 1989. – 351 с.
4. Burhenne H. 1. Nonoperative instrument extraction of retained bile duct stones // Wld. J.Surg. - 1978. - Vol. 2. - P. 439 - 447
5. Glenn H. Cannulation of the ampulla of Vater // Am J Gastroenter. - 1990. - Vol. 60. - P. 138 - 151.

Холматов П.К., Х.Х Курбонов

ЭНДСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

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

Актуальность. Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии является одной из актуальных, сложных и нерешенных проблем медицины [5]. За последние десятилетия во всех странах мира отмечается рост числа больных циррозом печени – наиболее частой причиной развития портальной гипертензии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) летальность от цирроза печени занимает восьмое место. Серьезное медико-социальное значение проблемы подтверждается ростом в среднеазиатском регионе число больных с профузными кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПИЖ) в прошлом перенесенных различные формы вирусного гепатита [5,2]. По данным ряда авторов риск возникновения первого кровотечения в первые два года после постановки диагноза составляет 30%, а летальность при первом кровотечении около 50% [3]. Еще более пессимистичным выглядит прогноз для пациентов, перенесших кровотечение в прошлом. Частота развития рецидивов геморрагии составляет 50 – 90% [1,4].

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопических методов остановки при кровотечениях портального генеза.

Материал и методы исследования. Эндоскопическая склеротерапия (ЭС) и эндоскопическое лигирование (ЭЛ) выполнены у 62 больных с синдромом портальной гипертензии (24 женщины, 38 мужчин, средний возраст 54 года). У 52 человек портальная гипертензия была обусловлена циррозом печени, у 10 - внепеченочным портальным блоком.

Результаты исследования и их обсуждение. Эндоскопические методы на высоте геморрагии использованы у 32 пациентов. Источником кровотечения у 9 больных явились варикозно расширенные вены (ВРВ) желудка, у 23 - ВРВ пищевода. В соответствии с классификацией Child, 2 пациента отнесены к функциональной группе Child A, 19 - Child B и 11 - Child C.

С целью остановки кровотечения 22 больным выполнена ЭС. У 10 пациентов гемостаз достигался комбинированным способом - ЭЛ кровоточащего участка вены с последующим интра- и паравазальным введением склерозанта. В качестве склерозирующего средства применяли 1% раствор этоксисклерола. Частота первичного гемостаза составила 94% (30 пациентов). В 2 (6%) случаях ЭС оказалась неэффективна. Источником кровотечения у обоих пациентов явились ВРВ кардиального отдела желудка. Частота рецидивов кровотечений в течение 1 года составила 28,1%. При этом в 67% источником рецидивов геморрагии явились ВРВ желудка и только в 33% ВРВ пищевода. Все пациенты с пищеводными кровотечениями относились к прогностически неблагоприятной группе С по классификации Child. Рецидив геморрагии наступил в течение 1-3 месяцев.

30 пациентам эндоскопические вмешательства выполнены с целью профилактики рецидива геморрагии. 8 пациентов относились к функциональному классу А по классификации Child, 17 пациентов - к классу В и 5 пациентов - к менее благоприятному классу С. До проведения эндоскопического лечения все пациенты перенесли кровотечения. У большинства пациентов источником кровотечения были ВРВ пищевода (от 1 до 6 кровотечений), у 8 больных (от 1 до 8 кровотечений) источник геморрагии в большинстве случаев верифицировать не удалось. 10 пациентам выполнена только ЭС, у 20 в качестве метода профилактики геморрагии использовалось ЭЛ, у 18 пациентов ЭЛ сочетали с ЭС.

При комбинированном лечении в качестве первого этапа выполнялось ЭЛ с использованием лигирующего устройства фирмы «Olympus» НХ-211 и „Cook” Использовали метод спирального ЭЛ, когда эластичные кольца (лигатурные петли) накладываются последовательно на каждый варикозный ствол, начиная от кардии, в проксимальном направлении. Всего за сеанс использовали от 4 до 10 лигатур. В течение 1 года частота рецидива кровотечения составила 20% (6 пациентов). У 2 пациентов рецидив развился в ранние сроки (в течение 1-2 месяцев). Выживаемость пациентов в течение 6 месяцев составила 88,5% и в значительной степени зависела от функциональной группы по Child: у пациентов класса Child В выживаемость в течение 6 месяцев составила 93,7%, Child С-60%.

Выводы. Эндоскопические вмешательства являются высокоэффективными методами профилактики и лечения кровотечений портального генеза и должны рассматриваться в качестве терапии первой линии у данной категории больных.

Список литературы.

1. Бебуришвили А.Г., Михин М.В., Овчаров А.Е. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии / Бебуришвили А.Г., Михин М.В., Овчаров А.Е // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова: Научно-практический журнал. – М.: Медиа Сфера, 2006, - № 1. –С. 44-48
2. Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Эндоскопические методы остановки и профилактики кровотечений / М.М.Винокуров [и др.] // Фундам. исслед. – 2013. - №7, ч. 2, -С. 281-285
3. Киценко, Е. А. Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / Е. А. Киценко, А.Ю.Анисимов, А.И. Андреев // Вестн. Современ.клин.медицины. -2014. – Т. 7, №5. -С.89-98.
4. Роль эндоскопии в выборе лечения больных портальной гипертензией / А.Г.Шерцингер [и др.] // Анналы хирургич.гепатологии. -2015.-Т. 20, №2.-С. 20-30.
5. Современные возможности эндоскопической диагностики и лечения варикозных пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии // Современные проблемы науки и образования. – 2016.- №6 –С. 131-137.

Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан.

Актуальность. Открытие антибиотиков является одним из достижений современной науки. Их применение в профилактической медицине ознаменовалось грандиозным лечением ряда инфекционных заболеваний у детей, ранее заканчивающихся, в большинстве своём, тяжелой инвалидностью. Помимо лечебного действия антибиотики могут вызывать побочные реакции. Одну из групп побочных реакций составляют токсические явления на определенные системы и ткани макроорганизма. За последние годы опубликован ряд работ о токсическом действии некоторых антибиотиков на внутреннее ухо, в основном у взрослых или детей старшего возраста [1, 2]. Однако, суммарных данных о токсическом действии антибиотиков у детей младшего возраста и аудиологической характеристики, в литературе не имеется. Кроме того, изучая последние данные, касающиеся диагностики нейросенсорной тугоухости, необходимо отметить внедрение в клиническую практику объективных методов исследования, позволяющих выявлять снижение слуха и определять степень слуховых потерь у детей с первых дней жизни. Поэтому требуется изменение подхода к диагностике патологии слуха и реабилитации детей с такой патологией. Согласно статистическим исследованиям, снижение слуха встречается у 1-2% детей [3, 4]. Среди них 0,02-0,04% составляют дети со значительной степенью потери слуха. Хотя нарушения слуха возникают у большей части детей в возрасте до года, диагностика слуховых

расстройств зачастую проводится позднее. Это обусловлено тем, что выявить нарушения слуха у ребенка в раннем возрасте сложно. Ранее, при наличии у ребенка нарушения реакций на звуки в возрасте до года или задержке развития речи, врачи часто занимали выжидательную позицию, откладывая направление на диагностическое обследование слуха до достижения ребенком 2-3 лет. Современный подход требует при выявлении у ребенка нарушений реакций на звуки как можно раньше обследовать у него слух с помощью объективных методов исследования слуха. Важно выявить даже небольшое снижение слуха, поскольку у маленьких детей оно приводит к задержке и нарушению речевого развития. Уже при потере слуха I-ой степени (20-40 дБ) ребенок не слышит в обычной речи наиболее тихие ее компоненты: глухие, шипящие, свистящие согласные, окончания слов, предлоги, приставки. Это затрудняет овладение речью, нарушает ее восприятие в шумных условиях.

Цель исследования. Аудиологическая характеристика у детей с нарушениями слуха, обусловленные применением с лечебной целью антибиотиков, обладающих ототоксичным действием.

Материалы и методы исследования. В течение 2020-2023 гг. в условиях ЛОР – клиники и центра реабилитации слуха и речи при НМЦ «Шифобахш» наблюдали 627 детей в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. Из наблюдавшихся больных детей медикаментозное (токсическое) поражение слуха было диагностировано у 93 (14,8 %) детей, среди них в возрасте до 1-го года было - 8 (8,6%), от 1 до 2 лет - 18 (19,3%), 4 - 6 лет - 67 (72%). Большинство детей с медикаментозным поражением слуха обратились в поздние сроки после развития заболевания. Из анамнеза установлено, что 58 (62,3%) детей этой группы в первом полугодии жизни, получали антибиотики, обладающие ототоксичным действием. Только у 5 детей в возрасте 5 лет начато лечение через 1 месяц после начала заболевания, остальным лечение проведено значительно позднее, 20 больным детям через 1 год, 30 - через 2 года, 43 - через 3-4 года. От своевременности выявления и начала лечения заболевания, несомненно зависел эффект проводимой терапии. Причина нейросенсорной тугоухости у детей этой группы явилась применение стрептомицина - у 18 (19,3%) детей, мономицина - у 10 (10,7%) детей, канамицина у 15 (16,1%) детей и гентамицина у 35 (37,6%), амикацина у 3 (3,2 %) детей, а у 2 (2,1%) детей – применена комбинация антибиотиков. Антибиотикотерапию проводили преимущественно по поводу тяжелой пневмонии в раннем детском возрасте у 21 (22,5 %) ребенка, 3 (3,2 %) детям в возрасте 2-3 лет стрептомицин вводили в связи с острым средним отитом и у 4-х (4,3 %) по поводу катара верхних дыхательных путей. Длительное парентеральное введение антибиотиков 10 (10,7 %) детям по поводу перитонита и 12 (12,9 %) детям гематогенным остеомиелитом; дизентерией, колиэнтеритом у 22 (23,6 %) детей по поводу пупочного сепсиса у 12 (12,9 %) детей, аппендицит у 2 (0,2%) детей и по поводу ложного крупа у 2 (0,2%) детей. Особое внимание заслуживает 6 (6,4 %) детей, у которых нарушение слуха возникло во внутриутробном периоде, поскольку их матери получали антибиотики во время беременности по поводу перитонита и нефропатии.

Для исследования слуховой функции у детей 3-5 лет мы использовали психосоматические методы, игровую аудиометрию, акустическую импедансометрию и регистрацию отоакустической эмиссии.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате визуального исследования слуха с регистрацией ориентировочных реакций - 26 детям в возрасте до 2-х лет, получавших антибиотики, обладающих ототоксическим действием у 19 (20,4%) детей зафиксирована реакция на звук интенсивностью 80 дБ, а у 7 детей психомоторная реакция отсутствовала. При подаче звука интенсивностью 40 дБ психомоторная реакция у всех обследованных 26 (27,9 %) детей отсутствовала. Полученные данные исследования слуха у детей до 2-х лет показали, что психомоторная реакция на звук 80 дБ у 19 (20,4%) детей и его отсутствие у 7 (7,5%) детей даёт возможность заподозрить нейросенсорную тугоухость и глухоту. Итоги игровой тональной пороговой аудиометрии у 67 (72,0%) детей в возрасте 3-5 лет, показали, что изменения на аудиограмме, как правило, были значительными и свидетельствовали о разной степени поражение звуковоспринимающего аппарата. У всех наблюдавшихся 67 больных детей поражение слуха было двухсторонним симметричным. При рассмотрении данных тональной пороговой аудиометрии мы отметили преобладание сенсоневрального характера тугоухости с нарушением восприятия звуков по всему диапазону частот, более выраженному в области высоких частот, где определялось выпадения восприятия. Так, у большинства детей, получавших гентамицин в возрасте до 6 месяцев, имелась III - IV степень тугоухости. В общей сложности тугоухость второй степени зарегистрирована у - 18 (19,3%) детей, III степени – у 22 (23,6%), остатки слуха – у 53 (56,9%).

Таким образом, у 26 (27,9%) детей младшей возрастной группы (до 4 лет) после применения гентамицина и других антибиотиков неомидинового ряда наступило резкое нарушение слуха (по типу нейросенсорной тугоухости), практически граничащее с глухотой. Всем наблюдавшимся 93 больным детям после обследования рекомендовано лечение по методике, разработанной в нашей клинике (2013 г.). В отдаленном периоде, через 1-2 года повторное обследование, включая аудиометрию, 82 детей, заметных сдвигов в сторону улучшения слуха практически не было ни у одного ребенка, хотя отдельные родители указывали на некоторое улучшения слуха у их детей. При сравнении данных аудиометрии, полученных при первом исследовании, каких-либо изменений в состоянии слуха не выявлено.

Таким образом, возникновение у детей младшей возрастной группы нарушения слуха после применения антибиотиков, обладающих ототоксичным действием, в большинстве случаев носят выраженный стойкий и необратимый характер. Однако, имеет место мнение опытных специалистов сурдологов-врачей, сурдологов-педагогов о том, что быстрые и ранние реабилитационные мероприятия могут значительно изменить состояние слуховой функции у детей раннего возраста. Даже небольшой подъем частот в тон шкале средней речевой зоны может дать прибавку слуха, что отразится в психосоматическом и речевом развитии детей с нарушением слуха.

Список литературы.

8. Каримова З. Х. Динамика патоморфологических изменений в центральных отделах слухового анализатора при гентамициновой интоксикации под воздействием кортексина в эксперименте / З.Х. Каримова // Российская оториноларингология. – 2012. - № 2. – С. 81-84.
9. Goderis J, De Leenheer E, Smets K, et al: Hearing loss and congenital CMV infection: Asystematicreview. *Pediatrics* 134(5):972–982, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-1173

10. Kimani JW, Buchman CA, Booker JK, et al: Sensorineural hearing loss in a pediatric population: Association of congenital cytomegalovirus infection with intracranial abnormalities. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 136(10):999–1004, 2010. doi: 10.1001/archoto.2010.156
11. Marom T, Pitaro J, Shah UK, et al: Otitis media practice during the COVID-19 pandemic. Front Cell Infect Microbiol 11:749911, 2022. doi: 10.3389/fcimb.2021.749911

Холматов Д.И., Ахророва З.А.

ПРОГРАММА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДУШАНБЕ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино». Таджикистан.

Актуальность. Слух является необходимым инструментом в развитии каждого ребёнка. Психомоторное и эмоциональное развитие могут быть нарушены, если у ребёнка проблемы со слухом. Отсутствие информации, принимаемой слуховым путём в ранних годах жизни, в значительной степени ограничивает или даже делает невозможным развитие речи. Если нарушение слуха будет обнаружено в раннем периоде, оно может эффективно лечиться. Диагноз, поставленный как можно в более раннем возрасте, позволяет назначить пациенту соответствующую диагностику и лечение. Очень важным элементом в лечении являются программы скрининговых обследований слуха. В течение многих лет во всем мире развиваются разные программы скрининговых обследований слуха. К числу самых популярных относится скрининг слуха новорожденных, благодаря которому в некоторых странах почти у всех новорожденных детей проводятся обследования слуха [2]. Результаты программы, проведенной в Польше, а также скрининговых обследований слуха новорожденных, проводимых во всём мире свидетельствуют о том, что врожденные нарушения слуха появляются у 2-7 из 1000 новорожденных [1]. Минимальные нарушения слуха, особенно только в одном ухе, могут остаться незаметными. Они могут быть причиной проблем с пониманием речи, особенно в шумном окружении, а также проблем с определением источника звука, что может вызывать трудности в учёбе. Как показывают многие исследования, ученики с нарушением слуха не достигают таких же успехов в школе, как их ровесники с хорошим слухом. Судя по многим исследованиям, около 40% детей школьного возраста с односторонним нарушением слуха остаются на второй год [1]. Одной из самых частых причин приобретенных нарушений слуха является средний отит. Гнойное воспаление среднего уха является самой частой болезнью в детстве. Исследования разных популяций показывают, что 76-95% всех обследованных детей, хотя бы раз в жизни перенесли такое воспаление. Повышается также количество случаев потери слуха на высоких частотах из-за шума, связанное с прослушиванием громкой музыки через наушники. К другим причинам, вызывающим нарушения слуха, относятся детские инфекции, например, эпидемический паротит или корь, менингит, механические травмы и др. Программы скрининговых обследований слуха среди детей школьного возраста позволяют быстро обнаружить нарушения слуха и оперативно назначить соответствующее лечение, реабилитацию и профилактику.

Цель исследования. Провести анализ пилотных скрининговых обследований слуха у учеников начальных классов в Душанбе и выявить причины появления нарушений слуха с возможностью их предупреждения, диагностики, лечения и реабилитации среди специалистов и родителей в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Обследование выполнено в двух выбранных школах в Душанбе, в которых были проведены пилотные исследования. Пилотная программа скрининговых обследований слуха была проведена сотрудниками кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в сотрудничестве Института физиологии и патологии слуха Польши. Обследование слуха было проведено в начальных школах в Душанбе в ноябре 2012 года. В обследованиях приняло участие 143 ученика в возрасте 7-8 лет из двух общеобразовательных школ. Аудиометрические обследования слуха были проведены при помощи «Платформы исследований органов чувств», инновационного телеинформатического прибора, соединяющего аудиометр класса IV с компьютерной системой, позволяющей соединяться с научной системой «SZOK», при помощи которой есть возможность выполнять статистические исследования, а также оценивать собранные результаты обследований врачами-специалистами (ларингологами, аудиологами, логопедами).

Результаты исследования и их обсуждение. Автоматический анализ полученных результатов скрининговых обследований слуха, проведенных при помощи системы «SZOK», показал, что процент детей с положительным результатом тональной аудиометрии, в соответствии с принятыми критериями, составляет почти 23,8% (34 ученика). Было замечено, что 50,0% случаев тугоухости (17 учеников) являются тугоухостью двусторонней (табл. 1). У детей из школы №15 в группе 25 учеников (22,7%) был получен положительный результат скрининговых обследований слуха, однако в школе №2 такой результат был получен у 9 учеников (27,3%). В обеих школах был отмечен похожий расклад односторонней и двусторонней тугоухости. Статистический анализ не показал различий в частоте появления детей с положительным результатом скринингового обследования в школах, охваченных пилотажными исследованиями ($C2 = 3,28$, $p = 0,128$). Не отмечено также различий в частоте появления одно- или двусторонних нарушений слуха в зависимости от школы, в которой проводились обследования ($C2 = 2,19$, $p = 0,398$). На основе результатов скрининговых обследований, а также собранных анкетных данных, врачи-аудиологи и отоларингологи рекомендовали 24 ученикам (70,6% всех случаев тугоухости) обратиться за дальнейшей специализированной помощью. Родители оставшихся 10 учеников с положительным результатом обследований были проинформированы о профилактике нарушения слуха. Среди всех ушей с положительным результатом скринингового обследования слуха в 31,4% случаев (16 ушей) была обнаружена низкочастотная тугоухость, в 25,5% – высокочастотная тугоухость, однако остальные 43,1% имели нарушения слуха, включающими в себя все исследуемые частоты. Низко и высокочастотные нарушения появлялись чаще в правом ухе, однако другие виды тугоухости – чаще в левом. Статистический анализ не показал статистически значимых различий в частоте появления отдельных типов тугоухости в школах, охваченных пилотными исследованиями

($C2 = 4,11$, $p = 0,112$). Было замечено, что среди 17 детей с положительным результатом обследования слуха с обеих сторон у 5 из них в обоих ушах наблюдалась низкочастотная тугоухость.

Анализ результатов скрининга слуха в Душанбе показал, что низко и высокочастотные нарушения слуха чаще появляются в правом ухе, чем в левом. В этих обследованиях количество высокочастотных нарушений слуха в правом ухе было в 3 раза больше, чем в левом. Как утверждает К. Купплер, нарушением слуха, появляющимся чаще всего, является нарушение одностороннее – оно касается почти 3% детей школьного возраста [2]. Частота появления одно и двусторонних нарушений в обследуемой группе сравнительно одинакова.

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что в разных регионах Таджикистана население мало информировано на тему нарушений слуха. У многих детей школьного возраста наблюдаются проблемы со слухом, но их родители и учителя часто не замечают. Однако, даже небольшие проблемы со слухом могут стать причиной коммуникативных, эмоциональных или образовательных трудностей, поэтому важно обнаружить нарушения слуха как можно раньше (в том числе и ушные шумы). Этому способствуют программы скрининговых обследований, которые помогают быстро выделить детей с нарушениями слуха из группы риска, чтобы как можно быстрее назначить соответствующее лечение и реабилитацию, и таким образом повысить качество жизни пациентов и их семей.

Список литературы.

12. Arslan S., İşik A.U., Imamoğlu M., Topbaş M., Aslan Y., Ural A. Universal newborn hearing screening: automated transient evoked otoacoustic emissions // B-ENT. – 2013. – Vol. 9, №2. – P. 122-131.
13. Kuppler K., Lewis M., Evans A.K. A review of unilateral hearing loss and academic performance: is it time to reassess traditional dogmata? // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 77, №5. – P. 617-622.

Холматов Д.И., Ахророва З.А., Эргашев М.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНА СЛУХА ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ: АНАЛИЗ АУДИОГРАММ

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

Актуальность. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) является одним из самых частых врожденных нарушений органов чувств с частотой встречаемости 1–2 ребенка на 1000 новорожденных для двусторонних глубоких нарушений слуха (> 70 дБ) и более 4 детей на 1000, если включать легкие, средние и односторонние нарушения слуха [1]. Врожденная тугоухость может иметь различные причины, хотя как минимум в 50% случаев установлена генетическая причина тугоухости в развитых странах мира, две трети из них носят несиндромальный характер, при котором тугоухость не сочетается с другими патологическими состояниями. Мутация в гене, кодирующем коннексин 26, ответственна за практически половину случаев генетических нарушений слуха. За двадцать лет описано более 70 различных мутаций в этом гене, но наибольший интерес для исследователей представляет однонуклеотидная мутация 35delG, которая составляет около 70% всех мутаций гена GJB2 [2]. Высокая частота вышеупомянутой мутации требует описания ее фенотипических проявлений. Первоначально сообщалось о глубоких нарушениях слуха при 35delG-ассоциированной тугоухости, но последние исследования показали, что данная мутация может быть причиной нарушения слуха и при менее тяжелых степенях тугоухости [1, 2].

Цель исследования. Сравнительный анализ аудиологического профиля 35delG-вызванной тугоухости и негенетических форм несиндромальной сенсоневральной тугоухости.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 детей в возрасте от 4 лет до 18 с несиндромальной двусторонней СНТ. Дети с односторонней тугоухостью и с признаками синдромальной тугоухости (поражение почек, щитовидной железы, сердечнососудистой системы, когнитивными расстройствами) были исключены из исследования. Всем пациентам выполнено клиническое и аудиологическое обследование. Клиническое обследование включало сбор анамнеза на наличие факторов риска развития тугоухости, педиатрическое обследование и осмотр ЛОР-органов. Аудиологическое обследование проводилось методом тональной пороговой аудиометрии (ТПА) на диагностическом аудиометре МА-31 (Германия) в стандартном диапазоне частот (125–8000 Гц) с предварительной стандартизацией нулевого уровня воздушного проведения по международному стандарту ISO-64. Методом акустической тимпанометрии было диагностировано отсутствие кондуктивного компонента тугоухости у всех детей. Анализ ТПА проводили по количественным (средним тональным порогам слуха воздушной проводимости в стандартном диапазоне частот на лучше слышащее ухо, порогами слуха на четырех речевых частотах и степени тугоухости) и качественным (форма аудиограмм) характеристикам. Степень тугоухости определялась по порогу слуха на четырех речевых частотах (500, 1000, 2000 и 4000 Гц) для лучше слышащего уха. Для оценки тяжести нарушений слуха использовалась классификация ВОЗ: 20–50 дБ потери слуха – I-я степень, 51–70 дБ – II-я, 71–90 дБ – III-я, более 90 дБ – IV-я степень. Всем пациентам был выполнен молекулярно-генетический анализ на наличие мутации 35delG в лаборатории генетики и цитологии. ДНК лейкоцитов периферической крови изолировалась методом ПЦР по общепринятой методике со специфическими праймерами, после чего амплифицированный фрагмент подвергался эндонуклеазной обработке для выявления мутации. Наличие мутации 35delG в гомозиготном состоянии свидетельствует о несиндромальной СНТ, вызванной данной мутацией. Если мутация не определялась, тугоухость классифицировалась как негенетическая СНТ. Для сравнения групп с генетической и негенетической СНТ по порогам слуха, формам ТПА использовались тест Уилкоксона (для непараметрических данных), точный критерий Фишера (для данных, которые можно представить в виде таблицы 2×2) и метод повторяющихся событий для построения графиков усредненных аудиограмм.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты молекулярно-генетического анализа. Среди наших пациентов генетическая этиология СНТ диагностирована у 19 детей (38%) с определением мутации 35delG в гомозиготном состоянии, 6 пациента (12%) были носителями данной мутации в гетерозиготном состоянии. Наличие мутации 35delG в генотипе ребенка, страдающего двусторонней СНТ, стало поводом для объединения таких пациентов в одну

группу с ге- нетической этиологией заболевания. Их общее количество составило 25 (50%), что свидетельствует о превалирующей роли генетической СНТ в структуре врож- денных нарушений слуха. У 25 (50%) детей с несиндромальной СНТ мутация 35delG не обнаружена, что говорит о негенетической (инфекционной, приобре- тенной или другой) природе заболевания. Результаты аудиологического обследования представлены в табл. 2. Восходящей формы ТПА у обследуемых детей с СНТ не выявлено.

Точный тест Фишера показал отсутствие статистически значимых различий ($p=0,36$) в отношении каждой формы аудиограммы в двух исследуемых группах пациентов с СНТ. С помощью метода повторяющихся событий, используя абсолютное значение тональных порогов слуха по воздушной проводимости на лучше слышащее ухо в диапазоне частот от 250 до 6000 Гц и число каждой из форм ТПА, нами получены усредненные графики ТПА для группы с генетической и негенети- ческой СНТ. Все формы ТПА практически идентичны в двух группах, исключая нисходящую, которая в группе детей с негенетической СНТ носит пологий характер, а в группе детей с 35delG-ассоциированной СНТ – круто- нисходящий. Но, повторим, эти отличия статистически недостоверны.

Высокое соотношение 35delG- ассоциированной СНТ среди пациентов с прелингвальной несиндромальной СНТ имеет большое значение в клинической практике. До недавнего времени считалось, что особенности форм аудиограмм могут помочь в определении генетической этиологии СНТ. Сейчас появились исследования, которые ставят под сомнения этот факт. Результаты наших исследований также свидетельствуют о том, что по форме аудиограммы мы не можем судить об этиологии нарушений слуха. Сравнительный анализ медиан абсолютных значений порогов слуха на 4 речевых частотах на лучше слышащее ухо (для группы с генетической СНТ она составляет 92,5 (81,6; 97,5), а в группе с негенетической СНТ – 90,62 (75,0; 97,5) также не выявил статистически достоверных различий в двух сравниваемых группах, тест Уилкоксона равен 0,3. Проанализировав степени СНТ, мы получили несколько иные данные. Между двумя группами СНТ различной этиологии установлены статистически достоверные различия в сторону превалирования более глубоких нарушений слуха в группе с 35delG-ассоцииро-ванной СНТ (точный критерий Фишера составляет 0,02).

Используя метод повторяющихся событий для средних тональных порогов слуха по воздушной проводимости в стандартном диапазоне частот, мы построили усредненные графики ТПА для двух сравниваемых групп. ТПА незначительно отличаются в области речевых частот в сторону более грубых нарушений слуха в группе с 35delG- ассоциированной СНТ, но эти различия статистически недостоверны. Данная работа подтверждает результаты других европейских исследований о более тяжелых нарушениях слуха у пациентов – носителей ядерной мутации 35delG в гене GJB2. Наши исследования свидетельствуют о том, что молекулярно-генетическое тестирование на наличие мутации 35delG в гене коннексина 26 следует включить в комплексный клинико-аудиологический протокол обследования детей с прелингвальной СНТ как первый шаг для определения причины снижения слуха.

Выводы. Молекулярно-генетическое исследование детей Таджикистана, страдающих несиндромальной двусторонней сенсоневральной тугоухостью, выявило высокую встречаемость генетических нарушений слуха (50%), обусловленных мутацией 35delG в гене коннексина 26. Установлено, что в группе с генети- чески детерминированной (35delG) сенсоневральной тугоухостью статистически достоверно ($p<0,05$) превалируют более тяжелые нарушения слуха (III–IV-й степени тяжести по ВОЗ). По качественным характеристикам ТПА статистически значимых отличий по формам аудиограмм между группами детей, страдающих генетической и негенетической сенсоневральной тугоухостью не выявлено ($p>0,05$).

Список литературы.

1. Грабарук Е.С. Аудиологический скрининг в детском возрасте: достижения, проблемы, возможности повышения эффективности / Е.С. Грабарук, Л.А. Фёдорова, И.В. Савенко, С.М. Вихнина, М.Ю. Бобошко // Вестник оториноларингологии. – 2021. - №86 (1): - С. 82-89.
2. Халфина В.В. Мутации в гене GJB2 у детей с двусторонней тугоухостью в Кыргызстане / В. В. Халфина, А. А. Степанова, Т. Г. Маркова, А. В. Поляков, Г. А. Таварткиладзе, В. А. Насыров // Российская оториноларингология. - 2020. - №19(6): - С. 64–71.

Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф., Эргашев М.А.

ТИПЫ АУДИОГРАММ В РАСШИРЕННОМ ДИАПАЗОНЕ ЧАСТОТ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

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

Таджикистан.

Актуальность. Известно, что в диагностике слуховых нарушений распространенными остаются психоакустические методы, такие как тональная, речевая и надпороговая аудиометрия. Они являются наиболее информативными и доступными. Пороговая тональная аудиометрия в области конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона частот была и остается основным методом мониторинга состояния слуховой функции. Новые возможности в раннем выявлении слуховых расстройств открыли исследования слуха на тоны в расширенном (10–18 кГц) диапазоне частот [1]. Известно также, что многочисленные исследования были посвящены состоянию слуха на тоны в конвенциональном (0,124–8 кГц) диапазоне частот при самых разных заболеваниях: отосклерозе, хроническом гнойном среднем отите и его последствиях, тимпаносклерозе, сенсоневральной тугоухости (СНТ) инфекционного, сосудистого, шумового, радиационного, медикаментозного и другого генеза. Следует также отметить, что, несмотря на большое значение в оториноларингологии объективных методов исследования слуховой функции, и субъективные методы не утратили своего значения. Так, большой интерес представляют исследования слуха на тоны в расширенном (10–18) кГц диапазоне частот, которые позволяют выявить нарушение слуха на ранних стадиях заболевания, на что указывали многие авторы [1-3].

Цель исследования. Определение слуховой чувствительности на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) и расширенном (10–18 кГц) диапазонах частот у больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 52 больных в возрасте от 28 до 50 лет с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития. Контролем служили 20 нормально слышащих здоровых лиц в возрасте от 18 до 30 лет, которые не имели сосудистых заболеваний. Всего обследован 72 человек. У изучаемых больных чаще всего имело место нестабильное артериальное давление со склонностью к повышению или с неустойчивостью сосудистого тонуса мозговых сосудов часто с явлениями ангио- спазма по данным реоэнцефалографии (РЭГ). Аудиометрическое обследование больных проводили с помощью клинического аудиометра МА-31в звукоизолированной камере, где уровень фонового шума не превышал 30 дБА. Такой аудиометр позволяет исследовать слух на тоны 0,125–10 кГц. Исследование слуха в расширенном (10–18 кГц) диапазонах частот проводили при помощи специального пьезокерамического звукоизлучателя, который подключали к звуковому генератору ГЗ-33. РЭГ записывали с использованием компьютерного реографа.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что у всех больных по данным тимпанометрии регистрировали тимпанограмму типа А, которая свидетельствовала об отсутствии у них нарушения функции звукопроводения согласно классификации Jerger. У изучаемых больных имело место нарушение слуховой функции по типу звуковосприятия, о чем свидетельствовали и положительные камертональные опыты Бинга, Федеричи, а также отсутствие костно-воздушного интервала на аудиограмме. Слух на тоны в конвенциональном диапазоне исследуемых больных находился в пределах нормы, а в расширенном был нарушен, а именно пороги слухового восприятия были повышены именно на высоких (10–18 кГц) частотах. Наиболее высокий порог слуха наблюдали в области 12,5; 14 и 16 кГц, которое соответственно составило: $28,4 \pm 5,1$; $44,7 \pm 9,2$ и $46,2 \pm 8,3$ дБ; а границы их «нормы» колебались в пределах от 13,1 до 43,7; $17,1 \pm 7,2,3$ дБ, а также $21,3 \pm 7,1,1$ дБ. По данным речевой аудиометрии и оценки дифференциальных порогов силы звука по методу Люшера в области 0,5; 2 и 4 кГц показатели находились в пределах нормы. На нарушение слуха изучаемые больные жаловались только в 33,3% случаев, а субъективный ушной шум отметили 62,3% больных. По интенсивности ушного шума у 47,4% больных он был пороговым, а в 42,4% – над порогом (5 дБ). Интенсивность ушного шума 15 дБ отметили у 2,63% больных. У 5,26% больных интенсивность шума определить не удалось, а у 2,63% он возникал периодически, но на момент обследования его не было. По частотной характеристике у большинства больных ушной шум был высокочастотным – 6 или 8 кГц, и он соответственно выявился в 18,4 и 23,7% случаев. Кроме того, таких больных часто беспокоили: головная боль, нарушение сна, повышенная раздражительность. Раньше больные отмечали головокружение и тяжесть в области затылка. При изучении характера типа аудиометрических кривых тонального слуха в области расширенного частот выявлено следующее. У большинства (61,9%) больных аудиометрические кривые слуха на тоны в расширенном диапазоне частот имели симметричный характер. При этом в 23,8% случаев тональные кривые в расширенном диапазоне частот имели нисходящий характер. У 16,7% больных аудиометрические кривые были также нисходящими, но в области 14 и 16 кГц наблюдалось наиболее выраженное снижение слуха на тоны, которое соответственно составило $46,6 \pm 6,5$ и $45,9 \pm 6,6$ дБ. У 21,4% больных аудиометрическая кривая имела пилообразный вид, но со склонностью к нисходящему типу. В 38,1% случаев аудиометрические кривые в расширенном диапазоне частот были ассиметричными. При этом установить причину ассиметричности тональных кривых слуха на тоны в расширенном (9–16 кГц) диапазоне частот у всех больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях развития при нормальном восприятии тонов конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона нам не удалось. Однако в 26,3% случаев на стороне более выраженного нарушения слуха на тоны в расширенном диапазоне частот имел место субъективный ушной шум. Полученные нами результаты созвучны с данными Е. А. Приходько и соавт. (1998). Авторы отметили, что больные с незначительными нарушениями слуха, кратковременным головокружением и субъективным шумом в ушах, которые обращаются к невропатологу или терапевту, не всегда предъявляют такие жалобы врачу и, как следствие, не всегда проходят необходимые в таком случае обследования. В то же время авторы отмечают, что создание сурдологических кабинетов, предназначенных большей частью для исследования больного, подбор слухового аппарата происходят в отрыве от невропатолога и без заключения терапевта. В связи со сказанным часто не учитывается неврологическая и терапевтическая патология, которая может в любое время привести к ухудшению слуха в различном сочетании с головокружением и шумом в ушах.

Выводы. Анализируя аудиометрические кривые у больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития с нормальным слухом на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) диапазоне частот и нарушенным в расширенном (10–18 кГц) диапазоне частот выявлено, что в 23,8% случаев они носили нисходящий характер, в 16,7% – нисходящий с максимумом снижения слуха в области 14 и 16 кГц, которое составило соответственно $46,6 \pm 6,5$ и $45,9 \pm 6,6$ дБ. У 21,4% таких больных имела место «пилообразная» аудиометрическая кривая, но она также имела склонность к нисходящему характеру. У 38,1% больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития в расширенном диапазоне частот кривые носили ассиметричный характер при нормальном восприятии тонов конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона частот. Причину этого четко установить не удалось. У 26,3% больных был ушной шум, что послужило поводом обратиться к оториноларингологу. Остальные обращались к врачу по поводу других ранее перечисленных жалоб. При сборе анамнеза у больных с СНТ сосудистого генеза на начальных стадиях ее развития следует обращать внимание не только на отологические жалобы (снижение слуха, шум в ушах), но и на наличие неустойчивого артериального давления со склонностью его к повышению, головную боль, нарушение сна, повышенную возбудимость, головокружение, тяжесть в области затылка, хотя снижение слуха таких больных беспокоило только в 33,3% случаев.

Список литературы.

1. Айзенштадт Л.В. Оценка порогов слуха в расширенном частотном диапазоне у пациентов старшей возрастной группы / Л.В. Айзенштадт, Т.Ю. Владимирова, А.В. Куренков, А.М. Кашапова // Наука и инновации в медицине. Т.4. – 2019. – № 4. – С. 4-7.

2. Малакаева И.А. Аналитическое сравнение механизмов восприятия ультразвука ухом человека и животных / И.А. Малакаева, К.Д. Спицын, А.В. Бурлакова // Европейский журнал естественной истории. – 2020. - № 2. – С. 36-41.
3. Рогов И. Е. Исследование биофизических характеристик слуха студентов ДГТУ/ И.Е. Рогов, А.Ю. Аржановский, Е.В. Варсан, Т.А. Зубова, А.С. Ткаченко // Молодой исследователь Дона. – 2018. - №2(11) – С. 69-76.

Холматов Д.И., Ахророва З.А.
ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

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

Актуальность. Родственные браки встречаются в различной степени во всем мире. Это особенно распространено в некоторых частях Ближнего Востока, Азии, Африки и Латинской Америки [1-2]. В большинстве районов Южной и Средней Азии кровнородственные браки составляют от 20% до 50% населения в целом. У братьев и сестер от кровнородственных браков значительно выше частота наследственных заболеваний, включая нарушения слуха [3]. Риск развития слуховых нарушений всегда выше в семьях, где есть генетические заболевания. В этом случае брак с родственником может привести к гораздо более высокому риску рождения больного ребенка. Подавляющее большинство случаев наследственной глухоты вызвано единичным аутосомно-рецессивным наследованием [4]. Влияние кровного родства на наследственную глухоту до сих пор изучено и документировано недостаточно. Многие авторы, используя принципы статистики и причины глухоты, полагают, что кровнородственный брак увеличивает вероятность глухоты по аутосомно-рецессивным типам наследования.

Родственные браки широко распространены во многих крупных человеческих популяциях. Оно может весьма широко варьироваться между странами и внутри них; религии и культурные факторы играют важную роль в определении социальных отношений и правовых рамок на местном и национальном уровнях. Некоторые авторы полагают, что таких браков следует избегать, поскольку они повышают в два раза риск рождения младенцев с врожденными дефектами, такими как умственная отсталость, глухота и слепота, по сравнению с «неродственным» браком. Многие авторы предполагают, что примерно половина сенсорной тугоухости у детей может быть объяснена наследственными причинами [2-4].

SirajZakzouk (2002) сообщил о 66,1% наследственной глухоты среди 168 детей с сенсорной тугоухостью в своем первом исследовании и 36,6% наследственной глухоты у 142 человек в его втором исследовании. Он объяснил, что такая большая разница в распространенности наследственной глухоты между двумя выборками объясняется повышением осведомленности семей и улучшением медицинского обслуживания. Тейлор и др. (1975) сообщили, что большинство, если не все, случаев глухоты, ранее классифицированные как «неизвестная причина», являются случаями аутосомно-рецессивного типа наследования. В большинстве случаев наследственной глухоты (от 75% до 88%) наследование осуществляется по одному рецессивному гену. Родственно-кровный брак также увеличивает риск передачи полигенного (мультифакторного) наследования. Этот необычный тип наследования до конца не изучен, но предполагается, что множественные гены способствуют заболеванию, и у каждого человека есть порог, при котором аномалия будет проявляться. Важным моментом является то, что при многофакторном наследовании риск для последующих братьев и сестер выше, когда родители являются кровными родственниками, чем когда они не являются родственниками, в отличие от аутосомно-рецессивного типа наследования, при котором риск одинаков независимо от кровного родства родителей. Влияние кровного родства на развитие нарушений слуха у детей зависит от близости родства родителей. Брак между двоюродными братьями и сестрами представляет большой риск, тогда как дальнейшее родство имеет сравнительно низкий риск рождения неполноценного потомства, что также подтверждается нашими данными.

Цель исследования. Изучение распространенности сенсоневральной тугоухости (СНТ) вследствие кровнородственного брака, а также обзора литературы и возможных вариантов лечения.

Материалы и методы исследования. В этом исследовании в период с 2022 г. по 2023 г. было обследовано 152 детей младшего и дошкольного возраста от 3-х до 6 лет. Исследования проведены в учреждениях родовспоможения и детских поликлиник г. Душанбе, Худжанд и Хорог. По данным нашего диагностического алгоритма (регистрации Отоакустической эмиссии, Слуховых вызванных потенциалов и импедансометрии, у всех детей наблюдалась двусторонняя симметричная сенсоневральная тугоухость. Данные произвольного анкетирования были составлены и заполнены с помощью родителей детей. Он состоял из информации о возрасте, поле, кровном родстве родителей, семейном анамнезе глухоты, нарушениях слуха и речи, а также воздействии различных известных факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение. В этом опросе было оценено 152 случая – из них 50,9% мальчики и 49,1% девочки. В целом родство родителей составило 45,7 % брак между двоюродными братьями и сестрами, 17,2% брак между троюродными братьями и сестрами и 37,1% брак между неродственными родителями.

Считалось, что наследственные факторы являются причиной 62,9% случаев двусторонней сенсоневральной тугоухости. При этом распространенность нарушений слуха наблюдалась значительно выше у детей, родители которых были двоюродными братьями и сестрами, по сравнению с детьми, чьи родители были троюродными братьями и сестрами.

Выводы. Семьям необходимо объяснить опасность кровного брака и механизмы, способствующие этому. Генетическое консультирование действительно дает тем, кто ищет информацию или совет, истинную картину ситуации и связанных с ней рисков, чтобы семья могла принять соответствующие решения о браке. Необходима профилактическая программа, чтобы ограничить число детей, пострадавших в результате санитарного просвещения в отношении возможных рисков исхода кровнородственного брака. Генетический скрининг для выявления носителей генетических заболеваний является важным аспектом профилактики. Частью программы должны быть школьный, добрачный, пренатальный и неонатальный скрининг.

Список литературы.

4. Артюшкин С. А., Королева И. В., Крейсман М. В., Туфатулин Г. Ш. Нарушения слуха у детей – региональные эпидемиологические исследования. Российская оториноларингология. 2021;20(2):21–31.
5. Го А., Хуссейн С. Внезапная потеря слуха и беременность// Журнал ларингологии и отологии. -2013. - №126 (4). – С.- 337–339.
6. Халфина В. В., Степанова А. А., Маркова Т. Г., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А., Насыров В. А. Мутации в гене GJB2 у детей с двусторонней тугоухостью в Кыргызстане. Российская оториноларингология. 2020;19(6):64–71.
7. Холматов И.Б., Тугоухость на почве родственного брака как фактор наследственной болезни (обзор литературы) / И.Б. Холматов, А.А. Очилзода // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2014. – №3. – С. 21-27.

Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Открытие антибиотиков является одним из достижений современной науки. Их применение в профилактической медицине ознаменовалось грандиозным лечением ряда инфекционных заболеваний у детей, ранее заканчивающихся, в большинстве своём, тяжелой инвалидностью. Помимо лечебного действия антибиотики могут вызывать побочные реакции. Одну из групп побочных реакций составляют токсические явления на определенные системы и ткани макроорганизма. За последние годы опубликован ряд работ о токсическом действии некоторых антибиотиков на внутреннее ухо, в основном у взрослых или детей старшего возраста [1, 2]. Однако, суммарных данных о токсическом действии антибиотиков у детей младшего возраста и аудиологической характеристики, в литературе не имеется. Кроме того, изучая последние данные, касающиеся диагностики нейросенсорной тугоухости, необходимо отметить внедрение в клиническую практику объективных методов исследования, позволяющих выявлять снижение слуха и определять степень слуховых потерь у детей с первых дней жизни. Поэтому требуется изменение подхода к диагностике патологии слуха и реабилитации детей с такой патологией. Согласно статистическим исследованиям, снижение слуха встречается у 1-2% детей[3, 4]. Среди них 0,02-0,04% составляют дети со значительной степенью потери слуха. Хотя нарушения слуха возникают у большей части детей в возрасте до года, диагностика слуховых расстройств зачастую проводится позднее. Это обусловлено тем, что выявить нарушения слуха у ребенка в раннем возрасте сложно. Ранее, при наличии у ребенка нарушения реакций на звуки в возрасте до года или задержке развития речи, врачи часто занимали выжидательную позицию, откладывая направление на диагностическое обследование слуха до достижения ребенком 2-3 лет. Современный подход требует при выявлении у ребенка нарушений реакций на звуки как можно раньше обследовать у него слух с помощью объективных методов исследования слуха. Важно выявить даже небольшое снижение слуха, поскольку у маленьких детей оно приводит к задержке и нарушению речевого развития. Уже при потере слуха I-ой степени (20-40 дБ) ребенок не слышит в обычной речи наиболее тихие ее компоненты: глухие, шипящие, свистящие согласные, окончания слов, предлоги, приставки. Это затрудняет овладение речью, нарушает ее восприятие в шумных условиях.

Цель исследования. Аудиологическая характеристика у детей с нарушениями слуха, обусловленные применением с лечебной целью антибиотиков, обладающих ототоксичным действием.

Материалы и методы исследования. В течение 2020-2023 гг. в условиях ЛОР – клиники и центра реабилитации слуха и речи при НМИЦ «Шифобахш» наблюдали 627 детей в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. Из наблюдавшихся больных детей медикаментозное (токсическое) поражение слуха было диагностировано у 93 (14,8 %) детей, среди них в возрасте до 1-го года было - 8 (8,6%), от 1 до 2 лет -18 (19,3%), 4 - 6 лет - 67 (72%). Большинство детей с медикаментозным поражением слуха обратились в поздние сроки после развития заболевания. Из анамнеза установлено, что 58 (62,3%) детей этой группы в первом полугодии жизни, получали антибиотики, обладающие ототоксичным действием. Только у 5 детей в возрасте 5 лет начато лечение через 1 месяц после начала заболевания, остальным лечение проведено значительно позднее, 20 больным детям через 1 год, 30 - через 2 года, 43 - через 3-4 года. От своевременности выявления и начала лечения заболевания, несомненно зависел эффект проводимой терапии. Причина нейросенсорной тугоухости у детей этой группы явилась применение стрептомицина - у 18 (19,3%) детей, мономицина - у 10 (10,7%) детей, канамицина у 15 (16,1%) детей и гентамицина у 35 (37,6%), амикацина у 3 (3,2 %) детей, а у 2 (2,1%) детей – применена комбинация антибиотиков. Антибиотикотерапию проводили преимущественно по поводу тяжелой пневмонии в раннем детском возрасте у 21(22,5 %) ребенка), 3 (3,2 %) детям в возрасте 2-3 лет стрептомицин вводили в связи с острым средним отитом и у 4-х (4,3 %) по поводу катара верхних дыхательных путей. Длительное парентеральное введение антибиотиков 10 (10,7 %) детям по поводу перитонита и 12 (12,9 %) детям гематогенным остеомиелитом; дизентерией, колиэнтеритом у 22 (23,6 %) детей по поводу пупочного сепсиса у 12 (12,9 %) детей, аппендицит у 2 (0,2%) детей и по поводу ложного крупа у 2 (0,2%) детей. Особое внимание заслуживает 6 (6,4 %) детей, у которых нарушение слуха возникло во внутриутробном периоде, поскольку их матери получали антибиотики во время беременности по поводу перитонита и нефропатии.

Для исследования слуховой функции у детей 3-5 лет мы использовали психосоматические методы, игровую аудиометрию, акустическую импедансометрию и регистрацию отоакустической эмиссии.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате визуального исследования слуха с регистрацией ориентировочных реакций - 26 детям в возрасте до 2-х лет, получавших антибиотики, обладающих ототоксическим действием у 19 (20,4%) детей зафиксирована реакция на звук интенсивностью 80 дБ, а у 7 детей психомоторная реакция отсутствовала. При подаче звука интенсивностью 40 дБ психомоторная реакция у всех обследованных 26 (27,9 %)

детей отсутствовала. Полученные данные исследования слуха у детей до 2-х лет показали, что психомоторная реакция на звук 80 дБ у 19 (20,4%) детей и его отсутствие у 7 (7,5%) детей даёт возможность заподозрить нейросенсорную тугоухость и глухоту. Итоги игровой тональной пороговой аудиометрии у 67 (72,0%) детей в возрасте 3-5 лет, показали, что изменения на аудиограмме, как правило, были значительными и свидетельствовали о разной степени поражение звуковоспринимающего аппарата. У всех наблюдавшихся 67 больных детей поражение слуха было двухсторонним симметричным. При рассмотрении данных тональной пороговой аудиометрии мы отметили преобладание сенсоневрального характера тугоухости с нарушением восприятия звуков по всему диапазону частот, более выраженному в области высоких частот, где определялось выпадения восприятия. Так, у большинства детей, получавших гентамицин в возрасте до 6 месяцев, имелась III - IV степень тугоухости. В общей сложности тугоухость второй степени зарегистрирована у 18 (19,3%) детей, III степени – у 22 (23,6%), остатки слуха – у 53 (56,9%).

Таким образом, у 26 (27,9%) детей младшей возрастной группы (до 4 лет) после применения гентамицина и других антибиотиков неомицинового ряда наступило резкое нарушение слуха (по типу нейросенсорной тугоухости), практически граничащее с глухотой. Всем наблюдавшимся 93 больным детям после обследования рекомендовано лечение по методике, разработанной в нашей клинике (2013 г.). В отдаленном периоде, через 1-2 года повторное обследование, включая аудиометрию, 82 детей, заметных сдвигов в сторону улучшения слуха практически не было ни у одного ребенка, хотя отдельные родители указывали на некоторое улучшения слуха у их детей. При сравнении данных аудиометрии, полученных при первом исследовании, каких-либо изменений в состоянии слуха не выявлено.

Выводы. Таким образом, возникновение у детей младшей возрастной группы нарушения слуха после применения антибиотиков, обладающих ототоксичным действием, в большинстве случаев носят выраженный стойкий и необратимый характер. Однако, имеет место мнение опытных специалистов сурдологов-врачей, сурдологов-педагогов о том, что быстрые и ранние реабилитационные мероприятия могут значительно изменить состояние слуховой функции у детей раннего возраста. Даже небольшой подъем частот в тон шкале средней речевой зоны может дать прибавку слуха, что отразится в психосоматическом и речевом развитии детей с нарушением слуха.

Список литературы.

14. Каримова З. Х. Динамика патоморфологических изменений в центральных отделах слухового анализатора при гентамициновой интоксикации под воздействием кортексина в эксперименте / З.Х. Каримова // Российская оториноларингология. – 2012. - № 2. – С. 81-84.
15. Goderis J, De Leenheer E, Smets K, et al: Hearing loss and congenital CMV infection: A systematic review. *Pediatrics* 134(5):972-982, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-1173
16. Kimani JW, Buchman CA, Booker JK, et al: Sensorineural hearing loss in a pediatric population: Association of congenital cytomegalovirus infection with intracranial abnormalities. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 136(10):999-1004, 2010. doi: 10.1001/archoto.2010.156
17. Marom T, Pitaro J, Shah UK, et al: Otitis media practice during the COVID-19 pandemic. *Front Cell Infect Microbiol* 11:749911, 2022. doi: 10.3389/fcimb.2021.749911

Холматов Д.И., Ахророва З.А.

ПРОГРАММА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДУШАНБЕ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуалии бни Сино». Таджикистан.

Актуальность. Слух является необходимым инструментом в развитии каждого ребёнка. Психомоторное и эмоциональное развитие могут быть нарушены, если у ребёнка проблемы со слухом. Отсутствие информации, принимаемой слуховым путём в ранних годах жизни, в значительной степени ограничивает или даже делает невозможным развитие речи. Если нарушение слуха будет обнаружено в раннем периоде, оно может эффективно лечиться. Диагноз, поставленный как можно в более раннем возрасте, позволяет назначить пациенту соответствующую диагностику и лечение. Очень важным элементом в лечении являются программы скрининговых обследований слуха. В течение многих лет во всем мире развиваются разные программы скрининговых обследований слуха. К числу самых популярных относится скрининг слуха новорожденных, благодаря которому в некоторых странах почти у всех новорожденных детей проводятся обследования слуха [2]. Результаты программы, проведенной в Польше, а также скрининговых обследований слуха новорожденных, проводимых во всём мире свидетельствуют о том, что врожденные нарушения слуха появляются у 2-7 из 1000 новорожденных [1]. Минимальные нарушения слуха, особенно только в одном ухе, могут остаться незамеченными. Они могут быть причиной проблем с пониманием речи, особенно в шумном окружении, а также проблем с определением источника звука, что может вызывать трудности в учёбе. Как показывают многие исследования, ученики с нарушением слуха не достигают таких же успехов в школе, как их ровесники с хорошим слухом. Судя по многим исследованиям, около 40% детей школьного возраста с односторонним нарушением слуха остаются на второй год [1]. Одной из самых частых причин приобретенных нарушений слуха является средний отит. Гнойное воспаление среднего уха является самой частой болезнью в детстве. Исследования разных популяций показывают, что 76-95% всех обследованных детей, хотя бы раз в жизни перенесли такое воспаление. Повышается также количество случаев потери слуха на высоких частотах из-за шума, связанное с прослушиванием громкой музыки через наушники. К другим причинам, вызывающим нарушения слуха, относятся детские инфекции, например, эпидемический паротит или корь, менингит, механические травмы и др. Программы скрининговых обследований слуха среди детей школьного возраста позволяют быстро обнаружить нарушения слуха и оперативно назначить соответствующее лечение, реабилитацию и профилактику.

Цель исследования. Провести анализ пилотных скрининговых обследований слуха у учеников начальных классов в Душанбе и выявить причины появления нарушений слуха с возможностью их предупреждения, диагностики,

лечения и реабилитации среди специалистов и родителей в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Обследование выполнено в двух выбранных школах в Душанбе, в которых были проведены пилотные исследования. Пилотная программа скрининговых обследований слуха была проведена сотрудниками кафедры оториноларингологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в сотрудничестве Института физиологии и патологии слуха Польши. Обследование слуха было проведено в начальных школах в Душанбе в ноябре 2012 года. В обследованиях приняло участие 143 ученика в возрасте 7-8 лет из двух общеобразовательных школ. Аудиометрические обследования слуха были проведены при помощи «Платформы исследований органов чувств», инновационного телеинформатического прибора, соединяющего аудиометр класса IV с компьютерной системой, позволяющей соединяться с научной системой «SZOK», при помощи которой есть возможность выполнять статистические исследования, а также оценивать собранные результаты обследований врачами-специалистами (ларингологами, аудиологами, логопедами).

Результаты исследования и их обсуждение. Автоматический анализ полученных результатов скрининговых обследований слуха, проведенных при помощи системы «SZOK», показал, что процент детей с положительным результатом тональной аудиометрии, в соответствии с принятыми критериями, составляет почти 23,8% (34 ученика). Было замечено, что 50,0% случаев тугоухости (17 учеников) являются тугоухостью двусторонней (табл. 1). У детей из школы №15 в группе 25 учеников (22,7%) был получен положительный результат скрининговых обследований слуха, однако в школе №2 такой результат был получен у 9 учеников (27,3%). В обеих школах был отмечен похожий расклад односторонней и двусторонней тугоухости. Статистический анализ не показал различий в частоте появления детей с положительным результатом скринингового обследования в школах, охваченных пилотажными исследованиями ($C2 = 3,28$, $p = 0,128$). Не отмечено также различий в частоте появления одно- или двусторонних нарушений слуха в зависимости от школы, в которой проводились обследования ($C2 = 2,19$, $p = 0,398$). На основе результатов скрининговых обследований, а также собранных анкетных данных, врачи-аудиологи и отоларингологи рекомендовали 24 ученикам (70,6% всех случаев тугоухости) обратиться за дальнейшей специализированной помощью. Родители оставшихся 10 учеников с положительным результатом обследований были проинформированы о профилактике нарушения слуха. Среди всех ушей с положительным результатом скринингового обследования слуха в 31,4% случаев (16 ушей) была обнаружена низкочастотная тугоухость, в 25,5% – высокочастотная тугоухость, однако остальные 43,1% имели нарушения слуха, включающими в себя все исследуемые частоты. Низко и высокочастотные нарушения появлялись чаще в правом ухе, однако другие виды тугоухости – чаще в левом. Статистический анализ не показал статистически значимых различий в частоте появления отдельных типов тугоухости в школах, охваченных пилотными исследованиями ($C2 = 4,11$, $p = 0,112$). Было замечено, что среди 17 детей с положительным результатом обследования слуха с обеих сторон у 5 из них в обоих ушах наблюдалась низкочастотная тугоухость.

Анализ результатов скрининга слуха в Душанбе показал, что низко и высокочастотные нарушения слуха чаще появляются в правом ухе, чем в левом. В этих обследованиях количество высокочастотных нарушений слуха в правом ухе было в 3 раза больше, чем в левом. Как утверждает К. Купплер, нарушением слуха, появляющимся чаще всего, является нарушение одностороннее – оно касается почти 3% детей школьного возраста [2]. Частота появления одно и двусторонних нарушений в обследуемой группе сравнительно одинакова.

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что в разных регионах Таджикистана население мало информируется на тему нарушений слуха. У многих детей школьного возраста наблюдаются проблемы со слухом, но их родители и учителя часто не замечают. Однако, даже небольшие проблемы со слухом могут стать причиной коммуникативных, эмоциональных или образовательных трудностей, поэтому важно обнаружить нарушения слуха как можно раньше (в том числе и ушные шумы). Этому способствуют программы скрининговых обследований, которые помогают быстро выделить детей с нарушениями слуха из группы риска, чтобы как можно быстрее назначить соответствующее лечение и реабилитацию, и таким образом повысить качество жизни пациентов и их семей.

Список литературы.

18. Arslan S., Işık A.U., İmamoğlu M., Topbaş M., Aslan Y., Ural A. Universal newborn hearing screening: automated transient evoked otoacoustic emissions // B-ENT. – 2013. – Vol. 9, №2. – P. 122-131.
19. Kuppler K., Lewis M., Evans A.K. A review of unilateral hearing loss and academic performance: is it time to reassess traditional dogmata? // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 77, №5. – P. 617-622.

Холматов Д.И., Ахророва З.А., Эргашев М.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНА СЛУХА ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ: АНАЛИЗ АУДИОГРАММ

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

Актуальность. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) является одним из самых частых врожденных нарушений органов чувств с частотой встречаемости 1–2 ребенка на 1000 новорожденных для двусторонних глубоких нарушений слуха (> 70 дБ) и более 4 детей на 1000, если включать легкие, средние и односторонние нарушения слуха [1]. Врожденная тугоухость может иметь различные причины, хотя как минимум в 50% случаев установлена генетическая причина тугоухости в развитых странах мира, две трети из них носят несиндромальный характер, при котором тугоухость не сочетается с другими патологическими состояниями. Мутация в гене, кодирующем коннексин 26, ответственна за практически половину случаев генетических нарушений слуха. За двадцать лет описано более 70 различных мутаций в этом гене, но наибольший интерес для исследователей представляет однонуклеотидная мутация 35delG, которая составляет около 70% всех мутаций гена GJB2 [2]. Высокая частота вышеупомянутой мутации требует описания ее фенотипических проявлений. Первоначально сообщалось о глубоких нарушениях слуха при 35delG- ассоциированной тугоухости, но последние исследования показали, что данная мутация может быть причиной нарушения слуха и при

менее тяжелых степенях тугоухости [1, 2].

Цель исследования. Сравнительный анализ аудиологического профиля 35delG-вызванной тугоухости и негенетических форм несиндромальной сенсо- невральн ой тугоухости.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 детей в воз- расте от 4 лет до 18 с несиндромальной двусторонней СНТ. Дети с односторонней тугоухостью и с признаками синдромальной тугоухости (поражение почек, щитовидной железы, сердечнососудистой системы, когнитивными расстройствами) были исключены из исследования. Всем пациентам выполнено клиническое и аудиологическое обследование. Клиническое обследование включало сбор анамнеза на наличие факторов риска развития тугоухости, педиатрическое обследование и осмотр ЛОР-органов. Аудиологическое обследование проводилось методом тональной пороговой аудиометрии (ТПА) на диагностическом аудиометре МА-31 (Германия) в стандартном диапазоне частот (125– 8000 Гц) с предварительной стандартизацией нулевого уровня воздушного проведения по международному стандарту ISO-64. Методом акустической тимпанометрии было диагностировано отсутствие кондуктивного компонента тугоухости у всех детей. Анализ ТПА проводили по количественным (средним тональным порогам слуха воздушной проводимости в стандартном диапазоне частот на лучше слышащее ухо, порогами слуха на четырех речевых частотах и степени тугоухости) и качественным (форма аудиограмм) характеристикам. Степень тугоухости определялась по порогу слуха на четырех речевых частотах (500, 1000, 2000 и 4000 Гц) для лучше слышащего уха. Для оценки тяжести нарушений слуха использовалась классификация ВОЗ: 20–50 дБ потери слуха – I-я степень, 51–70 дБ – II-я, 71–90 дБ – III-я, более 90 дБ – IV-я степень. Всем пациентам был выполнен молекулярно-генетический анализ на наличие мутации 35delG в лаборатории генетики и цитологии. ДНК лейкоцитов периферической крови изолировалась методом ПЦР по общепринятой методике со специфическими праймерами, после чего амплифицированный фрагмент подвергался эндонуклеазной обработке для выявления мутации. Наличие мутации 35delG в гомозиготном состоянии свидетельствует о несиндромальной СНТ, вызванной данной мутацией. Если мутация не определялась, тугоухость классифицировалась как негенетическая СНТ. Для сравнения групп с генетической и негенетической СНТ по порогам слуха, формам ТПА использовались тест Уилкоксона (для непараметрических данных), точный критерий Фишера (для данных, которые можно представить в виде таблицы 2×2) и метод повторяющихся событий для построения графиков усредненных аудиограмм.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты молекулярно-генетического анализа. Среди наших пациентов генетическая этиология СНТ диагностирована у 19 детей (38%) с определением мутации 35delG в гомозиготном состоянии, 6 пациента (12%) были носителями данной мутации в гетерозиготном состоянии. Наличие мутации 35delG в генотипе ребенка, страдающего двусто- ронней СНТ, стало поводом для объединения таких пациентов в одну группу с ге- нетической этиологией заболевания. Их общее количество составило 25 (50%), что свидетельствует о преобладающей роли генетической СНТ в структуре врож- денных нарушений слуха. У 25 (50%) детей с несиндромальной СНТ мутация 35delG не обнаружена, что говорит о негенетической (инфекционной, приобре- тенной или другой) природе заболевания. Результаты аудиологического обследования представлены в табл. 2. Восходящей формы ТПА у обследуемых детей с СНТ не выявлено.

Точный тест Фишера показал отсутствие статистически значимых различий ($p=0,36$) в отношениях каждой формы аудиограммы в двух исследуемых группах пациентов с СНТ. С помощью метода повторяющихся событий, используя абсолютное значение тональных порогов слуха по воздушной проводимости на лучше слышащее ухо в диапазоне частот от 250 до 6000 Гц и число каждой из форм ТПА, нами получены усредненные графики ТПА для группы с генетической и негенети- ческой СНТ. Все формы ТПА практически идентичны в двух группах, исключая нисходящую, которая в группе детей с негенетической СНТ носит пологий характер, а в группе детей с 35delG-ассоциированной СНТ – круто- нисходящий. Но, повторим, эти отличия статистически недостоверны.

Высокое соотношение 35delG- ассоциированной СНТ среди пациентов с прелингвальной несиндромальной СНТ имеет большое значение в клинической практике. До недавнего времени считалось, что особенности форм аудиограмм могут помочь в определении генетической этиологии СНТ. Сейчас появились исследования, которые ставят под сомнения этот факт. Результаты наших исследований также свидетельствуют о том, что по форме аудиограммы мы не можем судить об этиологии нарушений слуха. Сравнительный анализ медиан абсолютных значений порогов слуха на 4 речевых частотах на лучше слышащее ухо (для группы с генетической СНТ она составляет 92,5 (81,6; 97,5), а в группе с негенетической СНТ – 90,62 (75,0; 97,5) также не выявил статистически достоверных различий в двух сравниваемых группах, тест Уилкоксона равен 0,3. Проанализировав степени СНТ, мы получили несколько иные данные. Между двумя группами СНТ различной этиологии установлены статистически достоверные различия в сторону превалирования более глубоких нарушений слуха в группе с 35delG-ассоцииро-ванной СНТ (точный критерий Фишера составляет 0,02).

Используя метод повторяющихся событий для средних тональных порогов слуха по воздушной проводимости в стандартном диапазоне частот, мы построили усредненные графики ТПА для двух сравниваемых групп. ТПА значительно отличаются в области речевых частот в сторону более грубых нарушений слуха в группе с 35delG- ассоциированной СНТ, но эти различия статистически недостоверны. Данная работа подтверждает результаты других европейских исследований о более тяжелых нарушениях слуха у пациентов – носителей ядерной мутации 35delG в гене GJB2. Наши исследования свидетельствуют о том, что молекулярно-генетическое тестирование на наличие мутации 35delG в гене коннексина 26 следует включить в комплексный клинко-аудиологический протокол обследования детей с прелингвальной СНТ как первый шаг для определения причины снижения слуха.

Выводы. Молекулярно-генетическое исследование детей Таджикистана, страдающих несиндромальной двусторонней сенсоневральной тугоухостью, выявило высокую встречаемость генетических нарушений слуха (50%), обусловленных мутацией 35delG в гене коннексина 26. Установлено, что в группе с генети- чески детерминированной (35delG) сенсоневральной тугоухостью статистически достоверно ($p<0,05$) преобладают более тяжелые нарушения слуха (III–IV-й степени тяжести по ВОЗ). По качественным характеристикам ТПА статистически значимых отличий

по формам аудиограмм между группами детей, страдающих генетической и негенетической сенсоневральной тугоухостью не выявлено ($p>0,05$).

Список литературы.

3. Грабарук Е.С. Аудиологический скрининг в детском возрасте: достижения, проблемы, возможности повышения эффективности / Е.С. Грабарук, Л.А. Фёдорова, И.В. Савенко, С.М. Вихнина, М.Ю. Бобошко // Вестник оториноларингологии. – 2021. - №86 (1): - С. 82-89.
4. Халфина В.В. Мутации в гене GJB2 у детей с двусторонней тугоухостью в Кыргызстане / В. В. Халфина, А. А. Степанова, Т. Г. Маркова, А. В. Поляков, Г. А. Таварткиладзе, В. А. Насыров // Российская оториноларингология. - 2020. - №19(6): - С. 64–71.

Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф., Эргашев М.А.

ТИПЫ АУДИОГРАММ В РАСШИРЕННОМ ДИАПАЗОНЕ ЧАСТОТ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

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

Актуальность. Известно, что в диагностике слуховых нарушений распространенными остаются психоакустические методы, такие как тональная, речевая и надпороговая аудиометрия. Они являются наиболее информативными и доступными. Пороговая тональная аудиометрия в области конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона частот была и остается основным методом мониторинга состояния слуховой функции. Новые возможности в раннем выявлении слуховых расстройств открыли исследования слуха на тоны в расширенном (10–18 кГц) диапазоне частот [1]. Известно также, что многочисленные исследования были посвящены состоянию слуха на тоны в конвенциональном (0,124–8 кГц) диапазоне частот при самых разных заболеваниях: отосклерозе, хроническом гнойном среднем отите и его последствиях, тимпаносклерозе, сенсоневральной тугоухости (СНТ) инфекционного, сосудистого, шумового, радиационного, медикаментозного и другого генеза. Следует также отметить, что, несмотря на большое значение в оториноларингологии объективных методов исследования слуховой функции, и субъективные методы не утратили своего значения. Так, большой интерес представляют исследования слуха на тоны в расширенном (10–18) кГц диапазоне частот, которые позволяют выявить нарушение слуха на ранних стадиях заболевания, на что указывали многие авторы [1-3].

Цель исследования. Определение слуховой чувствительности на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) и расширенном (10–18 кГц) диапазонах частот у больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 52 больных в возрасте от 28 до 50 лет с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития. Контролем служили 20 нормально слышащих здоровых лиц в возрасте от 18 до 30 лет, которые не имели сосудистых заболеваний. Всего обследован 72 человек. У изучаемых больных чаще всего имело место нестабильное артериальное давление со склонностью к повышению или с неустойчивостью сосудистого тонуса мозговых сосудов часто с явлениями ангиоспазма по данным реоэнцефалографии (РЭГ). Аудиометрическое обследование больных проводили с помощью клинического аудиометра МА-31 в звукоизолированной камере, где уровень фонового шума не превышал 30 дБА. Такой аудиометр позволяет исследовать слух на тоны 0,125–10 кГц. Исследование слуха в расширенном (10–18 кГц) диапазоне частот проводили при помощи специального пьезокерамического звукоизлучателя, который подключали к звуковому генератору ГЗ-33. РЭГ записывали с использованием компьютерного реографа.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что у всех больных по данным тимпанометрии регистрировали тимпаногамму типа А, которая свидетельствовала об отсутствии у них нарушения функции звукопроводения согласно классификации Jerger. У изучаемых больных имело место нарушение слуховой функции по типу звуковосприятия, о чем свидетельствовали и положительные камертональные опыты Бинга, Федеричи, а также отсутствие костно-воздушного интервала на аудиограмме. Слух на тоны в конвенциональном диапазоне исследуемых больных находился в пределах нормы, а в расширенном был нарушен, а именно пороги слухового восприятия были повышены именно на высоких (10-18 кГц) частотах. Наиболее высокий порог слуха наблюдали в области 12,5; 14 и 16 кГц, которое соответственно составило: $28,4\pm5,1$; $44,7\pm9,2$ и $46,2\pm8,3$ дБ; а границы их «нормы» колебались в пределах от 13,1 до 43,7; $17,1\pm72,3$ дБ, а также $21,3\pm71,1$ дБ. По данным речевой аудиометрии и оценки дифференциальных порогов силы звука по методу Люшера в области 0,5; 2 и 4 кГц показатели находились в пределах нормы. На нарушение слуха изучаемые больные жаловались только в 33,3% случаев, а субъективный ушной шум отметили 62,3% больных. По интенсивности ушного шума у 47,4% больных он был пороговым, а в 42,4% – над порогом (5 дБ). Интенсивность ушного шума 15 дБ отметили у 2,63% больных. У 5,26% больных интенсивность шума определить не удалось, а у 2,63% он возникал периодически, но на момент обследования его не было. По частотной характеристике у большинства больных ушной шум был высокочастотным – 6 или 8 кГц, и он соответственно выявился в 18,4 и 23,7% случаев. Кроме того, таких больных часто беспокоили: головная боль, нарушение сна, повышенная раздражительность. Раньше больные отмечали головокружение и тяжесть в области затылка. При изучении характера типа аудиометрических кривых тонального слуха в области расширенного диапазона частот выявлено следующее. У большинства (61,9%) больных аудиометрические кривые слуха на тоны в расширенном диапазоне частот имели симметричный характер. При этом в 23,8% случаев тональные кривые в расширенном диапазоне частот имели нисходящий характер. У 16,7% больных аудиометрические кривые были также нисходящими, но в области 14 и 16 кГц наблюдалось наиболее выраженное снижение слуха на тоны, которое соответственно составило $46,6\pm6,5$ и $45,9\pm6,6$ дБ. У 21,4% больных аудиометрическая кривая имела пилообразный вид, но со склонностью к нисходящему типу. В 38,1% случаев аудиометрические кривые в расширенном диапазоне частот были ассиметричными. При этом установить причину асимметрии тональных кривых слуха на тоны в расширенном (9–16 кГц) диапазоне частот у всех

больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях развития при нормальном восприятии тонов конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона нам не удалось. Однако в 26,3% случаев на стороне более выраженного нарушения слуха на тоны в расширенном диапазоне частот имел место субъективный ушной шум. Полученные нами результаты созвучны с данными Е. А. Приходько и соавт. (1998). Авторы отметили, что больные с незначительными нарушениями слуха, кратковременным головокружением и субъективным шумом в ушах, которые обращаются к невропатологу или терапевту, не всегда предъявляют такие жалобы врачу и, как следствие, не всегда проходят необходимые в таком случае обследования. В то же время авторы отмечают, что создание сурдологических кабинетов, предназначенных большей частью для исследования больного, подбор слухового аппарата происходят в отрыве от невропатолога и без заключения терапевта. В связи со сказанным часто не учитывается неврологическая и терапевтическая патология, которая может в любое время привести к ухудшению слуха в различном сочетании с головокружением и шумом в ушах.

Выводы. Анализируя аудиометрические кривые у больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития с нормальным слухом на тоны в конвенциональном (0,125–8 кГц) диапазоне частот и нарушенным в расширенном (10–18 кГц) диапазоне частот выявлено, что в 23,8% случаев они носили нисходящий характер, в 16,7% – нисходящий с максимумом снижения слуха в области 14 и 16 кГц, которое составило соответственно $46,6 \pm 6,5$ и $45,9 \pm 6,6$ дБ. У 21,4% таких больных имела место «пилообразная» аудиометрическая кривая, но она также имела склонность к нисходящему характеру. У 38,1% больных с СНТ сосудистого генеза на ранних стадиях ее развития в расширенном диапазоне частот кривые носили асимметричный характер при нормальном восприятии тонов конвенционального (0,125–8 кГц) диапазона частот. Причину этого четко установить не удалось. У 26,3% больных был ушной шум, что послужило поводом обратиться к оториноларингологу. Остальные обращались к врачу по поводу других ранее перечисленных жалоб. При сборе анамнеза у больных с СНТ сосудистого генеза на начальных стадиях ее развития следует обращать внимание не только на отологические жалобы (снижение слуха, шум в ушах), но и на наличие неустойчивого артериального давления со склонностью его к повышению, головную боль, нарушение сна, повышенную возбудимость, головокружение, тяжесть в области затылка, хотя снижение слуха таких больных беспокоило только в 33,3% случаев.

Список литературы.

8. Айзенштадт Л.В. Оценка порогов слуха в расширенном частотном диапазоне у пациентов старшей возрастной группы / Л.В. Айзенштадт, Т.Ю. Владимирова, А.В. Куренков, А.М. Кашапова // Наука и инновации в медицине. Т.4. – 2019. - № 4. – С. 4-7.
9. Малакаева И.А. Аналитическое сравнение механизмов восприятия ультразвука ухом человека и животных / И.А. Малакаева, К.Д. Спицын, А.В. Бурлакова // Европейский журнал естественной истории. – 2020. - № 2. – С. 36-41.
10. Рогов И. Е. Исследование биофизических характеристик слуха студентов ДГТУ/ И.Е. Рогов, А.Ю. Аржановский, Е.В. Варсан, Т.А. Зубова, А.С. Ткаченко // Молодой исследователь Дона. – 2018. - №2(11) – С. 69-76.

Холматов Д.И., Ахророва З.А.

ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

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

Актуальность. Родственные браки встречаются в различной степени во всем мире. Это особенно распространено в некоторых частях Ближнего Востока, Азии, Африки и Латинской Америки [1-2]. В большинстве районов Южной и Средней Азии кровнородственные браки составляют от 20% до 50% населения в целом. У братьев и сестер от кровнородственных браков значительно выше частота наследственных заболеваний, включая нарушения слуха [3]. Риск развития слуховых нарушений всегда выше в семьях, где есть генетические заболевания. В этом случае брак с родственником может привести к гораздо более высокому риску рождения больного ребенка. Подавляющее большинство случаев наследственной глухоты вызвано единичным аутосомно-рецессивным наследованием [4]. Влияние кровного родства на наследственную глухоту до сих пор изучено и документировано недостаточно. Многие авторы, используя принципы статистики и причины глухоты, полагают, что кровнородственный брак увеличивает вероятность глухоты по аутосомно-рецессивным типам наследования.

Родственные браки широко распространены во многих крупных человеческих популяциях. Оно может весьма широко варьироваться между странами и внутри них; религии и культурные факторы играют важную роль в определении социальных отношений и правовых рамок на местном и национальном уровнях. Некоторые авторы полагают, что таких браков следует избегать, поскольку они повышают в два раза риск рождения младенцев с врожденными дефектами, такими как умственная отсталость, глухота и слепота, по сравнению с «неродственным» браком. Многие авторы предполагают, что примерно половина сенсорной тугоухости у детей может быть объяснена наследственными причинами [2-4].

SirajZakzouk (2002) сообщил о 66,1% наследственной глухоты среди 168 детей с сенсорной тугоухостью в своем первом исследовании и 36,6% наследственной глухоты у 142 человек в его втором исследовании. Он объяснил, что такая большая разница в распространенности наследственной глухоты между двумя выборками объясняется повышением осведомленности семей и улучшением медицинского обслуживания. Тейлор и др. (1975) сообщили, что большинство, если не все, случаев глухоты, ранее классифицированные как «неизвестная причина», являются случаями аутосомно-рецессивного типа наследования. В большинстве случаев наследственной глухоты (от 75% до 88%) наследование осуществляется по одному рецессивному гену. Родственно-кровный брак также увеличивает риск передачи полигенного (мультифакторного) наследования. Этот необычный тип наследования до конца не изучен, но предполагается, что множественные гены способствуют заболеванию, и у каждого человека есть порог, при котором аномалия будет проявляться. Важным моментом является то, что при многофакторном наследовании риск для последующих

братьев и сестер выше, когда родители являются кровными родственниками, чем когда они не являются родственниками, в отличие от аутосомно-рецессивного типа наследования, при котором риск одинаков независимо от кровного родства родителей. Влияние кровного родства на развитие нарушений слуха у детей зависит от близости родства родителей. Брак между двоюродными братьями и сестрами представляет большой риск, тогда как дальнейшее родство имеет сравнительно низкий риск рождения неполноценного потомства, что также подтверждается нашими данными.

Цель исследования. Изучение распространенности сенсоневральной тугоухости (СНТ) вследствие кровно-родственного брака, а также обзора литературы и возможных вариантов лечения.

Материалы и методы исследования. В этом исследовании в период с 2022 г. по 2023 г. было обследовано 152 детей младшего и дошкольного возраста от 3-х до 6 лет. Исследования проведены в учреждениях родовспоможения и детских поликлиник г. Душанбе, Худжанд и Хорог. По данным нашего диагностического алгоритма (регистрации Отоакустической эмиссии, Слуховых вызванных потенциалов и импедансометрии, у всех детей наблюдалась двусторонняя симметричная сенсоневральная тугоухость. Данные произвольного анкетирования были составлены и заполнены с помощью родителей детей. Он состоял из информации о возрасте, поле, кровном родстве родителей, семейном анамнезе глухоты, нарушениях слуха и речи, а также воздействии различных известных факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение. В этом опросе было оценено 152 случая – из них 50,9% мальчики и 49,1% девочки. В целом родство родителей составило 45,7 % брак между двоюродными братьями и сестрами, 17,2% брак между троюродными братьями и сестрами и 37,1% брак между неродственными родителями.

Считалось, что наследственные факторы являются причиной 62,9% случаев двусторонней сенсоневральной тугоухости. Причём распространённость нарушений слуха наблюдались значительно выше у детей, родители которых были двоюродными братьями и сестрами, по сравнению с детьми, чьи родители были троюродными братьями и сестрами.

Выводы. Семьям необходимо объяснить опасность кровного брака и механизмы, способствующие этому. Генетическое консультирование действительно дает тем, кто ищет информацию или совет, истинную картину ситуации и связанных с ней рисков, чтобы семья могла принять соответствующие решения о браке. Необходима профилактическая программа, чтобы ограничить число детей, пострадавших в результате санитарного просвещения в отношении возможных рисков исхода кровнородственного брака. Генетический скрининг для выявления носителей генетических заболеваний является важным аспектом профилактики. Частью программы должны быть школьный, добрачный, пренатальный и неонатальный скрининг.

Список литературы.

11. Артюшкин С. А., Королева И. В., Крейсман М. В., Туфатулин Г. Ш. Нарушения слуха у детей – региональные эпидемиологические исследования. Российская оториноларингология. 2021;20(2):21–31.
12. Го А., Хуссейн С. Внезапная потеря слуха и беременность // Журнал ларингологии и отологии. -2013. - №126 (4). – С.- 337–339.
13. Халфина В. В., Степанова А. А., Маркова Т. Г., Поляков А. В., Таварткиладзе Г. А., Насыров В. А. Мутации в гене GJB2 у детей с двусторонней тугоухостью в Кыргызстане. Российская оториноларингология. 2020;19(6):64–71.
14. Холматов И.Б., Тугоухость на почве родственного брака как фактор наследственной болезни (обзор литературы) / И.Б. Холматов, А.А. Очилзода // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2014. – №3. – С. 21-27.

Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.

НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Открытие антибиотиков является одним из достижений современной науки. Их применение в профилактической медицине ознаменовалось грандиозным лечением ряда инфекционных заболеваний у детей, ранее заканчивающихся, в большинстве своём, тяжелой инвалидностью. Помимо лечебного действия антибиотики могут вызывать побочные реакции. Одну из групп побочных реакций составляют токсические явления на определенные системы и ткани макроорганизма. За последние годы опубликован ряд работ о токсическом действии некоторых антибиотиков на внутреннее ухо, в основном у взрослых или детей старшего возраста [1, 2]. Однако, суммарных данных о токсическом действии антибиотиков у детей младшего возраста и аудиологической характеристики, в литературе не имеется. Кроме того, изучая последние данные, касающиеся диагностики нейросенсорной тугоухости, необходимо отметить внедрение в клиническую практику объективных методов исследования, позволяющих выявлять снижение слуха и определять степень слуховых потерь у детей с первых дней жизни. Поэтому требуется изменение подхода к диагностике патологии слуха и реабилитации детей с такой патологией. Согласно статистическим исследованиям, снижение слуха встречается у 1-2% детей [3, 4]. Среди них 0,02-0,04% составляют дети со значительной степенью потери слуха. Хотя нарушения слуха возникают у большей части детей в возрасте до года, диагностика слуховых расстройств зачастую проводится позднее. Это обусловлено тем, что выявить нарушения слуха у ребенка в раннем возрасте сложно. Ранее, при наличии у ребенка нарушения реакций на звуки в возрасте до года или задержке развития речи, врачи часто занимали выжидательную позицию, откладывая направление на диагностическое обследование слуха до достижения ребенком 2-3 лет. Современный подход требует при выявлении у ребенка нарушений реакций на звуки как можно раньше обследовать у него слух с помощью объективных методов исследования слуха. Важно выявить даже небольшое снижение слуха, поскольку у маленьких детей оно приводит к задержке и нарушению речевого развития. Уже при потере слуха I-ой степени (20-40 дБ) ребенок не слышит в обычной речи наиболее тихие ее компо-

ненты: глухие, шипящие, свистящие согласные, окончания слов, предлоги, приставки. Это затрудняет овладение речью, нарушает ее восприятие в шумных условиях.

Цель исследования. Аудиологическая характеристика у детей с нарушениями слуха, обусловленные применением с лечебной целью антибиотиков, обладающих ототоксичным действием.

Материалы и методы исследования. В течение 2020-2023 гг. в условиях ЛОР – клиники и центра реабилитации слуха и речи при НМЦ «Шифобахш» наблюдали 627 детей в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. Из наблюдавшихся больных детей медикаментозное (токсическое) поражение слуха было диагностировано у 93 (14,8 %) детей, среди них в возрасте до 1-го года было - 8 (8,6%), от 1 до 2 лет -18 (19,3%), 4 - 6 лет - 67 (72%). Большинство детей с медикаментозным поражением слуха обратились в поздние сроки после развития заболевания. Из анамнеза установлено, что 58 (62,3%) детей этой группы в первом полугодии жизни, получали антибиотики, обладающие ототоксичным действием. Только у 5 детей в возрасте 5 лет начато лечение через 1 месяц после начала заболевания, остальным лечение проведено значительно позднее, 20 больным детям через 1 год, 30 - через 2 года, 43 - через 3-4 года. От своевременности выявления и начала лечения заболевания, несомненно зависел эффект проводимой терапии. Причина нейросенсорной тугоухости у детей этой группы являлась применение стрептомицина - у 18 (19,3%) детей, мономицина - у 10 (10,7%) детей, канамицина у 15 (16,1%) детей и гентамицина у 35 (37,6%), амикацина у 3 (3,2 %) детей, а у 2 (2,1%) детей – применена комбинация антибиотиков. Антибиотикотерапию проводили преимущественно по поводу тяжелой пневмонии в раннем детском возрасте у 21(22,5 %) ребенка), 3 (3,2 %) детям в возрасте 2-3 лет стрептомицин вводили в связи с острым средним отитом и у 4-х (4,3 %) по поводу катара верхних дыхательных путей. Длительное парентеральное введение антибиотиков 10 (10,7 %) детям по поводу перитонита и 12 (12,9 %) детям гематогенным остеомиелитом; дизентерией, колиэнтеритом у 22 (23,6 %) детей по поводу пупочного сепсиса у 12 (12,9 %) детей, аппендицит у 2 (0,2%) детей и по поводу ложного крупа у 2 (0,2%) детей. Особое внимание заслуживает 6 (6,4 %) детей, у которых нарушение слуха возникло во внутриутробном периоде, поскольку их матери получали антибиотики во время беременности по поводу перитонита и нефропатии.

Для исследования слуховой функции у детей 3-5 лет мы использовали психосоматические методы, игровую аудиометрию, акустическую импедансометрию и регистрацию отоакустической эмиссии.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате визуального исследования слуха с регистрацией ориентировочных реакций - 26 детям в возрасте до 2-х лет, получавших антибиотики, обладающих ототоксическим действием у 19 (20,4%) детей зафиксирована реакция на звук интенсивностью 80 дБ, а у 7 детей психомоторная реакция отсутствовала. При подаче звука интенсивностью 40 дБ психомоторная реакция у всех обследованных 26 (27,9 %) детей отсутствовала. Полученные данные исследования слуха у детей до 2- х лет показали, что психомоторная реакция на звук 80 дБ у 19 (20,4%) детей и его отсутствие у 7 (7,5%) детей даёт возможность заподозрить нейросенсорную тугоухость и глухоту. Итоги игровой тональной пороговой аудиометрии у 67 (72,0%) детей в возрасте 3-5 лет, показали, что изменения на аудиограмме, как правило, были значительными и свидетельствовали о разной степени поражение звуковоспринимающего аппарата. У всех наблюдавшихся 67 больных детей поражение слуха было двухсторонним симметричным. При рассмотрении данных тональной пороговой аудиометрии мы отметили преобладание сенсоневрального характера тугоухости с нарушением восприятия звуков по всему диапазону частот, более выраженному в области высоких частот, где определялось выпадения восприятия. Так, у большинства детей, получавших гентамицин в возрасте до 6 месяцев, имела III - IV степень тугоухости. В общей сложности тугоухость второй степени зарегистрирована у - 18 (19,3%) детей, III степени – у 22 (23,6%), остатки слуха – у 53 (56,9%).

Таким образом, у 26 (27,9%) детей младшей возрастной группы (до 4 лет) после применения гентамицина и других антибиотиков неомицинового ряда наступило резкое нарушение слуха (по типу нейросенсорной тугоухости), практически граничащее с глухотой. Всем наблюдавшимся 93 больным детям после обследования рекомендовано лечение по методике, разработанной в нашей клинике (2013 г.). В отдаленном периоде, через 1-2 года повторное обследование, включая аудиометрию, 82 детей, заметных сдвигов в сторону улучшения слуха практически не было ни у одного ребенка, хотя отдельные родители указывали на некоторое улучшения слуха у их детей. При сравнении данных аудиометрии, полученных при первом исследовании, каких-либо изменений в состоянии слуха не выявлено.

Выводы. Таким образом, возникновение у детей младшей возрастной группы нарушения слуха после применения антибиотиков, обладающих ототоксичным действием, в большинстве случаев носят выраженный стойкий и необратимый характер. Однако, имеет место мнение опытных специалистов сурдологов-врачей, сурдологов-педагогов о том, что быстрые и ранние реабилитационные мероприятия могут значительно изменить состояние слуховой функции у детей раннего возраста. Даже небольшой подъем частот в тон шкале средней речевой зоны может дать прибавку слуха, что отразится в психосоматическом и речевом развитии детей с нарушением слуха.

Список литературы.

20. Каримова З. Х. Динамика патоморфологических изменений в центральных отделах слухового анализатора при гентамициновой интоксикации под воздействием кортексина в эксперименте / З.Х. Каримова // Российская оториноларингология. – 2012. - № 2. – С. 81-84.
21. Goderis J, De Leenheer E, Smets K, et al: Hearing loss and congenital CMV infection: Asystematicreview. *Pediatrics* 134(5):972–982, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-1173
22. Kimani JW, Buchman CA, Booker JK, et al: Sensorineural hearing loss in a pediatric population: Association of congenital cytomegalovirus infection with intracranial abnormalities. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 136(10):999–1004, 2010. doi: 10.1001/archoto.2010.156
23. Marom T, Pitaro J, Shah UK, et al: Otitis media practice during the COVID-19 pandemic. *Front Cell Infect Microbiol* 11:749911, 2022. doi: 10.3389/fcimb.2021.749911

Холматова Ш.Ш.,¹ Зуфарова Ш.А.,² Камалов Т.Т.³
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗРЫВОВ ТКАНЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Базовый докторант Ташкентского педиатрического института кафедры Акушерство и гинекологии, детской гинекологии;

²Республиканский центр репродуктивного здоровья население;

³Республиканский специализированный научно-практический центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова

Сахарный диабет (СД) патология эндокринной системы, при которой наблюдается гипергликемия на хроническом уровне, возникающая из-за нарушения выработки и пути воздействия инсулина. СД, возникающий в период беременности, определяется как гестационный сахарный диабет (ГСД). От 2 до 5% беременных женщин имеют диагноз сахарный диабет и 87,5% из них страдают ГСД, СД 1 типа- 7,5%, СД 2 типа- 5% , но при этом современные данные указывают на увеличение больных СД 2 типа.

Влагалищные роды сопровождаются травмами тазового дна в 10 – 40% случаев. При этом у первородящих повреждения развиваются в 70% случаев, а при проведении акушерских родоразрешающих манипуляций вероятность травматизации возрастет до 90%.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости разрывов тканей у беременных с сахарным и гестационным диабетом.

Материалы и методы исследования: В основу исследования положены данные ретроспективного и проспективного анализа медицинской документации беременных, госпитализированных в Республиканский перинатальный центр за 2017-2021 года.

Результаты исследования: За 5 лет в РПЦ было проведено 32564 родов, из них гипергликемия фиксировалась в 2279 случаях (7,0%), из них ГСД установлен в 1240 случаях (54,4%), из которых в 662 случаях проводились вагинальные роды. Среди всех вагинальных родов при ГСД процент разрыва мягких тканей составил 24,8% (164 беременные), тогда как среди женщин без ГСД разрывы мягких тканей составляют – 12,4% (3755 рожениц).

Заключение: В РПЦ, расположенном в городе Ташкенте, разрывов мягких тканей у беременных женщин с ГСД встречаются у 24,8% при естественных родах, что в два раза больше, чем у беременных без ГСД. Разрывы мягких тканей во время родов часто встречаются у впервые беременных женщин в возрасте от 20 до 30 лет.

Холов А.Д., Зухуров М.М., Эшбоев Б.М.
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических болезней ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Центральная районная больница Дангары.

Актуальность. Ежегодно в результате автодорожных происшествий более 10 миллионов человек получают тяжёлые механические травмы. В мире не уменьшается число природных катастроф. Летальность при тяжёлой сочетанной травме не имеет тенденции к снижению и колеблется от 23,3 до 85%, а утрата трудоспособности и уровень инвалидности в 10 раз превышают таковую при изолированных повреждениях. По данным мировой статистики, травма как причина смерти среди пациентов моложе 50 лет занимает первое место. При множественных и сочетанных повреждениях от 60 до 70% пострадавших поступают в лечебные учреждения с явлениями травматического шока, в связи с чем треть поступивших умирает в первые сутки лечения. Рост числа пострадавших с сочетанной травмой, большая летальность населения трудоспособного возраста составляют государственную проблему. Пациенты с сочетанной травмой составляют наиболее тяжёлую группу в неотложной хирургии. При сочетанной травме тяжесть состояний пострадавших определяется не простой суммой повреждений, а рядом взаимно влияющих друг на друга патофизиологических процессов [5]. Патологические факторы не просто складываются между собой, а создают усугубляющий эффект, приводящий к более тяжёлому течению каждого повреждения в отдельности — их принято называть «синдромом взаимного отягощения». При этой ситуации крайне важно объективно оценить состояние пострадавшего, определить угрожающее жизни ведущее звено патологического процесса [3,4].

Цель исследования. Правильное и во время диагностировать сочетанной травме с повреждениями органов брюшной полости. Снизить риск развития осложнений и легальный исход при травме органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ результатов обследования госпитализированных больных с сочетанной травмой в Центральной районной больнице Дангары. В течение 2019 года в Центральной районной больнице Дангары с сочетанной травмой было госпитализировано 330 пациентов. В 85% случаев механическая травма была связана с автодорожным травматизмом. Как правило, травму получают люди молодого работоспособного возраста (от 18 до 50 лет — 62, 9%, до 60 лет — 77, 4%), чаще мужчины — 63,5%, женщины — 37,5%. В наших наблюдениях в большинстве случаев встречалось сочетание двух анатомических областей, реже трёх. Превалирующими травмами были черепно-мозговая и повреждение конечностей. Сочетанность травмы оценивали согласно решению Межведомственного научного совета по проблемам сочетанных и множественных повреждений (1998) — одновременное повреждение двух или более анатомических областей. Условно разделяют 7 анатомических областей: голова, шея, грудь живот, таз, позвоночник, конечности. Среди пациентов с ведущей травмой опорно-двигательной системы при оценке тяжести повреждений по шкале ВПХ преобладали пациенты с тяжелой и средней тяжести травмой (56,8% в 23,8% соответственно), крайне тяжелой — 2,9%, в 16,5% легкой степени. Наблюдались следующие виды сочетаний: конечность — голова — 32,2%, конечность — грудь — 11,9%, конечность — голова — грудь — 10%,

конечность — позвоночник — 5%, грудь — голова — 5%, сочетание с повреждением таза — 12,5%, сочетание с повреждением органов брюшной полости — 11%.

Особенности диагностики. Одним из наиболее ответственных и сложных разделов в лечении пострадавших с травмой живота является своевременная диагностика доминирующей травмы. Диагностика преобладающей травмы при поступлении в стационар должна быть быстрой, с использованием, помимо традиционных различных инструментальных диагностических методик и приёмов. Доминирующим считается повреждение, представляющее наибольшую угрозу для жизни пострадавшего. При сочетанной травме множественные источники болей, кровопотери, поражение головного мозга с утратой сознания, нарушение функций многих органов приводят к извращению или полному отсутствию клинических симптомов, характерных для повреждения органов брюшной полости. Для диагностики повреждений мы используем бригадный метод с привлечением всех специалистов: реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов. При лёгкой степени неабдоминальной травмы диагностика повреждений органов брюшной полости не отличается от таковой при изолированной травме, когда не нарушен контакт с больным (жалобы, анамнез, клинические данные, возможность использовать все методы диагностики, инструментальных и хирургических). Наибольшие трудности составляет диагностика повреждений паренхиматозных органов при закрытой травме живота у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой в коме. Клинические признаки травмы затушевываются тяжестью общего состояния, особенно при нарушенном сознании, теряются на фоне ярких проявлений политравмы или могут быть истолкованы как проявление других, более очевидных повреждений. Шок у таких пострадавших может протекать на фоне брадикардии. Один из доступных и простых показателей кровопотери — шоковый индекс Алговера — не соответствует степени кровопотери. Алгоритм диагностики заключается в следующем: при стабильной гемодинамике — клиническое обследование, лабораторные методы исследования, УЗИ брюшной полости, при необходимости — компьютерная томография головного мозга с одновременным исследованием брюшной полости. Компьютерная томография позволяет определить плотность гематом и сроки давности травмы. По данным литературы, при выявлении разрыва печени точность КТ составляет 95,45%, чувствительность — 90,9%, специфичность — 100%, в то время как при обнаружении гематом печени точность, чувствительность и специфичность составляет 100%. При сомнительных случаях — лапароцентез, видеолапароскопия. При нестабильной гемодинамике параллельно реанимационным мероприятиям в условиях противошокового реанимационного приемного отделения проводим лапароцентез, при наличии срединного рубца — микролапаротомия в подвздошных областях. У больных с нестабильной гемодинамикой в диагностике внутрибрюшных кровотечений выпадает один из информативных методов, таких как видеолапароскопия, которая является противопоказанной у этой категории пострадавших. При лапароцентезе поступление крови по трубке не всегда позволяет определить интенсивность кровопотери и необходимость оперативного вмешательства, во избежание напрасной лапаротомии необходимо количественное исследование эритроцитов в брюшной полости, уточнение при УЗИ, по возможности КТ брюшной полости, которые позволяют определить контуры паренхиматозных органов и содержимое жидкости в брюшной полости. При диагностике внутрибрюшного кровотечения все пациенты нами оперированы в экстренном порядке.

Хирургическая тактика при повреждении печени. Во взрослое хирургическое отделение Центральной районной больницы Дангары за последнее 10 лет с повреждениями печени госпитализировано 15 (8%) пострадавших. Наибольшее число составили мужчины (76%) трудоспособного возраста до 30 лет (27,5%), от 30-40 лет — 22,5%, женщин было 3 % в 23,6% — повреждение нескольких органов. Для объективной оценки тяжести повреждений печени используем шкалу, предложенную Абакумовым М.М. и соавт. (2005). При поверхностных надрывах I класса повреждений использовали Тахо-Комб, гемостатическую губку. При глубоких разрывах с повреждением паренхимы печени проводили П- или Z-образное ушивание только рассасывающими нитками: кетгутом или викрилом.

Хирургическая тактика при повреждении селезёнки. Повреждения селезёнки при сочетанной травме с повреждением органов брюшной полости, по данным литературы и нашим наблюдениям, встречаются в 30-40% случаев. За последние 10 лет во взрослое хирургическое отделение Центральной районной больницы Дангары поступили 24 пострадавших с повреждениями селезёнки. Сочетанная травма диагностирована у 13 пострадавших. Повреждение селезёнки в сочетании с травмой опорно-двигательной системы наблюдалось в 5 случаях, с ЧМТ — 4, с повреждениями рёбер — 4. При оценке тяжести повреждений по шкале ВПХ она колебалась от 12 до 35 баллов. При сочетанной травме диагностика травм селезёнки характеризуется особыми трудностями. Объективно в дооперационном периоде на первый план выступала клиника внутрибрюшного кровотечения и шока. При травме в сочетании с травмой грудной клетки при переломах нижних рёбер слева наиболее тщательно проводили исследования для исключения повреждений селезёнки. Из неинвазивных методов наиболее часто применяли УЗИ (у 9), при этом у 8 пострадавших выявлена свободная жидкость в брюшной полости и выполнен лапароцентез. У пострадавших с тяжелой сочетанной ЧМТ параллельно проводили КТ головного мозга (у 2). У пострадавших с нестабильной гемодинамикой чаще всего в условиях приемного покоя выполняли лапароцентез (у 5) одновременно с реанимационными пособиями. При диагностике внутрибрюшного кровотечения выполняли экстренную лапаротомию. Степень повреждения селезёнки оценивали в соответствии со шкалой органных повреждений Комитета Американской ассоциации травматологов (Moore et al., 1991). В 11 случаях была произведена спленэктомия. В 2 случаях при повреждениях селезёнки 2-4 класса выполнены органосохраняющие операции при повреждениях 1 класса для остановки кровотечения использовали Тахо-Комб, гемостатическую губку. При сочетанной травме сохранить поврежденную селезёнку удалось лишь в 2 случаях. У пациентов при нестабильной гемодинамике и оценке тяжести травмы как тяжелой и крайне тяжелой с целью сокращения времени операции и риска дополнительной кровопотери даже при повреждении 2-4 класса проводили спленэктомию. При сочетанной травме с повреждением селезёнки нельзя ставить самоцелью сохранение поврежденного органа, так как выполнение органосохраняющей операции приводит к дополнительной кровопотере и удлинению операции.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, при сочетанных травмах показан бригадный метод обследования пострадавших, с использованием комплекса диагностических пособий в зависимости от состояния

больного. Характер оперативного вмешательства при повреждении печени и селезёнки в каждом конкретном случае требует избирательного подхода с учетом характера повреждений органа и тяжести состояния пациента. В послеоперационном периоде при повреждениях II-IV классах показано УЗИ, а при необходимости — КТ контроль.

Выводы. При сочетанной травме множественные источники болей, кровопотеря, поражение головного мозга с утратой сознания, нарушение функций многих органов приводят к извращению или полному отсутствию клинических симптомов, характерных для повреждений органов брюшной полости. Для диагностики повреждений мы используем бригадный метод с привлечением всех специалистов: реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов. При легкой степени неабдоминальной травмы диагностика повреждений органов брюшной полости не отличается от таковой при изолированной травме, когда не нарушен контакт с больным (жалобы, анамнез, клинические данные позволяют использовать все методы диагностики, инструментальные и хирургические).

Список литературы.

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.Н., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. — М.: Медицина, 2005. — 174 с.
2. Багненко С.Ф. Сочетанная механическая травма. — СПб, 2. 2005. — 55 с.
3. Соколов В.А. «DamageControl» — Современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии ортопедии им. Н.Н. Приорова, 2005. — № 1. — С. 81-84.
4. Ермолов А.С. Основные принципы диагностики лечения тяжелой сочетанной травмы // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 292-295.
5. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Экстремальное состояние организма. СПб: Эскулап, 1997. — 334 с.

Хотамов Ш.О., Давлатова Ш.Х., Косимов А.Х., Абдиев П.Х.
РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРЫЛОВИДНОЙ ПЛЕВЫ
Кафедра хирургических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Птериgium (крыловидная плева) — субэпителиальное врастание треугольной формы от лимба на роговицу фиброваскулярной дегенеративно измененной бульбарной конъюнктивы. Птериgium обычно развивается у людей, живших или живущих в жарком климате, и может быть ответом на хроническую сухость и ультрафиолетовое воздействие, также имеет долю генетической предрасположенности. Птериgium представляет собой плеву серого цвета, которая разрастается из назального бульбарного конъюнктивы в виде треугольной формы на роговице. Различают одностороннее и двустороннее разрастание конъюнктивы, которая имеет стационарную и прогрессирующую форму. Основными симптомами птеригияма является хроническое раздражение, снижение остроты зрения, при вовлечении зрительной зоны роговицы - астигматизм, разрыв перекорнеальной слёзной пленки. Птериgium может периодически воспаляться, что приводит к покраснению глаз, чувству инородного тела, слезотечению и легкой светобоязни. Это в итоге, кроме косметического дефекта снижает качество жизни больного.

Цель исследования. Оценить результаты различных методов хирургического лечения при птериgiumе для принятия своевременного, эффективного лечения, чтобы предотвратить развитие снижения остроты зрения и улучшить качество жизни больного.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Республиканской клинической больнице (РКБ) района Дангара и ГУ НМЦРТ «Шифобахш» в период 2020-2023 годов. Работа основана на анализе результатов лечения 56 больных, обратившихся по данному заболеванию. Основную массу больных составили лица в возрасте от 18 до 25 лет — 4 (7,2%), от 26 до 40 лет — 9 (16%) и от 41 года и выше — 43 (76,8%). Обследование включило данные анамнеза, биомикроскопию, проведение осмотра конъюнктивы, роговицы, определение остроты зрения и рефракцию глаза. Основными симптомами пациентов явились: сухость глаз, при распространении птеригияма в центральной части роговицы снижение остроты зрения, а во время воспалительного процесса - покраснение, чувство инородного тела и незначительное болевое ощущение. У всех пациентов проводили хирургическое вмешательство по удалению крыловидной плевы. Применяли два метода удаления: простое удаление с оголённой склерой и удаление с пластикой автоконъюнктивы.

Результаты исследования и их обсуждение. Удаление птеригияма проводится по косметической, а если достигает зрительной зоны роговицы, с функциональной целью. Оперативное вмешательство по методу оголённой склеры проводили у 21 (37,5%) пациента. Из них у 2 (9,5%) было осложнение, образовалась грануляционная ткань на месте иссечённой конъюнктивы. У 7 (33,3%) пациентов отмечалось повторное вырастание крыловидной плевы (рецидив). У остальных 35 (62,5 %) пациентов было проведено удаление птеригияма с последующей пластикой автоконъюнктивной оболочкой. Из них у 4 (11,4%) пациентов отмечалось повторное вырастание крыловидной плевы. У остальных - 31 (88,6%) пациента осложнение и рецидив не отмечался. Рецидив отмечался в основном у людей моложе 35 лет.

Выводы. Проведённое исследование показало, что удаление птеригияма по методу оголённой склеры имеет высокий риск развития рецидива, а также осложнений. Основным и эффективным методом лечения является хирургическое удаление с последующей пластикой автоконъюнктивальной оболочки. С целью сохранения высокой остроты зрения и хорошего пластического эффекта нужно удалять птериgium прежде чем он достигнет оптической зоны роговицы.

Список литературы.

1. Офтальмология — под редакцией член корреспондента РАН, профессора Е. И. Сидоренко. Учебник. — 4-е издание, исправленное и дополненное. — 2018. — С. 221.
2. В.Г. Копаевой. Глазные болезни. Учебник. Издательство: Офтальмология. Россия. — 2010. — С. 174.
3. Кански Дж. Клиническая офтальмология. Глаукома. Издательство: Офтальмология. Россия. — 2010. — С. 49.

Актуальность. Грыжи передней брюшной стенки являются одной из наиболее распространенных патологий современной абдоминальной хирургии, при этом количество грыженосителей составляют 3-4% населения земного шара [1]. По сей день хирургическое лечение пациентов с грыжами передней брюшной стенки остаётся одной из сложной и не до конца решенной проблемой абдоминальной хирургии [2]. Несмотря на широкое применение различных вариантов герниопластики результаты лечения остаются малоутешительными, растет число рецидива патологии [3]. Особое место занимают различные послеоперационные осложнения, которые считаются основными причинами развития рецидива патологии [4].

Непрерывно совершенствуются методики коррекции грыж передней брюшной стенки, продолжают дискуссии относительно преимущества одного метода и недостатки другого [5].

Таким образом, анализ литературы показывает, что многие аспекты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки остаются нерешенными и требуют их доработки, ведется поиск альтернативных способов герниопластики.

Целью настоящего исследования является изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения передних вентральных грыж.

Материалы и методы исследования. Обследованы и прооперированы 108 пациентов с первичными, рецидивными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки.

Пациенты находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии, отделении восстановительной и эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения республики Таджикистан. Мужчин было 16 (14,6%), женщин – 92 (84,4%). Больные в возрасте свыше 50 лет составили 52,8%.

Первичные вентральные грыжи имелись у 16 (14,8%), послеоперационные – у 59 (54,7%) и рецидивные – у 33 (30,5%) пациентов. Сопутствующие патологии имели место у 30 (50,8%). Так ожирение II-III степени было выявлено у 50%, гипертоническая болезнь – у 10%, сахарный диабет также у 10% пациентов.

Размеры грыжевых ворот определяли с помощью УЗИ и КТ. Выбор метода пластики грыжевых ворот зависел от размера дефекта, рецидива патологии и состояния мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевых ворот.

Результаты исследования и их обсуждения. При первичных вентральных грыжах в 12 (75%) случаев больным была предпринята традиционная пластика, натяжные (комбинированные) способы операции были использованы в 2 (12,5%) случаях. Натяжная герниопластика была выполнена 2 больным, при превышении размеров грыжевых ворот 15 см, т.е. когда размеры грыж соответствовали параметрам W4.

При послеоперационных вентральных грыжах традиционная герниопластика осуществлялась 19 (32,2%), натяжная – 30 (50,8%), ненатяжная – 10 (17%) пациентам.

При рецидивных вентральных грыжах традиционная пластика выполнялась 13 (39,4%), натяжная – 15 (45,5%) и ненатяжная – 5 (15,1%) больным.

В раннем послеоперационном периоде раневые осложнения в виде серомы (8), нагноения (6) и лигатурные свищи (5) пациентов. Превазирование случаев послеоперационных осложнений отмечались у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами живота.

В отдаленном периоде рецидив после коррекции первичных грыж имел место у одного, после коррекции послеоперационных (5) и рецидивных грыж (3) у 8 пациентов.

Выводы. Хирургическое лечение вентральных грыж, особенно больших и гигантских размеров по сей день считается сложной проблемой, результаты коррекции остаются малоутешительными. Несмотря на усовершенствование традиционных и широкое использование ненатяжных способов герниопластики частота рецидива растет, ведется поиск путей улучшения результатов операции.

Список литературы:

1. Алишев О.Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж. /О.Т. Алишев [и др]. // Практическая медицина. – 2013. – Т.2(67). – С.16-21
2. Хаджибаев А.М. Профилактика абдоминального компартмент-синдрома при ущемленных вентральных грыжах путем применения ненатяжной герниопластики [Текст] / А.М. Хаджибаев, Ф.К. Гуломов // Вестник экстренной хирургии. – 2016. - № 4. - С.88-92.
3. Юрасов, А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диафрагмой прямых мышц живота [Текст] / А.В. Юрасов, Л.А. Абовян // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 184-185.
4. Mallaya B. A study on retrospective analysis of inguinal hernia repair by various methods in a teaching institute. /B. Mallaya, G. Someshwara Rao//. JIPBS. – 2016. – Vol.3(2). – P. 202-207.
5. Ross. W Samuel. National outcomes for open ventral hernia repair techniques in complex abdominal wall reconstruction. / Samuel W. Ross. [at.al]. // The American surgeon. August. – 2015. – V.81. – P.778-785.

Худоярова Д.Р., Джумаев М.ДЖ., Шопулотова З.А.
ПРЕИМУЩЕСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА ПЕРЕД
ДРУГИМИ МЕТОДАМИ

Кафедра Акушерство и гинекология №1 СамГМУ, Узбекистан.

Актуальность. Безопасный медикаментозный аборт является одним из способов остановки нежелательной беременности при планировании семьи и альтернативой хирургическому прерыванию беременности. К сожалению, в настоящее время аборт остается одним из методов планирования семьи. Преимущества медикаментозного прерывания беременности: шейка матки созревает, миометрий укорачивается, плод опускается неинвазивным путем. После абортов уменьшаются эндометриты, септические заболевания, не возникает вторичного бесплодия. По данным ВОЗ, в странах, где разрешены безопасные аборты, уровень материнской смертности при абортах, выполненных с использованием современных технологий, не превышает 1:100 000. В странах, где безопасные аборты не разрешены, уровень материнской смертности из-за осложнений абортов на ранних сроках составляет 0,9-3,5 на 100 вмешательств. Ежегодно во всем мире от беременности умирают 500 000 женщин, 15% материнских смертей вызваны осложнениями небезопасных абортов, а 5 миллионов становятся инвалидами. 98% материнской смертности происходит в развивающихся странах. Прерывание беременности после 12 недель составляет 10-15% всех искусственных абортов.

Цель исследования. определить, какие аборты безопасны и обстоятельства, осложняющие прерывание беременности во время различных методов аборта.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в течение 2018-2020 годов на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Проспективно исследованы 99 женщин в первом триместре беременности с целью сравнения эффективности различных методов прерывания беременности. Всем пациенткам проведен сбор анамнеза и общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование, бактериологическое исследование

Пациенты были разделены на 3 группы:

- 1-я группа 33 женщины, перенесшие хирургический аборт (на сроке 4-12 недель беременности)
- 2-я группа: 33 женщины, перенесшие медикаментозный аборт (на сроке 4-12 недель беременности).
- 3-я группа: 33 женщинам с выкидышами проведена хирургическая чистка матки (на сроках 4-21 недели беременности).

Результаты. В 1-й группе пациенток аборты производились по общепринятым нормам хирургического метода на сроках 4-12 недель беременности. После этого была назначена инфузионная терапия и антибиотикотерапия для профилактики осложнений аборта.

Во второй группе аборт производился двумя способами:

Метод 1 (по разработанной нами методике), на сроке 4-12 недель беременности ($n = 18$) мифепристон по 1 таблетке внутрь, через 48 часов 400 мг мезопростола внутрь и еще через 1 час 400 мг мезопростола, затем назначают внутрь.

Метод 2 (традиционный): мифепристон 1 таблетка перорально, через 48 часов 400 мкг мезопростола перорально и через 3 часа 400 мкг мезопростола перорально.

В третьей группе из 33 пациенток сроков беременности 4-21 нед были изучены причины невынашивания беременности и проведено полное клиническое обследование. После выкидыша назначали профилактические мероприятия, при неполном аборте проводили выскабливание полости матки и ультразвуковое исследование.

Менструальная активность, приближающаяся к физиологическому состоянию, возникала через $25 \pm 3,5$ суток в результате медикаментозного аборта и через $48 \pm 5,2$ суток после хирургического аборта, что свидетельствует о глубоком повреждении эндометрия при втором методе.

При наблюдении восстановления овуляции в амбулаторную фазу у пациенток после медикаментозного аборта отмечали восстановление овуляции и более раннее восстановление полной лютеиновой фазы.

После аборта мифепристомом инструментальное выскабливание стенок полости матки рекомендуется только при наличии дефектов плацентарной ткани.

Большинство пациентов (84,9%) не предъявляли никаких жалоб. Побочные эффекты (тошнота, рвота, диарея, слабость, головокружение, повышение температуры тела) наблюдались у 5 (15,1%) женщин. Кроме того, данный показатель выявлен у 3 (9,09%) женщин по первой схеме и у 2 (6,06%) пациенток, сделавших аборт по второй схеме. Осложнениями медикаментозного аборта являются неполный аборт и прогрессирующая беременность. У наблюдаемых нами женщин данных осложнений не наблюдалось. Частота осложнений воспалительных заболеваний (эндометрит) после медикаментозного аборта составила 3,03% (у одной пациентки).

Выводы. в позднем периоде установлено, что наиболее эффективным методом прерывания беременности и меньшей длительностью, чем постельный режим, является медикаментозный аборт, этот метод приводит к снижению общей частоты осложнений по сравнению с одномоментным опорожнением матки, применение мифепристона – резкое снижение поступления прогестерона при сохранении восприимчивости к эстрогенам и сопровождается пролиферативной активностью.

Технология медикаментозного аборта обеспечивала больший психологический комфорт, чем хирургическое прерывание беременности.

Список литературы.

1. Богомолова К. Р., Петров Ю. А., Палиева Н. В. Медикаментозный аборт как альтернатива инструментальному аборту //Главный врач Юга России. – 2022. – №. 1 (82). – С. 47-50.
2. Галущенко Е. М., Петров Ю. А., Арндт И. Г. Медикаментозный аборт и контрацепция после него //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – №. 4. – С. 204-208.

3. Дикке Г. Б. и др. Альтернативный подход к оценке эффективности медикаментозного аборта в ранние сроки // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 3. – №. 25. – С. 24-28.
4. Филянина А. В. Медикаментозный аборт // Аллея науки. – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 119-123.
5. Курбаниязова Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 9. – С. 57-61.
6. Очилдиев А. А., Худоярова Д. Р., Элтазарова Г. Ш. Искусственные аборты при беременности // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 13 (54). – С. 67-70.
7. Хасанова Д. ПРОБЛЕМА НЕ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 175-179.
8. Шмелева К. Е. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ // Молодежный научный форум. – 2019. – С. 31-36.
9. Khudoyarova D., Tuxtaulova Y., Kudratova S. WAYS TO PREVENT POST-ABORTION COMPLICATIONS // Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 99-102.
10. Rakhimovna K. D., Abdumuminovna S. Z. Vacuum-extraction of the fetus by different methods. – 2022.

Хурсанов Ё.Э., Абдурахманов Д.Ш.

ОСОБЕННОСТИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Самаркандский государственный медицинский университет

Резюме. Приведены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненапряжных методов пластики. Энтеральная интубация и декомпрессия кишечника во время оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью, является одной из основных мер борьбы с повышением ВБД и профилактики синдрома кишечной недостаточности при данной патологии. Использование синтетических имплантатов при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью снижает частоту ранних местных раневых осложнений, в том числе и гематом послеоперационной раны. Применение ненапряжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Ключевые слова. Ущемленная грыжа, ненапряжная герниопластика.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи, результаты хирургического лечения больных с ущемленными грыжами брюшной стенки не могут считаться удовлетворительными (3). Послеоперационные осложнения достигают 50% (6,7), показатели летальности колеблются в пределах 2-4%, что обусловлено высокой (более 70%) частотой ущемления петель кишечника с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, а также значительной долей больных пожилого и старческого возраста, составляющей около 40% (2,4). Основными причинами — неудовлетворительных результатов лечения являются неадекватный выбор способа пластики, значительное натяжение тканей брюшной стенки, уменьшение объема брюшной полости и развитие абдоминального компартмент-синдрома у 0,8-12% оперированных больных (1,5,10).

Применение синтетических имплантатов в экстренной хирургии до сих пор не является методом выбора, и до настоящего времени не разработаны единые показания к применению этого вида хирургического пособия (3,8). Отсутствие широкого внедрения протезирующих методов пластики при ущемленных грыжах объясняется опасностью развития послеоперационных раневых осложнений при использовании синтетических материалов в инфицированной ране (6,9,11).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с осложненными ущемленными грыжами передней брюшной стенки за счет разработки и внедрения методов ненапряжной герниопластики.

Материал и методы исследования. Для реализации исследования в основу работы положены результаты лечения 125 пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными развитием кишечной непроходимости, оперированных с применением как традиционных, так и ненапряжных методов пластики, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2013 по 2022 гг.

Основную группу составили 50 пациентов с осложненными грыжами, которым была выполнена ненапряжная пластика. Контрольную группу составили 75 пациентов с осложненными грыжами различной локализации, оперированных с использованием традиционных методов пластики.

Пациенты с бедренной грыжей и флегмоной грыжевого мешка в исследование не включались. 28 (22,4%) пациентов обеих групп имели вентральные грыжи больших и гигантских размеров.

Основные возрастные категории оперированных пациентов в обеих анализируемых группах составили лица пожилого и старческого возрастов, имеющие серьезные сопутствующие заболевания, что сказывалось на течении и исходе заболевания. При этом по 2-3 сопутствующих заболевания обнаружилось у 82% пациентов старшей возрастной группы.

В обеих группах время госпитализации с момента ущемления составило от 3 до 144 часов. Среднее время 27,1 ± 8,4 часа и 22,6 ± 6,8 часа соответственно, что показывало позднее обращение за медицинской помощью.

В основной группе изолированное ущемление тонкой кишки отмечено у 21 (42%) пациента, ущемление тонкой кишки в сочетании с сальником у 18 (36%), ущемление тонкой кишки с ободочной кишкой у 7 (14%), ущемление ободочной кишки отмечено у 4 (8%) пациентов.

В контрольной группе также в большинстве случаев отмечено ущемление тонкой кишки - 34 (45,3%) пациента, ущемление тонкой кишки и сальника у 22 (29,3%), тонкой и ободочной кишки у 12 (16%), ущемление ободочной кишки у 7 (9,4%).

В основной группе произведена резекция нежизнеспособного сальника и тонкой кишки в 7 (14%) случаях, резекция некротизированного участка тонкой кишки в 5 (10%) случаях. В контрольной группе резекция некротизированного сальника и тонкой кишки произведена у 9 (12%) пациентов, резекция тонкой кишки у 10 (13,3%) пациентов, резекция ободочной кишки у 3 (4%) пациентов.

При хирургическом лечении ущемленных грыж без использования синтетического имплантата - «натяжная» герниопластика, применялись традиционные методы пластики. При лечении ущемленных паховых грыж использованы методики Бассини, Постемски, Жирара-Спасокукоцкого, при ущемленных пупочных грыжах и ПОВГ методики Мейо и Сапежко. В 3 случаях при гигантских вентральных грыжах произведено декомпрессивное ушивание раны. Дренирование послеоперационной раны не производилось.

В основной группе пациентов при оперативном лечении ущемленных грыж использовались различные «ненатяжные» способы пластики передней брюшной стенки, хорошо отработанные при плановом хирургическом лечении грыж.

Так, у 12 (24%) пациентов при лечении ущемленных паховых грыж был использован способ Лихтенштейна с установкой синтетического или биологического имплантата на заднюю стенку пахового канала. При операциях по поводу ущемленной пупочной и послеоперационной вентральной грыже у 27 (54%) пациентов применен метод реконструкции передней брюшной стенки, предусматривающий ликвидацию грыжевых ворот и белой линии живота с полным сопоставлением прямых мышц живота.

Коррекция передней брюшной стенки выполнена 5 (10%) пациентам с послеоперационными вентральными грыжами (при величине грыжевых ворот более 10-15 см (W3-W4), которая подразумевала формирование заданного диастаза прямых мышц живота и увеличение объема брюшной полости. При дефиците тканей передней брюшной стенки у 6 (12%) пациентов с послеоперационными вентральными грыжами выполнена комбинированная герниопластика с использованием дополнительного трансплантата. У 2 пациентов применен способ реконструкции передней брюшной стенки с протезированием переднего листка апоневроза, у 1 пациента с протезированием заднего листка. У 3 пациентов применены способы коррекции передней брюшной стенки с протезированием в задний или передний листок апоневроза. Такие операции производились тогда, когда перемещение в брюшную полость грыжевого содержимого после ликвидации ущемления и кишечной непроходимости сопровождалось развитием заметного натяжения тканей брюшной стенки, повышением уровня внутрибрюшного давления, ростом аппаратного сопротивления на вдохе.

Посев грыжевой жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам выполнен 54 (43,2%) пациентам с ущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью, характер экссудата был по прозрачности от прозрачно-бесцветного до мутного с геморрагическим оттенком. В 45 (36%) случаях посев грыжевой жидкости оказался стерильным, в 9 (7,2%) случаях, при ущемлении в грыжевом мешке петли тонкой кишки при посеве отмечен рост *E.Coli*, что обусловлено повышением проницаемости стенки ущемленной кишки при ее ишемии, некрозе и дислокацией кишечной палочки из просвета кишки в грыжевой мешок.

Рентгенологическое исследование при поступлении в стационар выполнено у 94 (75%) пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными кишечной непроходимостью. При анализе результатов обзорного исследования брюшной полости выявлено, что наиболее распространенными рентгенологическими признаками ущемленных грыж, осложнившихся развитием синдрома кишечной недостаточности, были признаки низкой тонкокишечной непроходимости с формированием множественных горизонтальных уровней жидкости в расширенных петлях тонкой кишки - 53%. Полученные результаты подтверждают, что рентгенологический метод исследования занимает ведущее место в диагностике при ущемленных грыжах различной локализации для выявления признаков кишечной непроходимости.

УЗИ исследование позволило подтвердить диагноз ущемленной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью у 47 (94%) пациентов основной группы и 31 (86%) пациентов контрольной группы, что явилось показанием к экстренному оперативному вмешательству. Ультразвуковое исследование позволило с высокой точностью диагностировать грыжи передней брюшной стенки, содержимое грыжевого мешка, оценить наличие ущемления. Современные технологии позволили уточнить площадь грыжевых ворот, а также форму, топографию и объем грыжевых карманов.

При анализе продолжительности выполнения оперативного вмешательства, время, затраченное на пластику передней брюшной стенки зависело от локализации грыжи, размеров грыжевого дефекта и объема выбранной герниопластики. Среднее время оперативного вмешательства при паховой грыже, у пациентов, оперированных с применением «натяжной герниопластики» составило $85,4 \pm 17,3$ мин., с пластикой по методу Лихтенштейна - $94,2 \pm 10,4$ мин. При ущемленных пупочных грыжах среднее время пластикой местными тканями по Мейо и Сапежко составило $124,4 \pm 17,8$ мин, с использованием синтетического имплантата способом реконструкции передней брюшной стенки - $126,3 \pm 24,0$ мин. При послеоперационных вентральных грыжах, в особенности больших и гигантских размеров, продолжительность операции возрастала, поскольку требовалось выполнение более сложных способов герниопластики. Так, среднее время оперативного вмешательства с использованием «натяжных» способов в этой группе составило $137,7 \pm 14,0$ мин, среднее время при «ненатяжной» герниопластики составило $179,1 \pm 28,8$ мин.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства при послеоперационных вентральных грыжах в объеме реконструкции передней брюшной стенки составила 172 ± 43 мин, в объеме коррекции передней брюшной стенки $186 \pm 40,2$ мин. При гигантских послеоперационных вентральных грыжах с использованием комбинированных способов герниопластики время операции увеличивалось в среднем на 20 минут (среднее время составило $202,1 \pm 49,3$ мин.), что обусловлено необходимостью дополнительного протезирования передней брюшной стенки

Исследование динамики уровня внутрибрюшного давления выполнено 30 пациентам. В основной группе (ненатяжная герниопластика) исследование выполнено 16 пациентам, в группе контроля (натяжная пластика) - 14 пациентам. У всех обследованных пациентов отмечена исходная внутрибрюшная гипертензия, причем II и III степень ВБД наблюдалась у 26 из 30 пациентов (86,7%). Среднее значение исходного уровня ВБД в основной группе пациентов составило $18,8 \pm 1,8$ мм.рт.ст., в контрольной группе среднее значение не было достоверно выше и составило $19,3 \pm 1,6$ мм.рт.ст.

В результате декомпрессии желудочно-кишечного тракта и использования «ненатяжной» пластики у пациентов основной группы отчетливо прослеживается тенденция к снижению ВБД при завершении оперативного вмешательства. Средние значения ВБД ($14,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст.) оказались достоверно ниже в сравнении с контрольной группой ($17,1 \pm 1,3$ мм.рт.ст.) В послеоперационном периоде тенденция к увеличению ВБД сохранялась до 3 суток послеоперационного периода в обеих группах. Среднее значение ВБД на 1 сутки после операции в основной группе составило $15,6 \pm 1,5$ мм.рт.ст., в контрольной - $17,8 \pm 1,1$ мм.рт.ст. На 2 сутки, в основной группе - $15,9 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной - $18,3 \pm 0,7$ мм.рт.ст. Среднее значение ВБД на 3 сутки в основной группе составило $16,2 \pm 0,7$ мм.рт.ст., в контрольной группе - $18,9 \pm 0,7$ мм.рт.ст. На 4 сутки отмечено снижение уровня ВБД в основной группе до $13,3 \pm 0,8$ мм.рт.ст., в контрольной до $16,9 \pm 0,7$ мм.рт.ст.

Корреляционная зависимость показателей ВБД и объемов удаленной жидкости по назоэнтеральному зонду оказалась положительной для исходного значения ВБД и объема эвакуируемого кишечного содержимого во время оперативного вмешательства. Достоверная и положительная корреляция ВБД и объема кишечного отделяемого отмечена на 3 сутки послеоперационного периода.

При мониторинге в течение 4 суток отмечено увеличение ВБД до 3 суток при достоверности различий показателей. Одновременно с представленной динамикой ВБД увеличивается объем кишечного отделяемого по НЭЗ к 3 суткам, с исчезновением достоверной разницы с исходным объемом эвакуированной жидкости в момент оперативного вмешательства. Обеспечивая сброс кишечного содержимого, НЭП способствует уменьшению уровня ВБД. Таким образом, только к 4 суткам послеоперационного периода восстанавливается всасывающая функция желудочно-кишечного тракта, что подтверждается клиническим разрешением послеоперационного пареза кишечника, показателями уровня ВБД и объемом кишечного отделяемого по зонду. Выполнение рентгенологического исследования брюшной полости в ранние сроки после операции позволило оценить положение энтерального зонда, определить соотношение газа в тонкой и толстой кишке, динамику послеоперационного пареза кишечника. Извлечение назоэнтерального зонда осуществлялось после восстановления устойчивой перистальтики кишечника и самостоятельного стула на 4-5 сутки послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. Среди абдоминальных осложнений у 9 пациентов (12%) контрольной группы и 3 (6%) пациентов основной группы выявлен послеоперационный парез кишечника, потребовавший более длительной (до 6-7 суток) назоэнтеральной интубации. На основании чего можно заключить, что «ненатяжная» герниопластика сопровождается меньшим риском развития абдоминальных осложнений, чем «натяжная» герниопластика.

Общие послеоперационные осложнения отмечены у 15 (20%) пациентов контрольной группы и 8 (16%) основной группы. Во всех группах у пациентов развитие общих осложнений обусловлено возрастом и наличием сопутствующих хронических заболеваний. Однако, осложнения со стороны бронхо-легочной системы, преобладающие в контрольной группе (8%), обусловлены длительным нахождением пациентов на ИВЛ, вследствие повышения уровня внутрибрюшного давления, что повело за собой прогрессирование дыхательной недостаточности.

Общая частота развития послеоперационных раневых осложнений составила 22,4% (28 пациентов). В контрольной группе с применением пластики местными тканями раневые осложнения отмечены у 20 (16%) пациентов, из них, нагноение послеоперационной раны и заживление вторичным натяжением отмечено у 9 (7,2%) пациентов. В 5 (4%) случаях при УЗИ мягких тканей диагностирована серома, что потребовало дальнейшей пункции и аспирации. В 2 (1,6%) случаях отмечен краевой некроз кожи, в 1 (0,8%) случае инфильтрат послеоперационной раны. У 2 (1,6%) пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдалась эвентрация.

В основной группе с использованием «ненатяжных» методов пластики местные осложнения отмечены у 8 (6,4%) пациентов, среди осложнений чаще всего формировалась серома — 4 (3,2%) случая. Инфильтрат в области послеоперационной раны наблюдался у 2 (1,6%) пациентов. Нагноение подкожно-жировой клетчатки в 2 (1,6%) случаях у пациентов после резекции участка кишки.

При использовании «ненатяжной» пластики у пациентов основной группы с послеоперационными вентральными грыжами в 24 (48%) случаях при УЗИ мониторинге мягких тканей передней брюшной стенки диагностированы клинически не значимые жидкостные скопления от 0,1 см до 1,5 см, регресс которых отмечался к выписке пациента из стационара. Это объясняется, как и в плановой хирургии, обширной мобилизацией тканей передней брюшной стенки с нарушением лимфоперитонеального дренажа и особенностями тканевой реакции на инородное тело.

В 3 (6%) случаях диагностированные жидкостные скопления потребовали последующей пункции и аспирации под УЗИ наведением. У 2 (4%) пациентов отмечено нагноение подкожно-жировой клетчатки и в 1 (2%) случае инфильтрат послеоперационной раны. Отторжения синтетического имплантата и последующего его удаления ни в одном случае не потребовалось.

В послеоперационном периоде у пациентов с комбинированной герниопластикой послеоперационной вентральной грыжи в 1 (2%) случае наблюдалась серома мягких тканей с инфицированием, удаления трансплантата не потребовалось, что подтверждает ее свойство - устойчивость в условиях инфицирования.

Сопоставление частоты осложнений раннего послеоперационного периода у пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки показало, что увеличения раневых осложнений при применении «ненатяжной» герниопластики передней брюшной стенки не отмечается. У пациентов с дополнительным протезированием передней

брюшной стенки в послеоперационном периоде специфических реакций связанных с трансплантационным иммунитетом не выявлено.

Наиболее частыми возбудителями при гнойных осложнениях у пациентов с ущемленными грыжами, осложненными кишечной непроходимостью являлись грамотрицательные микроорганизмы группы *Enterobacteriaceae*: *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* и прочие патогены этой группы, а также неферментирующие грамотрицательные бактерии в том числе представители *Pseudomonas aeruginosa* и различные дрожжеподобные грибы.

При смешанных инфекциях с выделением различных микробных ассоциаций в брюшной полости применялись подобранные по чувствительности к ассоциантам антибиотики в сочетании с препаратами, активными в отношении анаэробной инфекции (метронидазол, клиндамицин, линкомицин). Эрадикация патогенных бактерий после лечения наблюдалась у 92% пациентов.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре после оперативных вмешательств по поводу ущемленных паховых грыж, осложненных кишечной непроходимостью в контрольной группе составила $16,5 \pm 6,9$ койко-дня, при ущемленной пупочной грыже $19,8 \pm 5,2$ койко-дня, при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах $21,8 \pm 2,8$ койко-дня.

Сроки госпитализации пациентов основной группы в стационаре при ущемленной паховой грыже составили $15,4 \pm 2,8$ койко-дня, при ущемленной пупочной грыже $17,4 \pm 5,4$ койко-дня, и при послеоперационной вентральной грыже $21,7 \pm 6,5$ койко-дня.

Применением «ненатяжных» способов герниопластики при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью не увеличивает сроки пребывания пациентов в стационаре.

Общая летальность оперированных пациентов с ущемленными грыжами передней брюшной стенки, осложненными кишечной непроходимостью составила 3,2% (4 пациента). В контрольной группе послеоперационная летальность составила 4% (3 пациента), в основной группе 2% (1 пациент). Все четыре летальных исхода были у пожилых пациентов и сроками ущемления более 24 часов.

В сроки от 1 до 3 лет после операции в основной группе нами обследовано 36 (72%) из 50 пациентов. В контрольной группе обследовали 42 (56%) пациента из 75. Всего из 125 пациентов обследовано в отдаленном периоде 78 (62,4%).

Среди оперированных пациентов с применением «ненатяжной герниопластики» при обследовании через год выявлен 1 пациент с рецидивом послеоперационной вентральной грыжи. У обследованных пациентов не отмечено лигатурных абсцессов и свищей.

В контрольной группе пациентов оперированных традиционными методами пластики выявлено 14 (33,3%) рецидивов: у 2 пациентов с паховой грыжей (III б и IV типов), у 4 пациентов с пупочной грыжей (>4 см), у 8 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров, с площадью грыжевых ворот более 10 см (W3-W4).

На основании полученных данных нами установлено, что основной процент (19%) рецидивов возникает у пациентов, оперированных с пластикой местными тканями по поводу послеоперационной вентральной грыжи, с размером грыжевых ворот W3-W4, и проявляется в первый год после операции. Применение принципа «ненатяжной» герниопластики снижает частоту рецидивов с 33,3% до 2,8%. Полученные результаты позволяют рекомендовать методы ненатяжной герниопластики в качестве методов выбора при осложненных ущемленных грыжах. Пластика местными тканями допустима при операциях по поводу паховой грыжи I типа и при малых пупочных грыжах с размером грыжевых ворот менее 2 см.

Проведенный анализ всех имеющихся данных показал, что ненатяжные методы пластики при ущемленных грыжах брюшной стенки, осложненных кишечной непроходимостью улучшают непосредственные результаты оперативных вмешательств, позволяют достоверно улучшить отдаленные результаты лечения. Это позволяет считать ненатяжные методы герниопластики с использованием современных синтетических имплантатов методом выбора при хирургическом лечении ущемленных грыж брюшной стенки, осложненных кишечной непроходимостью и рекомендовать их к широкому применению.

Выводы.

4. При осложненной ущемленной грыже: а) паховой - операцией выбора является пластика по методу Лихтенштейна; б) пупочной и ПОВГ W1-W2 - реконструкция передней брюшной стенки; в) ПОВГ W3-W4 - коррекция передней брюшной стенки.
5. Энтеральная интубация и декомпрессия кишечника во время оперативного вмешательства при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью, является одной из основных мер борьбы с повышением ВБД и профилактики синдрома кишечной недостаточности при данной патологии.
6. Использование синтетических имплантатов при ущемленных грыжах, осложненных кишечной непроходимостью снижает частоту ранних местных раневых осложнений, в том числе и гематом послеоперационной раны. Применение ненатяжной герниопластики у пациентов с осложненными ущемленными грыжами способствует снижению рецидивов с 33,3% до 2,8%.

Литература.

12. Адамян, А.А. Лечение паховых грыж по методике Лихтенштейна [Текст] / А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* -2011.- №2.- С.65- 71.
13. Ветшев, П.С. Анализ причин смерти больных с острой болью в животе [Текст] / П.С. Ветшев, Н.Н. Крылов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* -2005. -№ 4. -С. 50-56.
14. Ермолов, А.С. О понятиях и терминах в современной герниологии: Что следует уточнить? [Текст] / А.С. Ермолов, А.В. Упырев // *Герниология.* - 2006.- N3 (11).- С. 17-18.

15. Нестеренко, Ю.А. Ущемленная грыжа: пути улучшения результатов хирургического лечения [Текст] / Ю.А. Нестеренко, А.А. Гринберг, А.В. Приказчиков // Анализ летальности при ущемленных грыжах по материалам стационаров г. Москвы: материалы город, науч.-практ. конф.- М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2019.-(Труды ин-та, т. 123).- С. 17-25.
16. Павленко, В.В. Наружные грыжи живота (диагностика и лечение) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Павленко. - М., 2014. - 45 с.
17. Ущемленные грыжи передней брюшной стенки в гериатрической практике [Текст] / А.П. Чадаев, А.Д. Климиашвили А.М., Кочетков, П.В. Селезнев // Анализ летальности при ущемленных грыжах по материалам стационаров г. Москвы: материалы город, науч.-практ. конф.- М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2019.-(Труды ин-та, т. 123).- С.26-31.
18. Cassar, K. Surgical treatment of incisional hernia / K. Cassar, A. Munro // Br. J. Surg. - 2012.- Vol. 89, N.5. - P. 534 - 540.
19. Incarcerated inguinal hernia in the presence of Fournier's gangrene: a novel approach to a complex problem [Text] / J.L. Guzzo, G.V. Bochicchio, S. Henry [et al.] // Am. Surg.- 2017.- Vol.73, N1,- P.93-95.
20. Incisional hernias. I. Related risk factors [Text] / E. Yahchouchy- Chouillard, T. Aura, O. Picone [et al.] // Dig Surg. - 2013. - Vol. 20, N 1. - P. 3-9.
21. Long term outcomes of the modified rives-stopppa repair in 254 complex incisional hernias [Text] / T.H. Pham, C.W. Iqbal, A. Joseph [et al.] // The society for surgery of the alimentary tract: 47th annual meeting, May 20-24, 2006.- losangeles, 2016.-P.320.
22. Simchen, T. The Israel study of surgical infection of drains and risk of wound infection in operations for hernia [Text] / T. Simchen, R. Rozin, Y. Wax // Surg. Gynecol. Obstet. - 2010. -Vol. 170, N. 4.-P. 331-337.

Хусаинов Э.С., Махмадов Ф.И., Хусаинов С.Д.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩИХ КРАНИО-АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

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

Актуальность. Кранио-абдоминальная травма (КАТ) относится к категории наиболее тяжелых повреждений, в том числе, и в связи с развитием синдрома взаимного отягощения, которое достигает 30,6% случаев. При этом сочетание 2-х тяжелых повреждений, увеличивает вероятность смертельного исхода до 61,3%, а 3-х и более жизненно-важных органов до 84,4% (1). На показатели летальности от сочетанных травм, немаловажное значение придает временной фактор оказания специализированной помощи. Наряду с этим, первичная помощь как на этапе догоспитальных, так и госпитальных мероприятий принципиально должно опережать патологические процессы, чтобы не допускать их необратимости и тем самым декомпенсации жизненно важных функций (2,3).

В частности, КАТ, наряду с тяжелыми ЧМ, быстро приводят к тяжелому состоянию пострадавших, и вызывают жизненно опасные осложнения. При этом пациенты требуют немедленного адекватного оперативного вмешательства как в брюшной полости, порой так и в полости черепа (4,5).

Учитывая появление новых технологических возможностей в современной хирургии и разработка новых методов операций и технических приёмов, совершенствование ранее предложенных, обоснование тактики ведения больных с КАТ остаются актуальными для хирургической практики.

Цель исследования. Определить значимость применения видеолaparоскопии на этапах оказания специализированной помощи пострадавшим с доминирующими кранио-абдоминальными травмами (КАТ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 68 пациентов с тяжелыми доминирующими КАТ. Среди пострадавших мужчин было 48 (70,6%), женщин – 20 (29,4%). Среди пациентов 51 (75%) пострадавших составили лица молодого и среднего возраста. Критериями включения в группу было пострадавшие с доминирующими КАТ. По характеру черепно-мозговых травм (ЧМТ) у пострадавших с доминирующими КАТ, тяжелая ЧМТ отмечено у 22 (32,35), легкая - 46–(67,7%).

Одним из важных критериев, которые в определенной степени повлияло на исход заболевания, считается время от момента получения травмы до оперативного вмешательства. В течении двух часов от момента получения доминирующей КАТ были оперированы 37 (54,4%) пострадавших, в течении трех часов – 24 (35,3%), в течении шести часов – 5 (7,3%) и позднее шести часов операцию проводили у 2 (2,9%) пострадавших.

В соответствии с поставленной целью нами сформированы 2 группы пострадавших: первая группа – 36 (53%) пострадавших, в лечении закрытых травм живота, которых применяли видеолaparоскопию (ВЛ) и вторая группа – 32 (47%) пострадавших, вследствие закрытой травмы живота, у которых устранили с использованием лапаротомии.

Результаты исследований и обсуждения. Основным клиническим проявлением легкой ЧМТ были диффузная головная боль, тахикардия и вегетативная нестабильность. У 43 (67,2%) пострадавших с легкой ЧМТ были линейные переломы костей черепа. Тяжелую ЧМТ составили ушибы головного мозга средней степени тяжести в 13 (19,1%) случаях, тяжелой степени в – 7 (10,3%) случаях, компрессия мозга внутричерепной гематомой – в 2 (2,9%) случаев.

После завершения первого этапа обследования всех пациентов делили на 2 потока. Первый – пациенты с наличием признаков внутрибрюшного кровотечения, которым было необходимо проведение ургентного хирургического лечения и второй – пациенты, которые требовали дополнительного обследования: проведения динамического УЗ-исследования, лапароцентеза, СКТ, диагностической видеолaparоскопии с целью исключения, либо подтверждения признаков повреждения органов брюшной полости.

Диагностическая видеолaparоскопия было показана для уточнения диагноза при нечеткой клинической картине повреждения паренхиматозных органов с продолжающимся внутренним кровотечением на фоне мозговой комы, шока и алкогольного опьянения, что позволяло конкретизировать диагноз и правильно решать вопросы оперативного

доступа и объема операции.

Повреждение тонкой кишки имело место в 2 (5,5%) основной группы, что выражалось субсерозным разрывом с переходом в брыжейку. Произведено лапароскопическое ушивание серозной оболочки тонкого кишечника с коагуляцией ее брыжейки. Повреждение селезенки отмечено 6 (17,7%) наблюдениях. Характер повреждения селезенки варьировал от подкапсульной гематомы (n=2) до разрыва и повреждения сосудистой ножки (n=4). В 2 (5,5%) наблюдениях, при разрыве селезенки 2 ст. по шкале OIS, была использована также коагуляция с помощью аппарата Liga-Sur и дополнительным подведением пластин Тахо-Комба. После осушения и промывания брюшная полость была дренирована через контраптертуру в левом подреберье в под диафрагмальном пространстве. Рецидив кровотечения не наблюдался. При травме селезенки 3 степени по шкале OIS, у 2 (5,5%) пациентов удалось выполнить лапароскопическую резекцию селезенки.

Повреждение печени отмечали у 13 (36,1%) пострадавших основной группы, что закономерно характеризовалась скрытой клинической картиной, сложностью диагностики и развитием внутреннего кровотечения (n=9). Внутри паренхиматозные гематомы были выявлены у 4 (30,8%) пострадавших с повреждением печени. В 8 (61,5%) наблюдениях с травмами печени, при небольших разрывах паренхимы, линию разреза печени проведено лапароскопическая коагуляция печени, с наложением П-образных швов. В 5 (38,5%) случаях удалось остановить кровотечение из паренхимы печени остановить с помощью пластин Тахо-Комба. У 21 (58,3%) пострадавших повреждения органов брюшной полости устранены с применением видеолапароскопии. В остальных 15 (41,7%) случаях произведено лапароскопическая санация и дренирования брюшной полости. Пострадавшим контрольной группы в 8 (25%) случаях выполнялись так называемые «неоправданные» лапаротомии. Послеоперационные осложнения отмечены в 3 (8,3%) основной и 5 (15,6%) – контрольной группы. Летальность в основной группе составила 4 (11,1%), в контрольной – 6 (18,7%).

Выводы. Включенные в алгоритм диагностики и лечения доминирующих кранио-абдоминальных травм видеолапароскопии привело к снижению послеоперационных осложнений на 7,3% количество «неоправданных» лапаротомий на 25% и летальности на 7,6%.

Список литературы

1. Алгоритм диагностики и тактики при тяжелой сочетанной травме /Н.К. Ермолаева, С.С. Маскин, А.Р. Таджиева[и др.] // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации – Волгоград, 2011. – С. 596-597.
2. Диагностика и выбор лечебной тактики при закрытой травме живота /Е.С. Владимиров [и др.] // Радиология-практика. – 2010. - №4. – С.49-62
3. Левкин О.А. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе /О.А.Левкин Б.М. Голдовский, К.В. Сериков //Медицина неотложных состояний. – 2014. - №4(59). – С. 108-110
4. Мирзабаев М.Ж. Диагностика и тактика лечения тяжелых форм черепно-мозговой травмы в аспекте динамики внутричерепной гипертензии /М.Ж. Мирзабаев// Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2013. -№2. – С.39-44.
5. Transcranial doppler sonography a useful method for the diagnosis of cerebral circulatori arrest in brain dead patiens |J.M. Dominic Roldan [et all.] ||RevistaEspfnola de Trasplantes. – 1994/ - Vol.3 – P.30-35/

Ҳомидов А.Т., Ворисов А.А., Тоҷиев А.Ш.

НАТИҶАИ ТАҶРИБАИ МУОЛИҶАИ ҶАРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ МЕДИАСТЕНИТИ ШАДИДИ ФАСОДНОК

МД “МТ Истиклол”

Шӯъбаи ҷарроҳии кафаси сина ва рағҳо МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Кафедраи Бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Курбонов К.М.

Мухиммият. Медиастинити фасоднок ин илтиҳоби шадиди фасодноки ҷарбуи миёнадевор мебошад. Нисбатан кам вохӯрдани ин беморӣ ва маълумоти нокифояи табибон, сабаби асосии дер ташхисномии ин гурӯҳи беморон ва паст будани нишондоди натиҷаи муолиҷаи ин беморони вазнин мебошад. Азбаски аломатҳои ин беморӣ бо аломатҳои бемориҳои аввалия ҳамчун омили аворзи медиастенит мебошанд, рӯпӯш мегарданд, ташхисномии барвақтии медиастенити шадиди фасоднок душвор мебошад. Натиҷаи табобати ин гурӯҳи беморон аз саривақт гузоштани ташхиси дурусти топиқӣ ва интиҳоби дурусти кушодан ва намуди обияткашии миёнадевор вобастагии калон дорад.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили омилҳои асосии медиастенити шадиди фасоднок, омӯзиши хусусиятҳои ташхис ва муолиҷаи ҷарроҳии он.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҷрибаи 7 солаи (солҳои 2016 - 2022) табобати ҷарроҳии беморони гирифтори медиастенити шадидро, ки дар шӯъбаи ҷарроҳии кафаси сина ва рағҳои МД “МТ Истиклол” ва ММТ “Шифобахш” мавриди омӯзиш ва баррасӣ фаро гирифтаанд.

Дар ин давра ҳамагӣ дар муассисаҳои мазкур 71 нафар беморон бистарӣ карда шуданд, аз онҳо 59 нафар дар МД “МТ Истиклол” ва 12 нафарашон дар ММТ “Шифобахш” ҷарроҳӣ карда шудаанд. Синну соли беморон аз 18 то 88 (ба ҳисоби миёна 62) соларо ташкил меод. Аз ҳисоби онҳо мардҳо 28 (39,4%) нафар ва занҳо 43 (60,6%) нафарро ташкил додаанд. Аксарияти беморон пас аз 5-9 шабонарӯзи саршавии бемориашон, ба шӯъба бистарӣ карда шудаанд. Фавтидагон 14 нафарро (19,7%) ташкил доданд. 57 нафар (80,2%) бо шифоёбӣ ба табобати дармонгоҳӣ ҷавоб дода шуданд.

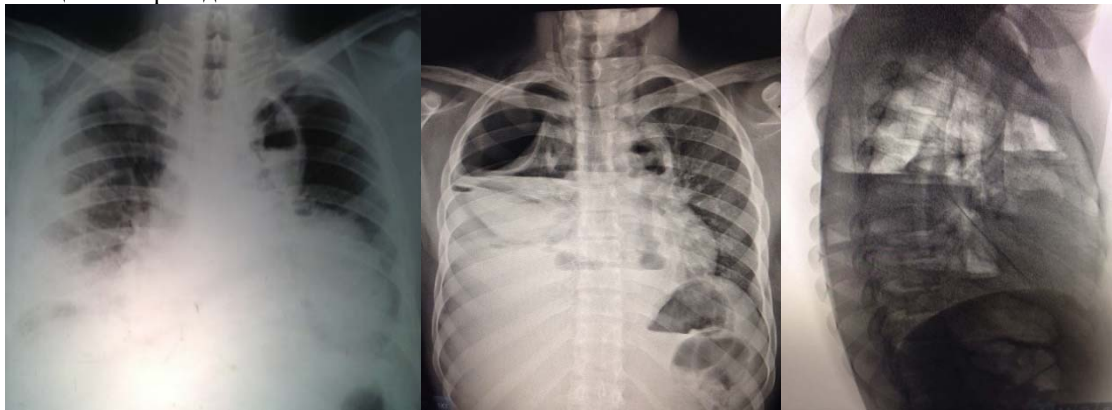
Омӯзиши таърихи бемори нишон дод, ки беморон гирифтори иллатҳои дандон (бештар дандонҳои курсии поёнӣ) 51 нафар (71%), ё гирифтори тонзиллити шадид бо абсесс ва флегмонаи паратонзиллярӣ 12 нафар (16,9%), тиреоидити шадид 3 нафар (4,2%), тангшавии баъди сӯхтани химии сурхӯда 2 нафар (2,8%) мебошанд. Ҳамчунин, 3 нафар (4,2%) беморон баъди гузаштани тадқиқоти ФГДС бо вазниншавии ҳолаташон мурочиат намудаанд.

Просеҳҳои фасодӣ дар миёнадевор одатан ба тариқи шадид, зуд, бо табларза сар мешаванд. Ҳарорати бадан то ба 38-40 дараҷа баланд шуда, дардҳо дар зери устухони туш пайдо мегардад, ки ба тарафи байни шонаҳо, гардан,

мавзеи эпигастралӣ паҳн мешавад. Дар бархе аз беморон аломатҳои перитонизм пайдо мегардад. Ҳангоми медиастенитҳои пеш дардмандӣ дар зери устухони тӯш пайдо шуда, ҳангоми сарро бардоштан ва перкуссияи туш зиёд мешавад. Дар сатҳи пӯсти гардан ва қафаси сина варамӣ ва сурхӣ пайдо мегардад. Ҳангоми медиастенитҳои қафо дардмандӣ бештар дар мавзеи байнишонаҳо пайдо шуда, ҳангоми амали фурубарии моеъ зиёдтар мешаванд. Беморон, одатан, ҳолати нимшинакро гирифта, сарашонро каме ба пеш ҳам мекунанд, то ки дард камтар ва нафастири осонтар шавад.

Дар ҳолатҳои вазнини медиастенити фасоднок, дар натиҷаи уфунати анаэробӣ ё пӯсонанда, ҳангоми татқиқи рентгенологӣ эмфиземаи миёнадевор бо паҳншавӣ ба гардан муайян карда мешавад, ки ҳатто ҳангоми палмосидани гардан низ аниқ кардан мумкин аст. Пайдошавии эмфизема аломати нохуши беморӣ буда, аз хело вазнин будани раванди беморӣ шаҳодат медиҳад. Бадбӯии даҳон бо ихроҷи балғами фасодӣ, калон кушода натавонистани даҳон, хирагии овоз, душворӣ ва дардмандии фурубарии моеъ, баландшави фишори марказии варидӣ, варамкунии варидҳои гардан, пайдошавии сианоз низ аломати хоси ин беморӣ баҳисоб мераванд. Тахикардия, гипотония, нафастангӣ, сардардӣ, беҳолӣ аломатҳои умумии ин беморӣ мебошанд.

Усули асосии тадқиқ ва ташхисмонии медиастенити шадид ин гузаронидани рентгенографияи гардану қафаси сина баҳисоб меравад.



Акси 1. Аксҳои рентгении беморони мубталои медиастенитит шадиди фасоднок

Аломатҳои рентгенологии медиастенити шадид инҳоянд: васеъшавии сояи миёнадевор, зершавӣ ва бечошавии узвҳои миёнадевор, пайдошавии инфилтрати маҳдуд дар проексияи миёнадевор, пайдошавии сояи ковокидор бо ҳадди моеъ, пневмомедиастинум, плеврит, пневмоторакс ва пневмонияи шадид мебошанд (акси 1).

Ҳангоми шубҳакунии осеббинии девораи сурхрӯда пас аз амалиётҳои эзофагоскопия, бужкунонии сурхрӯда, рафъи эндоскопии ҷисмҳои бегонаи сурхрӯда ҳатман татқиқи рентгеноконтрастии сурхрударо бо маҳлули контрастии йоддор гузаронидан зарур мебошад. *Аз маҳлули Сульфати барий набояд ҳангоми тахмини эҳтимоли осеббинии девораи сурхрӯда истифода бурдан мумкин нест, зеро он сабаби вазнинтар гаштани ҳолати беморон, ба шакли музмин гузаштани протесси фасоди миёнадевор ва дертар шифоёбии беморон мегардад!*

Ҳангоми ҷой доштани имкони техникӣ гузаронидани томографияи компютерӣ (ТК) мувофиқи мақсад мебошад. Томографияи компютерӣ имкон медиҳад, ки васеъшавӣ, бечошавии узвҳо, тағироти шакл ва контури онон, мавзеи ташкилаҳои патологӣ миёнадевор, бо аниқкунии андоза, зичии сохтор, сохтори газӣ ва моеъро муайян карда шавад.



Акси 2. Аксҳои томографияи компютерии беморони мубталои медиастенитит шадиди фасоднок

Инчунин, ба ҳамаи беморон ҳангоми бистарикунӣ ва дар раванди табобат гузаронидани ташхиси ултрасадои (ТУС) гардан, ковокии плевраҳо, ковокии шикам зарур буда, барои саривақт муайян намудани пайдоиши авориз аз қабилӣ плеврит, эмпиемаи плевра, перитонит имконият фароҳам меорад.

Истифодаи усули эзофагоскопия, бронхоскопия барои муайян намудани дефекти девораи сурхрудаву трахея бояд эҳтиёткорона, бо асбобҳои бориқҳаҷм ва бе додани фишори зиёди ҳаво истифода карда шавад, то ки осеби иловагии ятрогении узвҳо ба амал наояд.

Муолича. Чой доштани медиастенити шадиди фасоднок нишондоди таъчилӣ барои гузаронидани табобати чарроҳӣ - кушодани фасодхона, санатсия ва обияткашии фазои миёнадевор мебошад.

Вазнинии ҳолати бемори гирифтори медиастенити шадиди фасоднок, интоксикация, норасоии полиорганикӣ натанҳо ғайринишондод барои гузаронидани амалиёти чарроҳӣ набуда, балки чарроҳиро таъчилитар мегардонанд, зеро дигар роҳи имконияти рафъи протсессии фасодӣ аз миёнадевор чой надорад.

Тайёрии пешазчарроҳӣ: муоинаи анестезолог ва кардиолог, катетеризатсияи варидҳо, гузаронидани табобати инфузионӣ, трансфузионӣ, гузоштани зонди назогастралӣ, премедикатсияро дарбар мегирад, ки барои коррексияи гомеостаз ва норасоии функцияҳои ҳаётан зарур равона карда шудаанд.

Усули интихобии беҳисгардонии ин қабил беморон беҳисгардонии умумии интубатсионӣ ба шумор меравад, зеро он идорашаванда буда, имконият медиҳад фасодхонаҳо хубтар кушода обияткашӣ карда шаванд.

Табобати чарроҳӣ пеш аз ҳама ба бартараф намудани сабабҳое, ки ба сарзании медиастенити шадиди фасоднок оварда расонидааст, кушодани манбаи илтиҳоби фасодӣ (медиастинотомия), кушодани флегмонаи фазои чуқури гардан, қарри ковокии даҳон, фазои паси ҳалқ, санатсияву обияткашии ҳуби он равона карда шудааст. Бе расонидани ёрии саривактӣ табобати чарроҳӣ ҳамаи беморони гирифтори медиастенити шадиди фасоднок мефавтанд.

Интиҳоби усули чарроҳӣ ҳангоми фегмонаҳои қарри ковокии даҳон, фазои чуқури гардан ва медиастенити шадиди фасоднок аз чойгиршавии протсессии патологӣ вобастагӣ дорад. Усул аз ҳисоби анатомӣ ва физиологӣ камосеб буда, роҳи кӯтоҳтаринро барои баровардани фасод таъмин намояд. Вобаста ба ин чунин усулҳоро истифода мекунанд:

- Медиастинотомияи гарданӣ- болоитӯшӣ, парастерналь-предплевралӣ, ҳангоми медиастенитҳои пешу болоӣ,
- Медиастинотомияи гардании паҳлӯӣ- ҳангоми флегмонаи пасиҳалқ ва медиастенити болоии қафо-осеббинии сурхрӯда.

- Медиастинотомияи поёнии трансабдоминаль- ҳангоми медиастенити поёнии қафо.

- Медиастинотомияи паравертебралӣ баъди резексияи қабурғаҳо- ҳангоми медиастенитҳои қафо.

- Торакотомия-ҳангоми медиастинотомия-плевритҳои барвақтӣ, осеббинии ятрогении сурхрӯда

Санатсия ва обияткашии доимии манбаи фасодии фазои чуқури гардан ва миёнадеворро мо тавассути системаи ғавҷи шуяндаву аспиратсиякунандаи рентгеноконтрастӣ гузаронида мешавад. Ба сифати маҳлулҳои антисептикӣ мо маҳлули фурациллин, пероксидаи гидроген, декасан ва маҳлули сусти марганцовкаро истифода мекунем. Бо мақсади зиёдгардонидани натиҷаи санатсионӣ ҳокаи ферментҳои протеолитикӣ (химотрипсин) истифода мекунем.

Табобати баъдичарроҳии беморон, новобаста аз намуд , чойгиршавӣ ва сабаби медиастенит бояд комплекси бошад- яъне дезинтоксикасионӣ, антибактериалӣ вобаста ба ҳассосияти микрофлора, коррексияи гипопропротеинемия ва анемия, симптоматикӣ

Натиҷа ва баррасии таҳқиқот. Ба ҳамаи беморон баъди тайёрии кӯтоҳмуддати пешазчарроҳӣ, амалиёти кушодани обияткашии флегмонаи қарри ковокии даҳон, фазои чуқури гардан, медиастинотомияи гардании пешу қафои болои ба 53 (74,6%) нафар, медиастинотомияи трансабдоминали ба 1 (1,4%) нафар, иловаги обияткашии ковокии плевраҳо ба санатсияи он ба 12 (16,9%) нафар ва танҳо обияткашии ковокии плевраҳо бе амалиёт дар гардан ва миёнадевор ба 8 нафар гузаронида шуд. Ба 4 (5,6%) нафар беморон дар давоми як ҳафтаи аввал иловагӣ кушодани фасодхонаҳои мавзие рӯй, чакка, болои қулфак гузаронида шуд. Амалиёти торакотомия аз рост бо духтани чароҳати сурхрӯда ба 1(1,4%) нафар ва ҷудокунӣ нусури сурхрӯдаву бронхити, баъди перфоратсияи сурхрӯда ба 1(1,4%) нафар гузаронида шуд.

Хунравии аррозивӣ аз шараёнҳои ғадуди сипаршакл дар 4 нафар беморон, аз варидаи юғӣ дар 4 (5,6%), аз шараёни хобӣ 5 (7,0%) нафар, аз шараёни зерқулфаки дар 5 (7,0%) нафар мушоҳида карда шуд. Дар 5 (7,0%) нафар беморон хунравии таррории аррозивӣ мушоҳида карда шуд. Хунравӣ аз шараёнҳои ғадуди сипаршакл, шараёни хоби ва варидаи юғӣ бо роҳи духтани рағҳо манъ карда, дар 9 ҳолат беморон начот дода шуданд. Инсулти ишемикӣ дар натиҷаи дӯхтан ва бастани шараёни хобӣ дар 2 (2,8%) нафар мушоҳида гашт, ки аломатҳои ин беморӣ, баъди гирифтани табобати невропатолог дар 2 моҳ бартараф шуданд. Дар 7 (9,8%) ҳолат беморон аз хунравии шадиди артериалӣ, аз шараёнҳои калони миёнадевор фавтиданд.

Фавтидагон 14 нафарро (19,7%) ташкил доданд. (нишондоди адабиёт то 30%). Сабаби асосии фавт хунравии аррозивӣ дар 7 (9,8%) ҳолат, тромбоземболии шараёни шуш дар 1 (1,4%) ҳолат 1 (1,4%), садмаи септики дар 5 (7%) ҳолат, абсеси гангренозии шуш дар 1 (1,4%) ҳолат мебошад. Аз миқдори умумии беморон 57 нафар (80,2%) бо шиғоёбӣ ба табобати дармонгоҳӣ ҷавоб шуданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, истифодаи тактикаи саривактӣ, мукамал ва ғавҷи чарроҳӣ ҳангоми табобати ин гурӯҳи беморон натиҷаи хуб медиҳад. Фавтидани зиёд байни беморони гирифтори медиастенити шадид аз вазнинии осеббинии узвҳо, синдроми интоксикасионӣ ва сарзании аворизҳои ба ҳаёт хатарнок вобаста мебошад.

Рӯйхати адабиёт

1. Медиастиниты: методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов. – МосИзд. 1999.
2. Медиастинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение/ Зорькин А.А., Ларионов М.Ю., Тулупов В.А., Муконин А.А.
3. Хирургическое лечение больных с острым медиастинитом/ Добровяшин С.В., Сысоев П.Н., Демьянов С.Л.//Практическая медицина. – 2014 - №5.
4. Диагностика и лечение гнойных медиастинитов: Автореферат диссертации/ Агапов В.В. – 2005.

Актуальность.

У инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2 женщин беременность и ожирение относятся к факторам риска тяжелого течения заболевания и угрожающих жизни осложнений. Считается, что наличие инфекции COVID-19, если у женщины нет другой сопутствующей патологии, не является противопоказанием для продолжения беременности. Показано, что до второго триместра беременности включительно инфекция SARS-CoV-2 протекает относительно благоприятно. В поздние же сроки беременности частыми осложнениями являются пневмония и преждевременные роды [1]. Известно, что течение беременности и состояние плода у **женщин с поражением легких** в значительной степени зависит от функционального состояния системы органов дыхания. Даже при не осложненной беременности у женщин с ожирением формируется особый паттерн: частое поверхностное дыхание. Это увеличивает долю вентиляции мертвого пространства в минутном объеме вентиляции и снижает эффективность альвеолярного газообмена [2]. К тому же ожирение, независимо от наличия инфекции COVID-19, вызывает эндокринные и метаболические нарушения в организме женщины, которые усиливают иммунологическую дисрегуляцию, способствуют воспалению и присоединению инфекционной патологии. Данные проведенных исследований позволяют выделить ожирение в качестве одного из основных факторов риска отягощенного течения инфекции SARS-CoV-2. Было показано, что у женщин с ожирением отмечается увеличение времени элиминации вируса из организма, а следовательно – повышенный риск заражения окружающих. Другие факторы риска неблагоприятных исходов в таких случаях - увеличение частоты сердечнососудистых осложнений, коагулопатии и повышенное образование провоспалительных цитокинов [3]. Однако, по настоящее время сведений о течении беременности у женщин с ожирением и инфекцией COVID-19 в доступной литературе не достаточно.

Цель исследования.

Изучить особенности течения беременности в третьем триместре у женщин с ожирением, страдающих инфекцией COVID-19.

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ 42 случаев заболевания инфекцией SARS-CoV-2 беременных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременных в период с 2021 г. по 2023 г. Медиана возраста женщин, включенных в исследование, составила 29,6 (26,0;31,6) лет. Из них: 19 (45,2 %) беременных, страдавших ожирением 1 – 2 степени, составили основную группу и 23 (54,8 %) женщин без ожирения – группу сравнения. При этом обе группы обследованных по возрасту статистически значимо не различались ($p > 0,05$). ИМТ в основной группе составил 33,8 (30,4; 34,4) против 23,6 (18,2; 24,7) в группе сравнения ($p < 0,05$).

Критерии включения беременных в исследование:

- возраст от 16 до 42 лет;
- положительный результат ПЦР на РНК коронавируса SARS-CoV-2;
- соответствие срока беременности на момент инфицирования III триместру.

Диагноз инфекции COVID-19 у всех женщин верифицирован с помощью ПЦР исследования содержимого носоглотки на коронавирус SARS-CoV-2. Диагностика и степень тяжести инфекции COVID-19, распространенность пневмонии по результатам компьютерной томографии оценивались в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава Республики Беларусь по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции COVID-19.

Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Поскольку большинство количественных признаков не отвечало законам нормального распределения, их описывали посредством медианы (Me) и квартилей 25% и 75%. Качественные признаки представляли в виде абсолютного значения и относительной величины в процентах, оценку статистической значимости осуществляли с использованием критерия хи-квадрат (χ^2). Нулевую гипотезу о равенстве выборок отвергали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В основной группе беременных с ожирением легкое течение заболевания отмечалось у 7 (36,8 %) женщин, против 14 (60,9 %) – в группе сравнения ($\chi^2 = 2,403$ при $p = 0,122$). Среднетяжелое и тяжелое течение диагностировано у 3 (15,8 %) и 9 (47,4 %) женщин основной группы против 5 (21,7 %) и 4 (17,4 %) у женщин группы сравнения ($\chi^2 = 0,239$ при $p = 0,626$ и $\chi^2 = 4,375$ при $p = 0,037$) соответственно. Можно согласиться с утверждением Т.Ю. Демидовой и соавторов (2021), что наличие ожирения влияет на тяжесть течения инфекции COVID-19 у беременных женщин [4].

По данным, полученным в ходе исследования, самым частым и грозным осложнением течения беременности в третьем триместре у женщин с ожирением и инфекцией SARS-CoV-2 является двухстороннее поражение легких с дыхательной недостаточностью. Однако при этом ни в одном из наших наблюдений данное осложнение не привело к смертельному исходу, как у матери, так и у плода. Можно констатировать, что, несмотря на повышенный риск поражения легких, трудности интубации трахеи и искусственной вентиляции легких, риск смерти у беременных с ожирением 1 – 2 степени и инфекцией COVID-19 не увеличен.

Из других осложнений беременности было также отмечено статистически незначимое увеличение частоты анемии, преэклампсии и преждевременных родов. Структура имевших место осложнений беременности у обследованных женщин основной группы и группы сравнения представлена в таблице 1.

Таблица 1. – Структура осложнений беременности

Осложнения беременности	Основная группа, n (%)	Группа сравнения, n (%)	χ^2	p
Пневмония с дыхательной недостаточностью	18 (94,7 %)	15 (65,2 %)	5,385	0,021
Анемия	7 (36,8 %)	8 (34,8 %)	0,019	0,890
Преэклампсия	8 (42,1 %)	7 (30,4 %)	0,617	0,433
Преждевременные роды	8 (42,1 %)	6 (26,1 %)	1,201	0,274

В целом, другие осложнения беременности (анемия, преэклампсия и преждевременные роды) у женщин с инфекцией COVID-19 и ожирением 1 – 2 степени встречались также статистически значимо чаще, чем при нормальном ИМТ: 17 (89,5 %) против 13 (56,5 %) соответственно, $\chi^2 = 5,536$ при $p = 0,019$.

Выводы.

1. В третьем триместре беременности у 47,4 % женщин страдающих ожирением 1 – 2 степени отмечается тяжелое течение сопутствующей инфекции COVID-19.
2. Самым частым и грозным осложнением беременности в третьем триместре у женщин с ожирением 1 – 2 степени и инфекцией COVID-19 является двухсторонняя пневмония с дыхательной недостаточностью, которая отмечается у 94,7 % женщин.
3. В целом при ожирении 1 – 2 степени у беременных с COVID-19 наблюдается увеличение частоты таких осложнений, как преэклампсия, анемия и преждевременные роды.

Список литературы.

1. Адамян, Л.В. Беременность и COVID-19: актуальные вопросы (обзор литературы) /Л.В. Адамян, В.И. Вечорко, О.В. Конышева, Э.И. Харченко //Проблемы репродукции. – 2021. – Т. 27. - № 3.- С. 70 - 77.
2. Нахамчен, Л.Г. Функция внешнего дыхания во время беременности у здоровых женщин с неспецифическими заболеваниями органов дыхания /Л.Г. Нахамчен //Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2001. - №8. – С. 64 – 69.
3. Яшина, Л.А. Избыточная масса тела, ожирение и патология легких: взгляд пульмонолога /Л.А. Яшина, С.Г. Ишук //Здоровья України. – Квітень 2011р. – С. 14 – 16.
4. Демидова, Т.Ю. Клиническая характеристика пациентов с COVID-19 в зависимости от получаемой терапии и наличия сахарного диабета 2 типа /Т.Ю. Демидова, К.Г. Лобанова, С.Н. Переходов, М.Б. Анциферов //Сахарный диабет. – 2021. - № 24(3). - С. 231 - 242.

Царева С.Н., Царев В.П.

ОЖИРЕНИЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ВЛИЯНИЕ НА МАТЬ И ПЛОД

Кафедра акушерства и гинекологии (Белорусский государственный медицинский университет).
Республика Беларусь.

Актуальность.

По разным данным ожирением страдает от 20 до 30 % женщин репродуктивного возраста. Считается, что ожирение не является противопоказанием для беременности. У беременных на фоне метаболических нарушений, обусловленных ожирением, физиологические изменения, характерные для периода гестации, могут приобретать патологический характер и вызывать различные осложнения со стороны, как матери, так и плода. Наличие ожирения может сопровождаться нарушениями менструального цикла, бесплодием, самопроизвольными абортми, преждевременными родами и даже мертворождаемостью. Частота осложнений, как правило, коррелирует со степенью ожирения и сроком беременности. Наличие ожирения у матери может приводить к нарушению адаптивных возможностей новорожденного в неонатальном периоде. Немаловажное значение имеет не только содержание жира в организме женщины, но и топография его отложения. Висцеральная жировая ткань обладает высокой гормонально-метаболической активностью, содержит большое количество адреналовых, кортикостероидных, андрогенных рецепторов и способна накапливать стероидные гормоны за счет их растворимости в липидах. Известно, что у женщин с метаболическим синдромом, для которого характерен абдоминальный тип жирового отложения, отмечаются не только нарушения обмена углеводов, сердечнососудистая патология, но и осложнения беременности и родов [1]. Однако диагностика ожирения первой степени в поздние сроки беременности и его значение в возникновении осложнений беременности и нарушений состояния плода изучены все еще недостаточно.

Цель исследования.

Оценить возможность диагностики ожирения 1 степени в 3 триместре беременности и изучить его влияние на состояние матери и плода.

Материал и методы исследования.

Двукратно (в 1 и 3 триместрах беременности) обследовано 72 женщины. С учетом распределения и количества жировой ткани в организме все женщины были разделены на 3 группы: I – 22 беременных с нормальным содержанием жира (от 20 до 30 %); II – 24 женщин с ожирением 1 степени и периферическим (глютерофеморальным) типом жирового отложения; III – 26 женщин с ожирением 1 степени и абдоминальным типом жирового отложения. Медиана возраста об-

следованных составляла 22,9 (19,2; 24,1), 26,2 (21,0; 28,4) и 26,6 (22,1; 29,1) лет соответственно и статистически значимо не различалась. Антропометрические исследования включали: рост, вес, окружность живота (ОЖ), окружность бедер (ОБ), отношение ОЖ/ОБ. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по методике Кетле II, как частное веса тела (в кг) и роста (в м), возведенного в квадрат. Абдоминальный тип жировоголожения диагностировали при величине отношения ОЖ/ОБ более 0,85 и размера ОЖ 88 см и более. Процентное содержание жира в организме определялось электрометрически на приборе «OMRON» BF 306 (Япония). Содержание жировой ткани от 20 до 30 % принималось за норму, $\leq 20\%$ - низкое содержание жира, $\geq 30\%$ - избыточное содержание жира.

Акушерское обследование проводилось по общепринятым методикам с включением ультразвукового исследования (УЗИ) и кардиотокографии (КТГ) плода в 3 триместре беременности.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10. Нулевую гипотезу о равенстве выборок отвергали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

По данным антропометрического обследования беременных видно, что такие показатели, как рост, вес, ОЖ, ОЖ/ОБ и ИМТ в 1 триместре беременности позволяют с высокой степенью достоверности распределить женщин по группам в зависимости от наличия ожирения и характера жировоголожения (таблица 1).

Таблица 1. Данные антропометрического обследования беременных в 1 триместре

Показатели	Группы женщин			P ₁	P ₂	P ₃
	I гр. (n=22)	I гр. (n=24)	I гр. (n=26)			
Рост, см	163,1(162,2; 169,4)	161,2(156,6; 165,2)	160,5(157,1; 164,8)	>0,1	>0,1	>0,1
Вес, кг	62,2(61,3; 67,4)	81,1(72,8; 85,3)	81,7(73,0; 85,1)	< 0,001	< 0,001	>0,1
ОЖ, см	71,2 $\pm$ 3,5	79,5 $\pm$ 3,4	89,2 $\pm$ 3,8	>0,1	< 0,01	<0,1
ОЖ/ОБ	0,72 $\pm$ 0,05	0,74 $\pm$ 0,05	0,88 $\pm$ 0,04	>0,1	< 0,02	<0,05
ИМТ, ед	21,8 (20,1;23,7)	31,4 (30,2;32,8)	31,8 (30,3;33,2)	< 0,01	< 0,01	>0,1
Жир, %	24,4 $\pm$ 2,6	33,5 $\pm$ 3,2	34,3 $\pm$ 3,3	< 0,05	< 0,05	>0,1

Примечание:

p₁ – статистическая значимость различий в I и II группах;

p₂ – статистическая значимость различий в I и III группах,

p₃ – статистическая значимость различий во II и III группах.

Указанные антропометрические критерии диагностики ожирения в 3 триместре беременности, с учетом увеличения размеров живота и веса плода, оказались не информативными. Известно, что на поздних сроках беременности для определения степени ожирения может использоваться электрометрическое определение процентного содержания жира в организме [2]. По нашим данным, измеренное таким образом соотношение количества жира у женщин в 3 триместре практически не изменилось: 26,6 $\pm$ 2,7 %, 35,9 $\pm$ 2,9 % и 35,7 $\pm$ 3,1 % в I, II и III группах беременных соответственно. Статистически не значимое увеличение количества жира в организме беременных всех групп в этот период можно связать с особенностями гормональной регуляции [3]. Представленные данные косвенно подтверждают наличие ожирения и тип жировоголожения у беременных женщин в 3 триместре беременности.

По данным акушерского обследования, у беременных с абдоминальным типом ожирения в 3 триместре осложнения беременности (преэклампсия, не вынашивание беременности и многоводие), встречались в 3 и более раз чаще, чем в контрольной группе (таблица 2).

Таблица 2. Осложнения беременности в 3 триместре у обследованных женщин

Осложнения беременности, n/%	Группы беременных			P ₁	P ₂	P ₃
	I гр. (n=22)	I гр. (n=24)	I гр. (n=26)			
Преэклампсия	2/9	6/25	9/36,4	<0,1	< 0,02	>0,1
Многоводие	-	2/8	3/11,5	>0,1	< 0,1	>0,1
Маловодие	1/5	-	-	>0,1	< 0,1	>0,1
Невынашивание беременности	1/4,5	2/8	3/11,5	>0,1	< 0,1	>0,1
Внутриутробная гипоксия	1/4,5	2/8	7/27,3	>0,1	< 0,02	<0,1
Задержка развития плода	-	1/4	4/15,4	>0,1	< 0,05	>0,1

Примечание:

P₁ – статистическая значимость различий в I и II группах;

P₂ – статистическая значимость различий в I и III группах;

P₃ – статистическая значимость различий во II и III группах.

При этом у 42,3 % беременных с абдоминальным типом жировоголожения по данным КТГ плода и УЗИ отмечалась хроническая плацентарная недостаточность с внутриутробной гипоксией у 7 беременных (26,9 %) и задержкой развития плода у – 4 (15,4 %).

Выводы:

1. Такие данные антропометрического обследования как вес, окружность живота, отношение окружности живота к

- окружности бедер и индекс массы тела не информативны для диагностики ожирения 1 степени в 3 триместре беременности, но могут использоваться при постановке на учет по беременности.
2. Для диагностики ожирения в 3 триместре беременности целесообразно использовать электрометрический метод определения количества жировой ткани.
 3. У женщин с абдоминальным типом ожирения 1 степени в 3 триместре беременности чаще встречаются такие осложнения, как преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность с внутриутробной гипоксией и задержкой развития плода.

Список литературы.

1. Захарко, А.Ю., Митьковская Н.П., Доронина О.К. Акушерские проблемы у беременных с метаболическим синдромом /А.Ю. Захарко, Н.П. Митьковская, О.К. Доронина //Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2018. - Т.15, № 2. – С. 151-159.
2. Можейко, Л.Ф. Особенности течения беременности и показатели функции внешнего дыхания у женщин с абдоминальным ожирением /Л.Ф. Можейко, Н.В. Царева, С.Н. Царева //Медицинский журнал. - 2015. - №3. – С. 91 – 95.
3. Хромылев, А.В. Метаболический синдром и беременность / А. В. Хромылев //Ожирение и метаболизм. – 2014. - № 2. – С. 4 – 8.

Шамсуллозода Ш.Н., Сайдалиев Ш.Ш., Султонов Р.И.

Современная диагностика и хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков

ГУ ГЦСМП г. Душанбе

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

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В последние годы стало возрастать количество пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП), которые не имеют тенденции к снижению, занимая одно из ведущих мест среди послеоперационных осложнений на желчных путях и печени [1,3]. Рост число РСЖП большинство которых до 90-95% травматического происхождения, и в 4-7% воспалительного процесса указывает на актуальность затронутой проблемы [2,4]. Послеоперационная летальность при лечении РСЖП достигает 12-30%, а частота рецидивов стриктур до 30% [2]. Значительное число авторов [4] основными причинами РСЖП и её рестенозов считают:

Отказ от применения «каркасных» дренажей при неполном иссечении рубца, малом диаметре соустья, наличии натяжения в области анастомоза, возникновение трудности наложения прецизионного анастомоза; Длительное желчеистечение, биломы, гематомы, абсцессы в подпеченочном пространстве в области анастомоза; Технические погрешности при формировании анастомоза; Рефлюкс – холангит; Снижение регенераторных процессов и формирования рубца за счёт ишемии. Для снижения количества РСЖП и её рестеноза важное значение имеет выбор способа восстановления пассажа желчи по пищеварительному тракту при повреждениях желчных протоков.

Цель работы – оптимизация результатов оперативного лечения рубцовых стриктур желчных протоков

Материал и методы. Последние 5 лет на кафедре хирургических болезней №1, на базе ГУ ГЦСМП прошли обследование и лечение 74 пациентов с РСЖП. Мужчин было 24 (32,5%), женщин 50 (67,5%). Возраст пациентов составил от 18 до 74 лет. Распределение пациентов в зависимости от уровня расположения РСЖП согласно классификации Bismuth – Corlette было следующим: I тип – у 8 (11%), II тип – у 12 (16%), IIIa тип – 21 (28%), IIIb тип – у 13 (17,5%), IV тип – у 20 (27%). Практически все больные поступили с синдромом механической желтухи, в 28 (38%) случаях – с явлением холангита. У 37 (50%) пациентов из 74 с РСЖП в прошлом было выполнена ЛХЭ. В 48 (65%) случаях факт повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) установлен интраоперационно и ближайшем послеоперационном периоде. Этим пациентам в различных хирургических стационарах республики были выполнены хирургические вмешательства, направленные на наружное (n=18), либо внутреннее отведение желчи, которые оказались не совсем адекватными и привели к РСЖП. У 26 (35%) пациентов РСЖП возникли в отдаленном послеоперационном периоде из них у 8 в анамнезе – операция по поводу холедохолитиаза и тотального гнойного холангита, а у 4 – по поводу прорыва эхинококковой кисты печени в желчные протоки.

Для определения уровня окклюзии желчных протоков наряду с общеизвестными методами исследования всем пациентам выполнены УЗИ и МРТ. Среди инструментальных методов диагностики и протяженности РСЖП в 42% наблюдений проводили ЭРХПГ и ЧЧХ.

Результаты и их обсуждение. Основными симптомами РСЖП у наблюдаемых пациентов являлись: желтуха (n=22, 30%), холангит (n=18, 24%), боль и ощущения дискомфорта в животе (n=15, 20%). Наличие желчного свища наблюдали у 8 больных. Ещё у 8 (11%) пациентов был выявлен билиарный цирроз печени у 4 (5,5%) из них – с проявлением печеночной недостаточности: в 3 наблюдениях при поступлении было явления билиарного сепсиса. Одновременное сочетание желтухи, холангита и боли в животе отмечено у 28 (38%) пациентов. Всем пациентам с РСЖП проведено клинико – биохимическое исследование крови при этом средний уровень билирубина в группе больных с желтухой составил $71,9 \pm 55,1$ мкмоль/л (норма до 21,0 мкмоль/л). Проявления холестаза в виде повышения уровня щелочной фосфатазы наблюдались у 42 (56,5%) пациентов: средний уровень щелочной фосфатазы составил $954,27 \pm 26,8$ Е/л (норма до 220 Е/л).

Комплексное УЗИ позволило выявить расширение желчных протоков выше зоны рубцовой стриктуры в 93,2% наблюдений и уровень стриктуры – в 82%. На основании данных УЗИ в дальнейшем выполняли ЭРХПГ и ЧЧХ необходимая информация об уровне, характере и протяженности стриктуры была получена у 54 (%) пациентов. Уровень стриктуры ВЖП как правило определяло тяжесть состояния больных. У 23% пациентов с РСЖП наиболее информативным методом, отражающим как уровень стриктуры, так и ширину желчных протоков оказалось МЭРХПГ. Предварительная декомпрессия желчных путей по – показаниям, направленные на ликвидацию желтухи и холангита было

проведено в 8 наблюдениях. При этом перед основным оперативным вмешательством в 6 наблюдениях выполняли ЭРХПГ с эндопротезированием гепатикохоледоха (n=4) и в ЭПСТ (n=2).

В 2 наблюдениях для коррекции билиарного сепсиса и эндотоксемии использовали методику чрескожной чреспеченочной эндогепатикотомии со стентированием протоков.

Не смотря на тот факт, что некоторые авторы [1] скептически относятся к выполнению предоперационной декомпрессии желчных путей, основываясь на том, что вопрос о декомпрессии желчных путей при РСЖП не следует решать по аналогии с острым холангитом в 4 случаях наших наблюдениях эндоскопические вмешательства являлись окончательными методами лечения РСЖП. Основным видом оперативных вмешательств при РСЖП являлись билиодигестивные анастомозы (табл. 1).

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств при РСЖП (n=74)

Вид операции	К-во	%
Гепатикоеюноанастомоз по Ру	32	43
Гепатикоеюноанастомоз по Брауну	15	20
Гепатикоеюноанастомоз по Ру с правыми сегментарными протоками на «едином» STD	10	13,5
Билиодигестивный анастомоз с правыми долевыми протоками на STD	8	11
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	6,5
ЧЧХ эндогепатикотомия с стентированием	2	2,5
ЭРХПГ с эндопротезированием	2	2,5
Всего	74	100

В 18 (%) наблюдениях при лечении РСЖП особенно, когда небольшой диаметр протока сопровождающейся холангитом и местными гнойно – септическими осложнениями производили реконструктивные операции, используя сменный транспеченочный дренаж (STD) в качестве каркаса. Операция в 7 наблюдениях сопровождалась осложнениями в виде: гемобилии (n=3), подпеченочный абсцесс (n=2), миграция STD (n=2) из зоны анастомоза, качество жизни больных было неудовлетворительно больные вынуждены были 2-2,5 года носить STD.

В дальнейшем в 32 (%) наблюдениях формировали гепатикоеюноанастомоз по Ру, в 15 (%) по Брауну. При наличии высоких стриктур ВЖП, а также наличии внутрипеченочных абсцессов с явлением хронического холангита в 5 наблюдениях выполняли правостороннюю гемигепатэктомию. В послеоперационном периоде после выполнения 52 реконструктивных вмешательств при РСЖП осложнения возникли у 12 больных: специфические – у 7 (13%), неспецифические – у 5 (9,5%). Специфическими осложнениями являлись: несостоятельность билиодигестивного анастомоза (n=2), печеночно-почечная недостаточность (n=2), внутриорганные кровотечения (n=2) и холангит (n=1). Среди неспецифических осложнений следует отметить: нагноение лапаротомной раны (n=2), послеоперационная пневмония (n=2), спаечная кишечная непроходимость (n=1). Отдаленные результаты хирургического лечения РСЖП прослежены у 52 (70%) пациентов из 74 прооперированных больных. Средний срок прослеженности составил 54±52,4мес. (в пределах от 2 до 120мес.). Основной причиной, не позволивший изучить отдаленные результаты являлись сама место жительства пациента, а также некомплаентность больных или их родственников. Хорошие (n=20) и удовлетворительные (n=14) результаты отмечены у 34 (46%) больных, неудовлетворительные – у 18 (24%). Основной причиной неудовлетворительных отдаленных результатов лечения являлись рестеноз билиодигестивного анастомоза, который развился у 15 (20%) больных: в 2 наблюдениях спустя 10 лет после наложения гепатикоеюноанастомоза сформирована холангиогенный абсцесс левой доли печени, осложнившийся прорывом в свободную брюшную полость и ещё 1 больного развилось гигантская послеоперационная грыжа.

Выводы. При выборе методов лечения РСЖП необходимо учитывать тип рубцовой стриктуры желчных протоков, характер осложнений и функциональное состояние печени.

Литература

1. Диагностика и лечения различных типов высокой стриктур печеночных протоков // Э.И. Гальперин [и др.]/ Хирургия. – 2004. - №5. – С.26-31.
2. Ничитайло М.Е., Скуме А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. К. Маком. 2006. 240стр.
3. Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Хотиняну А.Ф. Хирургическое лечение больных с стриктурами внепеченочных желчных протоков. Анналы хирургической гепатологии. 2008. - №1. – С. 61-65.
4. Черногорова М.В., Иванова Е.В., Федоров Е.Д. Эндоскопическая дилатация бигепатикоеюноанастомоза на изолированной петле по Ру. Анналы хирургической гепатологии. 2011.- №1. – С. 113-116.

Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Додочонов Ю.Т.

Воронкообразная деформация грудной КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА

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

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) – врожденный порок развития, включающий в себя западение грудины и предлагающих реберных хрящей. При данном пороке отмечается компрессия органов грудной клетки с различной степенью нарушения функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем [1-5].

Раньше методом выбора при хирургической коррекции ВДГК считалась торакопластика с резекцией реберных хрящей. Однако, у данного метода были отмечены следующие недостатки: травматичность, длительность проведения

операции с резекцией хрящевых частей ребер, образование послеоперационных грубых рубцов на передней поверхности грудной клетки [1,2,3]. В последствии с развитием мини-инвазивных технологий в медицине при хирургической коррекции ВДГК специалистами широко проводилась торакопластика по методу Насса, суть которой заключалась в том, что через симметричные разрезы по бокам грудной клетки с помощью металлического проводника под контролем видео-торакоскопа создается загрудинная тоннель. Далее, справа налево проводится специальная пластина, которая фиксируется стабилизатором с обеих сторон [4,5]. К большому сожалению, данная техника не была лишена некоторых недостатков, а именно: опасность повреждения сердца, крупных сосудов средостения, возможные неблагоприятные последствия в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах [2].

С учетом данных предпосылок, профессором Разумовским была предложена модификация настоящего метода. Цель нашего исследования явилось предоставление результатов проведенной хирургической коррекции по методу Насса в модификации Разумовского А.Ю. у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с воронкообразными деформациями грудной клетки у детей.

Материал и методы. За период с января 2016 по октябрь 2023 гг. в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» торакопластика по методу Насса в модификации А.Ю. Разумовского была выполнена 14 больным с воронкообразной деформацией грудной клетки. Возраст детей варьировал от 10 до 18 лет. Мальчиков было – 9 (64,3%), а девочек 5 (35,7%).

Для определения степени деформации грудной клетки применялся индекс Гижицкого на основании рентгенографии грудной клетки в двух проекциях. Согласно этой классификации выявлены следующие степени деформации грудной клетки: со II степенью – у 8 (57,1%) больных, а с III степенью – у 6 (42,9%) пациентов. Синдромальные формы заболевания отмечены у 2 (14,3%) детей.

В предоперационном периоде были выполнены стандартные диагностические исследования: клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭХО-КГ, спирография, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки в двух проекциях и по показаниям КТ грудной клетки. Все пациенты с данной патологией были консультированы генетиком для выявления синдромальных форм заболевания. В случае присутствия у детей деформации позвоночника проводилась консультация ортопеда для того чтобы определить первоочередность оперативного вмешательства.

Модифицированная торакопластика по Нассу технически проводится следующим образом: больного укладываем на спину, руки отводим вверх и фиксируем к дуге. Учитывая рельеф и проекцию дна деформации грудной клетки, маркером наносим метки предстоящих разрезов и место проведения проводников загрудинной.

Далее симметрично с обеих сторон на боковые поверхности грудной клетки проводим разрезы длиной до 4 см, отслаиваем грудные мышцы от ребер, тем самым формируем тоннель до места проколов грудной стенки. Во избежание повреждения сердца и органов средостения, загрудинная тоннель формировалась слева направо. Для фиксации пластины протягивали нить за подлежащее ребро. Затем был проведен проводник через тоннель, по которому введена леска с пластиной путем тракции. Пластина, в свою очередь переворачивалась специальным инструментом на 180°. Ввиду расширения груди пациентов пропорционально росту, концы пластины оставляли на 0,5-0,8 см от грудной клетки с фиксацией к ребрам викрилом 1/0. С целью ликвидации воздуха из плевральных полостей, во время ушивания межреберных мышц анестезиологом проводилось форсированное раздувание легких. Поэтому необходимость в дренировании плевральной полости не возникало. Послойные швы на рану.

Результаты. По окончании оперативного вмешательства пациенты были экстубированы на операционном столе и для дальнейшего лечения и наблюдения были переведены в палату интенсивной терапии, где получали соответствующую терапию. С целью обезболивания использовали нестероидные противовоспалительные препараты. Энтеральное питание начинали через 5-6 часов после операции. Уже на 3-4 сутки больным разрешалось сидеть и ходить. Ультразвуковое исследование плевральной полости и рентгенография грудной клетки были проведены всем детям на 3-4 сутки послеоперационного периода.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $65,8 \pm 13,4$ мин. Продолжительность пребывания в стационаре после операции в среднем составила $12,7 \pm 3,4$ суток.

В нашем случае видео-торакоскопия была проведена один раз у пациента с III - й степенью деформации грудной клетки в начале работы при освоении техники операции. Интраоперационные осложнения не наблюдались, а послеоперационные осложнения отмечены в трех случаях (21,4%) в виде пневмоторакса и гидроневмоторакса с последующим развитием эмпиемы плевры. У двух больных однократно была пунктирована плевральная полость, с положительным эффектом. У пациента с эмпиемой плевры справа было проведено оперативное вмешательство (торакотомия, декорткация легкого, санация и дренирование плевральной полости) где в последующем получен благоприятный исход. По истечении времени нахождения пластина была удалена у 4 (28,6%) больных. У подавляющего большинства больных (93%) получен хороший косметический результат. У всего оперированных нами больных таких неблагоприятных показателей, как гиперкоррекция, остаточная деформация грудной клетки, переустановка и ремоделирование пластины в отдаленном послеоперационном периоде нами не были выявлены.

Выводы. Таким образом, проведение торакопластики по методу Насса в модификации А.Ю. Разумовского у детей с врожденной деформацией грудной клетки способствует снижению частоту интра и послеоперационных осложнений. Однако, данная модифицированная техника оперативной коррекции считается методом выбора, так как более результативна, приводит к улучшению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Даллакян Д.Н., Савельева М.С. 15 - летний опыт лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей. Детская хирургия. 2016; 20. 6: 284-287.

2. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., и др. Сравнительная характеристика эффективности различных способов оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей. Мультицентровое исследование. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 6. 1. 2018. С. 5-13.
3. Стальмахович В.Н., Дуденков В.В., Дюков А.А. Лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 5. 3. 2017. С. 17-24.
4. Castellani C., Schalamon J., Saxena A.K., Hoellwarth M.E. Early complications of the Nuss procedure for the pectus excavatum: a prospective study. *Pediatr. Surg. Int.* 2008; 24: 659–66.
5. Zhang D.K., Tang J.M., Ben X.S., Xie L., Zhou H.Y., Ye X. et al. Surgical correction of 639 pectus excavatum cases via the Nuss procedure. *J. Thorac. Dis.* 2015; 7(9): 1595–605.

Шарипов А.М., Гурiev X.Ч., Мазабшоев С.А.

Сравнительная характеристика различных методов оперативного вмешательства при болезни Гиршпрунга у детей

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

Актуальность. В структуре патологии пищеварительного тракта болезнь Гиршпрунга (БГ) занимает одно из ведущих мест, и по настоящее время предоставляет собой не решенную, актуальную в плане постановке диагноза, терапии проблему колопроктологии детского возраста [1-8].

Удаление аганглионарной зоны толстой кишки считается хирургическим радикальным методом лечения БГ, которое выполняется различными методами и модификациями в два или в три этапа, в некоторых случаях с наложением кишечных стом [3,4,6]. При обстоятельствах открытого метода выполняется нижнесрединный или клюшкообразный разрез в левой подвздошной области, травматичность которого значительно превышает травматичность основного этапа вмешательства. По этой причине постоянно идет поиск оптимальных методов хирургической коррекции болезни Гиршпрунга у детей. В настоящее время в хирургии детского возраста появился современный подход в лечении аганглиоза толстой кишки, который позволяет снизить травматичность радикальной операции с помощью применения разнообразных модификаций широко известных методик Свенсона, Дюамеля и Соаве [2, 4, 6].

Большим достижением последних лет в хирургической коррекции БГ является трансанальное и лапароскопическое низведение толстой кишки [2, 7]. Имея опыт выполнения вышеуказанных методов операций, мы решили провести рандомизированное исследование для сравнения результатов лечения при традиционном (лапаротомия) и двух миниинвазивных способов в лечении БГ у детей.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с использованием различных методов оперативного вмешательства при болезни Гиршпрунга.

Материал и методы. В период с 2013 по сентябрь 2023 гг. в клинике детской хирургии ГОУ Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» находилось на обследовании и лечении 162 детей с болезнью Гиршпрунга (БГ). Возраст детей варьировал от 6 месяцев до 12 лет. Мальчиков было 108 (66,7%), девочек – 54 (33,3%). У 8 (5,0%) детей с БГ была выявлена болезнь Дауна, у 10 (6,2%) детей обнаружены пороки сердечно-сосудистой системы, и позвоночника. Еще у 6 (3,7%) больных во время обследования определены другие аномалии развития.

Больные поступали в основном с жалобами на длительное отсутствие самостоятельного стула. Всем детям произведено общеклиническое обследование, рентгенологические методы исследования (рентгенография органов брюшной полости, ретроградное контрастное исследование толстой кишки), гистохимические исследования биоптатов толстой кишки в пред- и послеоперационном периоде, ультразвуковое исследование (УЗИ) толстого кишечника и органов малого таза в пред- и послеоперационном периодах.

Компенсированная форма болезни выявлены у 58 (35,8%) больных, субкомпенсированная форма - у 87 (53,7%) пациентов и декомпенсированная форма - у 17 (10,5%). Различали следующие формы БГ: ректальная форма - у 14 (8,6%) больных, ректосигмоидальная форма - у 136 (84,0%) пациентов, субтотальная форма - у 12 (7,4%) детей.

В зависимости от выбора способа операции больные были распределены на три группы: в первую группу вошли 109 (67,3%) ребенка, которым было выполнено открытое оперативное вмешательство, во вторую группу – 31 (19,1%) пациентов, оперированных методом трансанального низведения и в третью группу – 22 (13,6%) больных, которым операция была выполнена лапароскопически ассистированным методом.

В качестве предоперационной подготовки всем детям проведена коррекция водно - электролитного и кислотно щелочного равновесия, с оценкой системы гемостаза. В предоперационном периоде выполнялась полная санация толстой кишки, деконтоминация с назначением антибиотиков, после выявления спектра чувствительности.

Результаты исследования. Пероральное кормление начинали через 12 часов от момента проведения оперативного вмешательства у детей третьей группы, пациентам первой и второй группы после появления самостоятельного стула, т.е. через 24 часа. Строгий постельный режим в течение 10 дней не зависимо от групп наблюдения. Пальцевое ректальное исследование проводили на 12-14 сутки послеоперационного периода, а в случае проходимости и состоятельности ректального анастомоза послеоперационное бужирование не проводили. Во время подозрения на стеноз ануса начинали профилактическое бужирование расширителями возрастного диаметра.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $106,7 \pm 12,4$; $95,7 \pm 23,4$; $124,7 \pm 23,4$ мин. соответственно по группам. При этом наименьшая кровопотеря (около 50 мл) отмечена во время лапароскопического метода операции. Интраоперационных осложнений, конверсий и случаев летальности у детей третьей группы не было.

Продолжительность пребывания в стационаре после операции в среднем составила $18,7 \pm 3,4$; $15,7 \pm 3,2$; $12,7 \pm 1,4$ суток соответственно группам.

Изучение ближайших и отдаленных результатов показало, что количество осложнений в первой и второй группах больше, чем у детей третьей группы. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде, наблюдали у 2 (9,0%) пациентов третьей группы в виде несостоятельности колоанального анастомоза. Данные пациенты были прооперированы, наложена энтеростома с санацией и дренированием малого таза, результат благоприятный. В отдаленном периоде больных наблюдали в течении 5 лет, однако отмечалось осложнение послеоперационного периода в виде коломазания у двоих детей (9%) третьей группы, которое было нивелировано проведением двукратного курса реабилитации, результат удовлетворительный.

Выводы. Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга показал, что лапароскопические методы могут считаться операциями выбора, так как обладают всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств, с более благоприятным течением раннего послеоперационного периода и улучшенными косметическими результатами.

ЛИТЕРАТУРА

6. Говорухина, О.А. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей на современном этапе / О.А. Говорухина // *Новости Хирургии*. -2017- 25 (5): С. 510-17.
7. Джорджсон К., Минюстере О., Козлов Ю.А. Болезнь Гиршпрунга - лапароскопическое эндоректальное низведение. *Детская хирургия*. 2016; 6: 309 -314.
8. Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г. Операция Соаве при болезни Гиршпрунга у детей – 50-летний опыт применения. *Детская хирургия*. 2016; 20(6): 303-309.
9. Ионов А.Л., Гогина А. А., Сулаво Я. П. Повторные операции после хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей // *Детская хирургия*. 2017; 21(1), 42–46.
10. Каган А.В., Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В. Проблемы болезни Гиршпрунга у детей новорожденных: клинические примеры. *Педиатр* 2020. Том 11. Выпуск 1. С. 83-90.
11. Морозов Д.А., Пименова Е.С., Марчук Т.Д. Болезнь Гиршпрунга у детей с синдромом Дауна: особенности клиники, диагностики и лечения. *Новости хирургии* Том 28. 1. 2020. 84-91
12. De La Torre L., Ortega A. Transanal versus open endorectal pull through for Hirschsprung's disease. *J. Pediatr. Surg.* 2000; 35 (11): 1630-32.
13. De la Torre L, Santos k. Hirschsprung disease. Evaluation of calretinin and S-100 as ancillary methods for the diagnosis of aganglionosis in rectal biopsies. *Acta Pediatr Mex.* 2012 Sep-Oct; 33 (5): 246-51.

Шарипов В.Ш.1,2, Рахмонов Б.И.1, Нуриддинов Дж.А.1

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

¹Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

²ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗСЗН РТ Таджикистан.

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта [1, 2] и по частоте занимают 2-3 места после язвенной болезни и холецистита [3, 4]. При целенаправленном обследовании ГПОД обнаруживаются в 1-9% случаев, а в пожилом возрасте — в 50% случаев [5].

Цель исследования. Показать возможности классического рентгенологического метода исследования в диагностике ГПОД.

Материал и методы исследования. Проведено классическое рентгенологическое исследование 126 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Осмотр начинали с обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении пациента в прямой, боковой и косой проекциях. При этом особое внимание обращали на область заднего средостения. Затем переходили к контрастному исследованию пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки с бариевой взвесью. Для диагностики перемещающихся (нефиксированных) грыж обязательным было исследование в горизонтальном положении пациентов на спине и на животе; для диагностики фиксированных грыж — в вертикальном положении.

Результаты исследования и их обсуждение. При наличии фиксированной грыжи на фоне заднего средостения определялась полость с горизонтальным уровнем жидкости или дополнительная тень, форма которой менялась в процессе исследования. В ряде случаев обнаруживали газовый пузырь на фоне тени сердца. Основную информацию получали при контрастном исследовании пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и верхнего отдела тонкой кишки с бариевой взвесью. При перемещающихся аксиальных грыжах в большинстве случаев выявлялся более широкий, чем в норме, пищеводно-желудочный переход. Наблюдались изменения со стороны желудочного пузыря: уменьшение его в размерах и деформация, а также дополнительная тень в проекции кардии за счет отечных складок желудка или пролабирования слизистой пищевода в желудок. Описанные симптомы или характерные для ГПОД жалобы служили показанием к проведению исследования в горизонтальном положении на спине и на животе.

Для выявления грыж малых размеров использовали приемы, способствующие повышению внутрибрюшного и внутрижелудочного давления. Для повышения внутрибрюшного давления пациента просили натуживаться, покашливать, поворачиваться со спины на живот. Внутрижелудочное давление повышали путем дачи *peros*газообразующей смеси (чайной соды и лимонной кислоты). При малых перемещающихся грыжах диагноз основывался на выявлении желудочных складок в проекции пищеводного отверстия диафрагмы, так как в норме там должны быть складки слизистой пищевода.

При небольших грыжах часто возникала необходимость в проведении дифференциальной диагностики с ампулой пищевода. Ампула появлялась в фазе вдоха и опорожнялась в фазе выдоха, была расположена вдоль оси пищевода.

В ней после сокращения определялись складки слизистой пищевода.

При проведении исследования в горизонтальном положении на животе при аксиальных грыжах абдоминальный сегмент пищевода и часть свода желудка перемещались в заднее средостение, у 98 (73,1%) пациентов выявлялся желудочно-пищеводный рефлюкс. Результатом его был эзофагит. При эзофагите в просвете пищевода определялась слизь, выявляли широкие, нечетко очерченные складки слизистой оболочки. В ряде случаев выраженный отек приводил к сглаженности рельефа. При перемещающихся грыжах эти симптомы выявлялись только в горизонтальном положении пациента, при фиксированных — также и в вертикальном положении.

Диагностированы преимущественно аксиальные грыжи у 122 пациентов (96,8%). Из них нефиксированные (перемещающиеся) — у 85 (67,4%), фиксированные с укороченным пищеводом — у 31 (24,6%), у 2 пациентов выявлены симптомы инвагинации. Параэзофагеальные грыжи (все фиксированные) встретились при 8 исследованиях (6,3%), в одном из них диагностирована тотальная грыжа с заворотом желудка.

При длительно текущем эзофагите либо длительном спастическом сокращении продольной мускулатуры пищевода развивался приобретенный короткий пищевод и фиксированная ГПОД. В этих случаях большая или меньшая часть желудка была стойко перемещена в грудную полость и фиксирована там. При этом происходило распрямление угла Гиса, в результате чего увеличивался желудочно-пищеводный рефлюкс. Основным рентгенологическим признаком короткого пищевода являлась фиксация кардии над диафрагмой выпрямленным пищеводом. К косвенным признакам относились: отсутствие или уменьшение размеров газового пузыря желудка, смещение его вверх и вправо, клиновидная деформация верхнемедиального отдела газового пузыря, также формирование эпифренальной ампулы на более высоком уровне, чем в норме. У 1 пациента на фоне рубцового сужения пищевода выявлены 2 «ниши» за счет изъязвлений, подтвержденные ЭГДС. При инвагинации пищевода в желудок рентгенологически наблюдалась характерная картина воротничка, надетого на шею, венчика инвагинации («кольцо Сатурна») над диафрагмой. Клинически это состояние сопровождалось дисфагией, болями, гиперсаливацией. Параэзофагеальные грыжи характеризовались перемещением в средостение какого-либо отдела желудка при нормальном положении кардии под диафрагмой. Вышедшая в заднее средостение через пищеводное отверстие диафрагмы часть желудка располагалась вдоль дистальных отделов пищевода. Основным видом грыж параэзофагеального типа являлась фундальная грыжа пищеводного отверстия. При фиксированных параэзофагеальных грыжах во время обзорного рентгенологического исследования пациента в вертикальном положении в проекции заднего средостения определялся горизонтальный уровень жидкости или дополнительная тень, как и при фиксированных аксиальных грыжах.

Важнейшим моментом дифференциальной диагностики аксиальных и параэзофагеальных грыж при контрастном рентгенологическом исследовании является определение расположения кардии при прохождении первых глотков бариевой взвеси. Обнаружение абдоминального сегмента пищевода и кардии над диафрагмой является признаком аксиальных грыж. Поддиафрагмальное расположение кардии, характерное для параэзофагеальных грыж, позволяет определить вид грыжи и поставить правильный диагноз. Необходимо проводить исследование как в вертикальном, так и в горизонтальном положениях пациента. Это позволяет выявлять как перемещающиеся (нефиксированные), так и фиксированные грыжи, а также их осложнения.

Выводы. Современное методически правильно проведенное рентгенологическое исследование позволяет не только выявить грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, но и определить ее вид, изучить функцию пищеводно-желудочного перехода и наличие осложнений.

Список литературы

1. Семенякин И.В., Дибиров М.Д., Ерин С.А., Фомин В.С. Клинико-инструментальные особенности диагностики грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Московский хирургический журнал. – 2017 -Т.2, № 54. -С. 30-33.
2. Батвинов, Н.И., Русин И.В., Карпович В.Е. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная коротким пищеводом // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. -2014. - № 2 (46). -С. 119-121.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Современные достижения в диагностике и лечении рефрактерной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Терапевтический архив. -217.- Т. 90, № 8. - С. 4-12.
4. Шавкута Г.И., Черкасов М.Ф., Пахомова В.М. и др. Желудок в грудной клетке, или что нам известно о гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы // Южно-Российский журнал терапевтической практики. - 2021. - Т. 2, № 1. - С. 115-120.
5. Yu H.X., Han CS, Xue JR, et al. Esophageal hiatal hernia: risk, diagnosis and management // Expert review of gastroenterology & hepatology. -2018, Apr. -Vol. 12 (4). - P. 319-329.

Шарипов Ф.К.1, Гаипов А.Д.1,2, Шарипов З.Р. 1

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

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

Актуальность. Анализ данных литературы показывает, что зачастую аневризмы брюшной аорты (АБА) диагностируются в более поздние сроки заболевания при развитии жизнеугрожающих её осложнений или же когда она сдавливает окружающие органы и образования вследствие приобретения больших размеров [2, 3, 5]. Вместе с тем, несвоевременная диагностика напрямую влияет на исходы лечения АБА, так как частота летальных исходов после выполнения экстренных операций по поводу осложненных её форм по сравнению с плановыми вмешательствами остается высоким и могут наступить у каждого второго пациента [2, 3, 4]. В связи с этим оптимизация ранней диагностики АБА путем проведения регулярных широкомасштабных скринингов у взрослого населения считается актуальным,

особенно среди лиц мужского пола [1, 2]. Кроме того, отсутствие национального регистра по этой патологии, а также частое поступление больных с осложненными формами АБА по экстренным показаниям диктуют проведения дальнейших научных исследований по улучшению результатов комплексного лечения этой категории пациентов [1, 2].

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения аневризм брюшной аорты и результатов хирургического её лечения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 42 больных с аневризмами брюшного отдела аорты, госпитализированных в 2004-2023 годы в РНЦССХ. Основную долю пациентов составили лица мужского пола – 36 (85,7%) больных, женщин было – 6 (14,3%). Абсолютное большинство пациентов (n=35; 83,3%) явились лицами старше 60 лет, каждый шестой пациент явился более молодым. Средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 3,7$ лет.

Из числа госпитализированных в экстренном порядке были оперированы 19 пациентов из-за наличия у них разного рода осложнений АБА, остальные больные оперированы в отсроченном или в плановом порядке. Из числа осложнений АБА в 3 случаях отмечался тотальный тромбоз анеризматического мешка, в 4 наблюдений - разрыв её стенок, в 9 наблюдений острое расслоение её стенок, в 3 случаях - тромбоз дистального русла.

Следует отметить, что в генезе девиации стенок аорты играют роль множества врожденных и приобретенных факторов и среди наблюдавшихся нами пациентов только в одном наблюдении она имела врожденный характер из-за наличия синдрома Марфана. В остальных наблюдениях медико-дистрофические изменения стенок аорты с последующей аневризматической трансформацией развивались на почве атеросклероза (n=39) или неспецифического аутоиммунного воспаления (n=2).

Нами с целью выяснения особенностей клинического течения АБА и возможных причин её поздней диагностики проводился тщательный опрос пациентов. Кроме того, были определены факторы риска развития АБА, а также наличия у них в анамнезе клинко-инструментальных обследований по поводу других заболеваний до точной диагностики основного заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Типичными симптомами явились наличие пульсирующего образования и боли в области живота у всех больных с неосложненными АБА. Боли имели тупой, ноющий характер, локализуются обычно в мезогастрии или слева от пупка. У пациентов госпитализированных в осложненными формами АБА характер боли был разнообразным – от интенсивных мучительных, острых до постоянных и слабо выраженных. Также отмечена иррадиация боли в спину, поясницу, крестец.

При первом обращении к врачу предположительный диагноз аневризмы аорты был поставлен лишь 2-м больным, а у остальных установлен в процессе дополнительного обследования. Чаще врачами ошибочно диагностировались распространенные болезни органов брюшной полости, в том числе хронический холецистит, панкреатит, а также колит. Это было обусловлено наличием у пациентов косвенных признаков заболевания, которые явились специфическим при абдоминальных, урологических, неврологических и вертеброгенных патологиях.

Абдоминальный синдром (анорексия, отрыжка, рвота, запоры) отмечен у всех больных. *Урологический синдром*, обусловленный смещением почки и мочеточника, проявлялся тупыми болями в поясничной области, ощущением тяжести, дизурическими расстройствами, гематурией был у 22 больных.

Ишиорадикулярный синдром за счет компрессии позвоночника и нервных корешков поясничного отдела спинного мозга отмечен у 3 больных. *Синдром хронической ишемии нижних конечностей*, проявляющийся типичной клиникой перемежающейся хромоты и нарушениями трофики нижних конечностей, выявлен у 3 больных.

Комплексное обследование пациентов позволило выявить у них несколько сопутствующих патологий, в том числе – у всех пациентов артериальную гипертензию, у 12 пациентов - ишемическую болезнь сердца, у 6 - сахарного диабета и в 3 наблюдениях – метаболического синдрома. Следует отметить, что абсолютное большинства пациентов имели высокий коморбидный фон, т.е. у них одновременно имелись не менее трех патологий, требующие параллельного лечения.

В день госпитализации экстренно были оперированы лишь 4 больные с разрывом аневризмы в связи с сильными болями, не купируемыми наркотическими анальгетиками. Пациенты с тромбозами аневризмы и эмболиями периферических сосудов (n=6) также были оперированы в экстренном порядке. У остальных пациентов на фоне гипотензивной, седативной и обезболивающей терапии боли стихли или исчезли, а гемодинамика позволяла провести операцию в отсроченном порядке, после соответствующей подготовки. Из-за острого разрыва АБА и массивного кровотечения в одном наблюдении тут час после госпитализации отмечался летальный исход.

Полная срединная лапаротомия явилась основным доступом для осуществления оперативного вмешательства независимо от наличия или отсутствия осложнений. Во всех случаях нами была выполнена резекция аневризмы с бифуркационным (n=34) или линейным (n=7) протезированием брюшной аорты. При наличии ишемических осложнениях ликвидация аневризмы производилась параллельно или после тромбэмболизации.

В 15 наблюдениях с целью профилактики и снижения риска развития кардиальных и мозговых осложнений, обусловленных пережатием аорты, нами аорто-бифеморальное протезирование выполнено по нестандартной методике [1]. Сущность ее заключается в том, что еще до пережатия аорты ниже почечных артерий формируется один из дистальных анастомозов. При такой методике брюшная аорта пережимается ровно настолько, сколько необходимо для образования проксимального анастомоза. Заранее подготовленный дистальный анастомоз при этом позволяет тут же по завершению проксимального анастомоза снять зажим с аорты и пустить кровоток. Это позволяет уменьшить частоту сердечных, мозговых и почечных осложнений за счет сокращения периода пережатия аорты, в течении которого как правило они возникают.

Осложнения после операции отмечались у 11 (26,8%) пациентов, которые были госпитализированы по экстренным показаниям, а в группе плановых вмешательств осложнений не было. В 4 случаях у пациентов отмечался выраженный транзиторный пареза кишечника, у 4 больных – кровотечения из линии шва дистального анастомоза, у 1

больного – острый аорто-дуоденальный свищ с последующим аррозивным кровотечением, и в 2 наблюдениях - инфицирование операционной раны с частичным расхождением швов лапаротомной раны. В связи с развитием вышеуказанных осложнений повторные вмешательства были выполнены трём пациентам, у которых в последующем отмечался танатогенез. Таким образом, частота дооперационной летальности составила 2,4%, послеоперационной – 7,1%, общей – 9,5%.

Заключение. Несмотря на типичные клинические проявления нередко аневризма брюшной аорты диагностируется в более поздние сроки заболевания. Знание типичных и косвенных признаков заболевания позволит осуществлять комплекс целенаправленных диагностических исследований и направлять пациентов для своевременного оперативного лечения. Послеоперационные осложнения значимо чаще встречаются у пациентов оперированных в экстренном порядке из-за осложненных форм аневризм брюшной аорты. Сокращение периода пережатия аорты позволяет значимо снизить риск развития кардиальных и мозговых геморрагических нарушений.

Литература

6. Нестандартная методика реконструкции брюшной аорты при гигантской аневризме / А.Д. Гаибов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 22, № 2. – С. 175-179.
7. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с инфраренальными аневризмами брюшной аорты в разных странах / Е.Л. Калмыков [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2023. – Т. 18, № 3. – С. 20-24.
8. Early mortality following endovascular versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms / R.B. Chagpar [et al.] // Vascular and Endovascular Surgery. – 2015. – Vol. 44, № 8. – P. 645-649.
9. Screening Program of Abdominal Aortic Aneurysm / M. Sprynger [et al.] // Angiology. – 2019. – Vol. 70, № 5. – P. 407-413.
10. The Global and Regional Prevalence of Abdominal Aortic Aneurysms: A Systematic Review and Modelling Analysis / P. Song [et al.] // Ann Surg. – 2022. – Vol. 277, № 6. – P. 912-919.

Шнитко С.Н. 1, Терехович Т.И.2, Соколов Ю.А.3

Проблемы лечебно-эвакуационного ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ В МЕТРО

Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь¹

ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», г. Минск, Республика Беларусь²

Актуальность.

Международный терроризм приобретает глобальный характер, его методы многообразны и не везде предсказуемы, а средствами террора все чаще становятся боеприпасы взрывного действия.

Так, в результате 10 взрывов при теракте на железнодорожном вокзале в г. Мадриде, Испания 11 марта 2004 г. пострадали 2000 человек, из них 177 (8,8%) погибли на месте. Серьезно пострадавшие 504 человека (25,2%) доставлены в 4 госпиталя [4].

Разработка новых взрывных веществ и методов их применения в прошлом веке, а также все более широкое использование как в военное, так и в мирное время в этом веке, привели к увеличению числа минно-взрывных травм (далее - МВТ) [3].

За последние годы в Российской Федерации совершено 55 террористических взрывов (ранены 1253, убиты 318 (соотношение 4:1) [1].

Цель и задачи исследования.

Цель:

изучить основные проблемы организации и проведения лечебно-эвакуационного обеспечения (далее – ЛЭО) при МВТ в метро.

Задачи:

- изучить актуальность проблемы МВТ в современном мире;
- сравнить и выявить отличия взрывов в военное время от терактов мирного времени;
- определить отличительные особенности МВТ в метро;
- установить фазы ЧС при МВТ и их особенности;
- изучить особенности и основные ошибки ЛЭО при МВТ в метро.

Материалы и методы исследования.

Анализ литературных данных и опыта оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (далее - ЧС) позволили установить, что МВТ возникает при одномоментном воздействии на организм неоднородных по характеру поражающих факторов взрывного устройства (ударная волна; газопламенная струя; первичные, вторичные, третичные и т.д. ранящие снаряды; отравление токсичными продуктами; воздействие звуковых волн чрезмерной силы и продолжительности; резкое колебание атмосферного давления; высокая температура пламени и т.д.) с вовлечением в патологический процесс органов и систем организма в различных сочетаниях. Этот процесс качественно отличается от аналогичного при политравме вследствие транспортных, производственных и бытовых (включая взрывы газа) повреждений.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе литературных данных отмечаются основные отличия взрывов в военных условиях от терактов мирного времени [2].

Если в военных условиях взрывы наносятся специально конструируемым оружием с прогнозируемой мощностью взрывного боеприпаса, то в мирное время взрывы по происхождению разнообразны, как и разнообразны источники взрывов и обстоятельства взрывных повреждений. Если в военных условиях воздействию взрыва подвергается однородной по полу и возрасту контингент военнослужащих, заранее подготовленных морально и профессионально, а также имеющих индивидуальные средства защиты, то в мирное время воздействие взрыва усиливает экстремальность события, создает условия для паники и возможности возникновения дополнительных повреждений, отсутствуют средства защиты, а среди пострадавших значительную долю составляют женщины и дети. И наконец, в военных условиях медицинскую помощь оказывают военные врачи, вооруженные положениями военно-медицинской доктрины и четко регламентированными протоколами по лечению МВТ. В мирное время помощь оказывают гражданские врачи, недостаточно знакомые с принципами лечения МВТ.

Анализ литературных данных и опыта оказания медицинской помощи пострадавшим показывает отличительные особенности МВТ в замкнутом пространстве (метро):

1. Большое скопление людей на 1 ед. площади.
2. Значительную долю пострадавших составляют женщины и дети.
3. Взрывная волна в замкнутом пространстве приводит к увеличению числа санитарных потерь (далее - СП).
4. В замкнутом пространстве больше источников для вторичных (третичных и т.д.) поражающих элементов.
5. Возможность поражения током людей (вне вагона).
6. Большая вероятность возникновения пожара (ожоги, отравление элементами горения и пороховыми газами).
7. Большой удельный вес (до 50%) бароакустической травмы.
8. Увеличение комбинированных (до 90%) и сочетанных (до 78%) повреждений.
9. Подъем людей (при отключении эскалаторов) на поверхность пешком по узким проходам (в условиях паники) ведет к увеличению СП.

Следует отметить фазность ЧС при МВТ:

1-я фаза: начального хаоса (с момента взрыва до прибытия службы скорой медицинской помощи (далее - ССМП), 7-20 мин): «волна самообратившихся», получивших легкие повреждения и не получивших помощи на догоспитальном этапе (50%).

2-я фаза: организованная фаза работы ССМП до отправки последнего пострадавшего, 20-60 мин); доставка пострадавших ССМП с различной степенью тяжести травм с оказанием первой помощи на месте ЧС (30%).

3-я фаза: ликвидации последствий ЧС (3-24 часа): позднее обращение легко пострадавших с острыми стрессовыми реакциями (20%).

В ходе исследования мы проанализировали ошибки и проблемы при организации и проведении ЛЭО пострадавших при МВТ в метро и классифицировали их на 5 групп:

1. Ошибки в организации управления ЛЭО при ЧС (МВТ в метро)
2. Ошибки при проведении медицинской сортировки пострадавших от ЧС (МВТ в метро).
3. Ошибки при выносе (вывозе) пострадавших из очага массовых СП и оказания им помощи.
4. Ошибки при осуществлении эвакуации пострадавших от МВТ в лечебные учреждения.
5. Ошибки в организации медицинского снабжения при ликвидации ЧС (МВТ в метро).

Выводы.

1. Лечебно-эвакуационное обеспечение пострадавших при минно-взрывной травме в метро корректируется в зависимости от конкретных условий, но все организационные, тактические и лечебные мероприятия медицины катастроф основаны на современных положениях организации медицинского обеспечения войск и военно-полевой хирургии.

2. При террористических актах, совершенных посредством взрывов, необходимо тесное взаимодействие гражданских и военных врачей по отработке единых подходов в организации и неотложном лечении пострадавших с политравмой.

3. Главной особенностью медицинской сортировки при минно-взрывной травме в метро будет являться деление пострадавших на две основные группы: ходячие и носилочные.

4. Проведение медицинской эвакуации пострадавших при минно-взрывной травме в метро предполагает выделение эвакуируемой патологии пациентов в соответствии с системой лечебно-эвакуационного обеспечения по назначению.

5. Знание ошибок во многих случаях позволит избежать их при организации и проведении лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших при взрывах в метро.

Список литературы.

1. Военно-полевая хирургия: учебник /Под ред. С.А.Жидкова и С.Н.Шнитко.-Минск: БГМУ, 2017.-350 с.
2. Особенности организации и содержания скорой медицинской помощи при террористических актах, совершенных посредством взрывов/ И.П.Миннуллин, А.А.Завражнов, Р.И.Халилюлин//Альманах инст. хирургии им. А.В.Вишневского.-2018.-№ 1-С.72-76.
3. Подготовка военного фельдшера: учебное пособие /С.Н.Шнитко [и др.].-Минск: БГМУ, 2014.-668 с.
4. Turgano-Fuentes, S.//World J. Surg.-2018.-№32.-P.1169 – 1175.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Городской больницы города Леваканд, Хатлонский Область Таджикистан

Актуальность исследования ЭПЖСЖ у детей имеет большое медико-социальное значение, так как заболевания органов пищеварения у детей ввиду их широкой распространенности, особенностей клинического течения, высокого риска ранней манифестации и инвалидизации представляют серьезную проблему гастроэнтерологии и хирургии детского возраста. По официальным статистическим данным в настоящее время в нашей стране болезни органов пищеварения вышли на второе место по частоте среди патологий детского населения после острых респираторных заболеваний.

А среди хронических заболеваний пищеварительной системы особое место занимают поражения органов гастродуоденальной зоны, на долю которых приходится 70 — 75% заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.

Цель исследования - улучшить результаты лечения детей с ЭПЖ за счет своевременной диагностики и малоповреждающей хирургической тактики.

Методы и материал исследования. Впервые на большом клиническом материале изучена эпидемиология и уточнена клиническая картина порока развития желудочно-кишечного тракта — эктопии поджелудочной железы в стенку желудка у детей. Заболевания органов пищеварения в последние десятилетия приобрели широкое распространение, и вышли на одно из первых мест в структуре общей заболеваемости населения, как среди взрослых, так и среди детей. Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка (ЭПЖСЖ) - редкий порок развития и по данным аутопсий встречающийся в 0,3 - 13% случаев. Наибольший практический интерес представляют те варианты локализации ЭПЖ, которые протекают под маской разнообразной патологии пищеварительного тракта и могут обусловить серьезные диагностические трудности и привести к тактическим ошибкам. Изучение доступной литературы показало, что в 50 — 70% случаев ЭПЖ локализуется в гастродуоденальной зоне, по отсутствию специфичности клинических проявлений и критериев диагностики приводят к позднему выявлению эктопированной ткани, уже при развитии осложнений, что ведет к расширению оперативного вмешательства [1. 85-89].

Добавочная поджелудочная железа относится к врожденным аномалиям развития, и первые симптомы данной патологии проявляются в детском возрасте, однако редкость заболевания; отсутствие патогномичных симптомов не позволяет своевременно установить правильный диагноз. В старшем возрасте чаще описывают уже различные осложнения (кровотечения, стенозы, малигнизацию) данной аномалии, которые обуславливают отсутствие макроскопических дифференциально-диагностических признаков данного заболевания от злокачественной опухоли или осложненной язвы желудка, что удлиняет сроки диагностики, лечения и увеличивает количество резекций желудка [4. 45-48].

Анализ современных литературных данных показал, что недостаточно глубоко изучен ряд некоторых вопросов: не уточнен наиболее информативный комплекс современных методов диагностики, позволяющих выделить характерные признаки заболевания; остается спорным обоснование тактики лечения; разноречивы суждения не только о выборе метода и объеме хирургического лечения, но и о его необходимости [2, 45-47]. Так же отсутствует единая морфологическая классификация ЭПЖСЖ, так как авторы дают описательное гистологическое заключение, имея на руках лишь не большое количество материала. Особый интерес с точки зрения определения лечебной тактики представляет изучение морфологической картины не только самой добавочной поджелудочной железы, но и окружающих ее тканей желудка.

Необходимо заметить, что анализ диагностических методов, их интерпретация, а так же результаты методов хирургического лечения ЭПЖ у большинства авторов базируются на небольшом количестве наблюдений (до 20) при расположении ЭПЖ в различных отделах пищеварительного тракта, что не позволяет провести достоверный анализ, аргументировать полученные данные.

Результаты. 1. Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка редкое заболевание в детском возрасте и встречается в 1,9% случаев от заболеваний желудка. Наиболее часто ЭПЖСЖ обнаруживается у детей старшей возрастной группы 9—16 лет (86,9%), у девочек в 2 раза чаще чем у мальчиков. Патогномичные проявления данного порока развития отсутствуют, так как скрываются под маской различных воспалительных заболеваний пищеварительного тракта, что удлиняет диагностический период. Среди детей с гастроэнтерологической патологией в среднем у каждого 60 ребенка может быть обнаружена ЭПЖСЖ.

2. Применение организационной технологии «Ранняя ФГДС», позволило не только увеличить вдвое частоту выявляемое™ ЭПЖСЖ у детей с жалобами на рецидивирующий болевой абдоминальный и диспептический синдром, но и значительно сократить среднюю длительность заболевания до установления достоверного диагноза. ЭПЖСЖ может быть диагностирована до развития осложнений.

3. Морфологическая характеристика операционного материала показала, что ЭПЖСЖ располагалась только в глубоких слоях стенки желудка (в подслизистом и мышечном) в 75,7%, случаев, что подтверждает низкую достоверность обнаружения абберантной поджелудочной железы по гастробиоптатам.

4. Наличие ЭПЖСЖ и ее функциональная активность приводит к тяжелым воспалительным изменениям слизистой желудка и сопровождается в 86,4% случаях тяжелой и умеренной степенью выраженности гастрита, у 80,5% детей с умеренной и выраженной активностью, вплоть до возникновения острых язв желудка. Обнаружены опасные перерождения желудочного эпителия в виде кишечной метаплазии и очаговой фовеолярной гиперплазии покровно-язочного эпителия с образованием адепоматозных полипов.

5. ЭПЖСЖ в большинстве материала (89,1%) не имеет нормальной гистологической картины, а в 28% случаев соответствует эмбриональному строению. В зависимости от наличия и соотношения структурных компонентов выделено

пять гистологических вариантов. Степень выраженности воспалительных изменений слизистой желудка зависит от соответствия гистологической структуры ЭПЖ и глубины локализации ее в стенке желудка.

6. Необходимо повышать настороженность в отношении наличия ЭПЖСЖ у детей врачей - педиатров, гастроэнтерологов, эндоскопистов при обследовании пациентов с торпидным течением гастропатологии, особенно девочек старшего возраста.

Выводы. 1. Междисциплинарный алгоритм обследования детей с длительным болевым абдоминальным синдромом, с отсутствием эффекта от консервативной терапии должен быть внедрен в практическую работу педиатров, гастроэнтерологов, эндоскопистов, детских хирургов лечебных учреждений всех уровней для усиления принципов взаимодействия и преемственности, для своевременного направления на специализированный этап оказания помощи. 2. Оперативное лечение детей с ЭПЖ необходимо проводить в специализированных детских хирургических отделениях, соблюдая принцип малоннвазивности с применением эндоскопической поддержки. При выполнении оперативного вмешательства, учитывая локализацию ЭПЖ по слоям желудка проводить иссечение образования со стенкой желудка.

3. При морфологическом исследовании операционного материала эктопированной ткани необходимо типировать гистологический вариант ЭПЖ.

4. Своевременная диагностика и радикальное хирургическое лечение ЭПЖСЖ позволяют избежать осложнений и злокачественной трансформации слизистой желудка в зоне ЭПЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аруин Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника Текст. / Л. И. Аруин, Л. Л. Капулярь, В. А. Исаков.- М.: Триада X, 1998.- 496с.
2. Аруин Л. И. Новая международная классификация дисплазий слизистой оболочки желудка Текст. / Л. И. Аруин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2002.- №3. С. 15 -17.
3. Балыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия Текст. / А. С. Балыкин.- М.: Медицина, 1996.- 144с.
4. Баранов А. А. Заболевания органов пищеварения у детей Текст. / А. А. Баранов, Е. В. Климанский, Г. В. Рпмарчук.- М.: Медицина, 1996.- 304с.
5. Заболодский А. Н. Гастроинтестинальная эндоскопия у детей Текст. / А.Н. Заболодский.- М.: Медицина, 2002.- 288с.

Эмомов Х.С., Эмомов Х.С., Махмадов А.И.

ЕДИНЫЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Городской больнице города Леваканд, Хатлонский Область Таджикистан

Актуальность. Кистозные болезни почек — группа наследуемых, врождённых или приобретённых заболеваний, характеризующихся аномалиями структуры паренхимы почек с образованием и ростом единичных или множественных кист размерами от 1 до 10 см и более, что может привести к сдавлению и деструкции почечной паренхимы. Заболевания обычно сопровождаются артериальной гипертензией, гематурией и заканчиваются хронической болезнью почек. Кистозные поражения почек составляют 12-15% среди всех урологических заболеваний (Врублевская Е.Н., 2010) и обнаруживаются у 5-10% больных почечными заболеваниями в терминальных стадиях (Бурцев С.А, 2007). В настоящее время значительно выросла частота диагностики кистозных заболеваний почек, что связано, в первую очередь, с быстрым развитием лучевых методов диагностики, таких как: ультрасонография, компьютерная и магнитно-резонансная томография[1. 24-26].

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения детей с кистозными заболеваниями почек.

Задачи:

1. Изучить результаты диагностики и лечения детей с кистозными заболеваниями почек за период с 2017 г до сегодняшнего.
- 2.. Оценить эффективность разработанных алгоритма диагностики и способов хирургического лечения кистозных заболеваний почек у детей.

Методы и материал исследования. В контрольной группе всем пациентам выполнялись общепринятые клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, иммуноферментный анализ на ВИЧ, HBsAg, гепатит С, RW и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр, оториноларинголог, при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. При проведении обследования пациентов были использованы данные визуализирующих методов обследования с применением современной аппаратуры. Основным методом исследования в обеих группах были ультразвуковые исследования (УЗИ) почек и рентгеновская компьютерная томография (РКТ) почек. Использовались данные высокоинформативных, ультразвуковых методов исследования с применением современной аппаратуры. Ультразвуковые исследования проводились в режиме двухмерной эхографии и доплероэхографии. Рентгеновская компьютерная томография у большинства пациентов группы сравнения и у всех детей исследуемой группы выполнялась с использованием внутривенного и перорального контрастирования. Ультразвуковое исследование почек послужило скрининговым методом диагностики кистозных заболеваний почек и методом отбора пациентов для проведения рентгеновской компьютерной томографии. Также УЗИ почек использовалось в послеоперационном периоде для оценки эффективности хирургического лечения и в качестве динамического скринингового наблюдения за пациентами с кистозными заболеваниями почек [4.45-46]

После выявления кистозного образования почки диагностический алгоритм включал в себя ежеквартальное проведение ультразвукового исследования почек с измерением размеров почки и кистозного образования. При КРК>5% (по результатам УЗИ) или присоединения симптоматики в виде болевого, мочевого, гипертонического синдромов и образования конкрементов в кисте определялись показания для проведения рентгеновской компьютерной

томографии с внутривенным и дигестивным контрастированием. При обнаружении контрастного вещества на дне кистозной полости устанавливался диагноз дивертикула чашечки почки. После установления диагноза дивертикула чашечки почки при наличии симптоматики, прогрессирующем росте кисты с КРК > 5 в течение двухлетнего наблюдения, истончении паренхимы почки, угрозе развития хронической болезни почек, образовании конкрементов в кистозной полости устанавливались показания для хирургического лечения [5.42-43].

Результат. Ультразвуковое исследование при первичном обследовании проведено у 140 детей группы сравнения и 87 - исследуемой группы. Если в группе сравнения диагностическим критерием определения показаний для проведения рентгеновской компьютерной томографии и последующего хирургического лечения помимо симптоматики являлось наличие кистозной полости диаметром более 3 см, то в исследуемой группе, был изменен диагностический алгоритм. Вне зависимости от размеров кистозного образования, динамическое наблюдение над ребенком проводили в течение не менее 1 года, с контрольным ультразвуковым исследованием каждые 6 месяцев.

При наличии симптоматики в виде мочевого, гипертензивного и/или болевого синдромов, а также при наличии прогрессирующего роста кисты не менее чем на 5% по отношению к размерам почки в течение не менее двух лет устанавливались показания для фенестрации кисты почки.

В процессе наблюдения детей с солитарными кистами почек анализировался их рост, появление или исчезновение кист. В группе сравнения ретроспективно, а в исследуемой группе проспективно оценивалось изменение размеров кист по отношению к размерам почки. Данное соотношение было обозначено нами как коэффициент роста кисты (КРК) почки. С целью определения наиболее простого и эффективного способа расчета КРК почки нами было изучено соотношение объема, площади и длины кисты к соответствующим параметрам почки с промежутком в проведении ультразвукового исследования почек через 12 и 24 месяцев от даты выявления солитарной кисты почки. Для чего нами были отобраны по 20 пациентов из обеих групп, у кого наблюдение составило два и более лет.

Вывод. В конце данного раздела необходимо указать, что разработанные диагностические алгоритмы разрешают отказаться от множества обследований у детей с кистозными заболеваниями почек, которые в современных условиях позволяют экономить значительные финансовые средства. В обследование детей с кистозными заболеваниями почек достаточно включить ультразвуковой скрининг почек с интервалом 6-12 месяцев и рентгеновскую компьютерную томографию с контрастированием как определяющее диагностическое исследование перед хирургической операцией, позволяющее дифференцировать кистозные заболевания почек между собой. Помимо этого, применение такого показателя как коэффициент роста кисты, позволяет отказаться от неоправданных хирургических операций у детей не только с солитарными, но и другими группами кист.

Список литературы

1. Акрамов Н.Р., Тахаутдинов Ш.К., Байбиков Р.С. Единый ретроперитонеоскопический доступ в лечении детей с кистозными заболеваниями почек // Сборник материалов Научно-практической Конференции с международным участием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» Казань, 20-22 сентября 2011 г.
2. Акберов Р.Ф. Лучевые методы исследования в диагностике кистозных опухолей почек и осложненных почечных кист / Р.Ф. Акберов, С.С. Шлыков, Е.В. Пузакин, Л.Р. Сафиуллина // Каз. мед. журнал. — 2010. — №2. - С. 232-237.
3. Антонов А.В., Рыкин П.А. Эндовидеоурология - первые результаты // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №2. — С. 10.
4. Врублевская Е.Н., Врублевский С.Г., Коварский С.Л. и Поддубный Г.С. Опыт применения пункционного метода в лечении кистозных образований почек у детей // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2008. - № 33. - С. 45-48.
5. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Рутенбург Г.М. и др. Технология «единого лапароскопического доступа»: новый этап развития эндохирургии или «навязанная необходимость»? (критический обзор) // Эндоскопическая хирургия. - 2011. - №6. - С. 43-46.

Эшпулатова С.С., Хомидов А.З.

ОМУЗИШИ ДИСФУНКСИЯИ ҒАДУДИ АШК ДАР БЕМОРОНИ ПТЕРИГИУМИ МУЛТАҲИМ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2-и МДТ “ДДТХ”. Тоҷикистон.

Мухимият. Пардаи болшакл (pterygium) ин чини секунчашакли ғафсшудаи мултаҳимаи ғӯзаичашм дар қисми дарунии роғи чашм мебошад.

Асоси он дар тарафи чини қавсшакли мултаҳима нигарон ва пайваст аст, қуллаи он бошад, тадричан ба тарафи қарния давом ёфта, биноишро паст мекунад. Пардаи болшакл одатан дар одамони пиронсол ва шахсони дар шароити шамол ва ҳавои моддаҳои кимиёвӣ зарарнок дошта вомерхӯрад.

Птеригиум бемории дистрофии паҳншудаи мултаҳимаи чашм буда, бо авҷгирии бофтаи фиброваскулярӣ аз қисми сатҳ ба қарния майл менамояд, инчунин дар беморон шикоятҳои субъективӣ оид ба дефекти косметикӣ ба назар мерасад [1].

Як қатор таҳқиқотҳо ва маълумотҳои илмӣ новобаста аз яқдигар тасдиқ кардааст, ки бемории Птеригиум дар натиҷаи омилҳои гуногун пайдо мешавад. Омилҳои муҳити истеҳсоли ба пардаи луобии чашм таъсир расонида варамро ба вучуд меорад. Бар иловаи ин, таъсири тўлонии комплекси омилҳои зараноки истеҳсоли метавонанд, ки ҳассосияти мултаҳима ва қарнияро паст кунанд. Новобаста аз гузаронидани таҳқиқотҳои зиёд ва омўштани сабабҳои омилҳои ин беморӣ то ҳол сабаби асосии пайдоиши ин беморӣ ва вобастагии синдроми чашмони хушк оид ба пайдошавии Птеригиум мафҳум боқӣ мондааст [2].

Аз тарафи бисёр олимони нишон дода шудааст, ки тағйироти ҳолати анатоми-физиологии қисмати рӯйи чашм бо тақсимшавии пардаи ашк вобастагӣ дорад. Вобаста ба ин таҳқиқотҳои умумии субъективӣ ва объективӣ аломатҳои хушкшавии чашм, муоинаи узвҳои ашкҳосилкунанда, ва ҳамзамон ҳолати пардаи ашкӣ ҳангоми даридан гузаронида шудааст [3,4].

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши дисфунксияи ашк бо авчгирии Птериgium дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникӣ дар ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои ба даст овардани мақсади гузошташуда дафтари қайди беморони бемориҳои чашми Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникӣ дар ноҳияи Данғара дар солҳои 2022-2023 ба пуррагӣ омӯхта шуд. Ҳамаи маълумотҳои ба дастовардашуда бо ёрии барномаи компютерии MS Excel коркард карда шуд. Мавриди таҳқиқоти мазкур 27 беморони гирифтори бемории Птериgiumи авчгиранда, ки табобати амбулаторӣ гирифтаанд, қарор гирифт. Миқдори зиёди беморон - 21 нафар (77,8%) аз деҳаҳо ва 6 нафар (22,2%) аз шаҳрак буданд. Беморони чинси мард 17 (62,9%) нафар ва беморони чинси зан 10 (37,1%) нафар буданд. Синну соли миёнаи беморони муоинашудаба 37 баробар буд. Давомнокии беморӣ аз 2 сол то 10 солро дар бар мегирифт. Беморон вобаста аз рӯи тароршавии беморӣ (ретсидив) ба 4 гурӯҳ тақсим карда шуданд:

Гуруҳи 1 - 10 чашми муоинашуда (37,1%), тақроршавии беморӣ 1 маротиба;

Гуруҳи 2 - 8 чашми муоинашуда (29,6%), тақроршавии беморӣ 2 маротиба;

Гуруҳи 3 - 6 чашми муоинашуда (22,2%), тақроршавии беморӣ 3 маротиба;

Гуруҳи 4 - 3 чашми муоинашуда (11,1%), тақроршавии беморӣ 4 маротиба;

Барои омӯзиши ашкхосилшавӣ тести Ширмера бо истифода аз хатҳои махсуси қоғазӣ ҷолоишӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон дод, ки дар аксари беморон инчунин дар ҳамаи гуруҳҳои таҳқиқшаванда аломатҳои клиникӣ хушкшавии чашм, ҳисси ҷисми бегона, ашкрезӣ, сӯзиш ба назар расид. Муайян карда шуд, ки нишондиҳандаи миёнаи коэффитсиенти индекси ҳолати сатҳи чашм (OSDI) ба таври назаррас дар ретсидивҳои муоинашуда афзудааст. Нишондиҳандаи миёнаи коэффитсиенти индекси ҳолати сатҳи чашм (OSDI) дар беморон чунин ба назар расид:

Гуруҳи 1 – $18,15 \pm 1,25$;

Гуруҳи 2 – $24,27 \pm 2,55$;

Гуруҳи 3 – $26,44 \pm 2,16$;

Гуруҳи 4 – $29,23 \pm 1,32$;

Аз рӯи натиҷаҳо нишондиҳандаҳои баланд дар беморони таҳқиқшавандаи гуруҳҳои 3-4 ба назар мерасид.

Нишондиҳандаҳои ашкхосилшавӣ бошад, дар гуруҳҳо чунин ба назар мерасид:

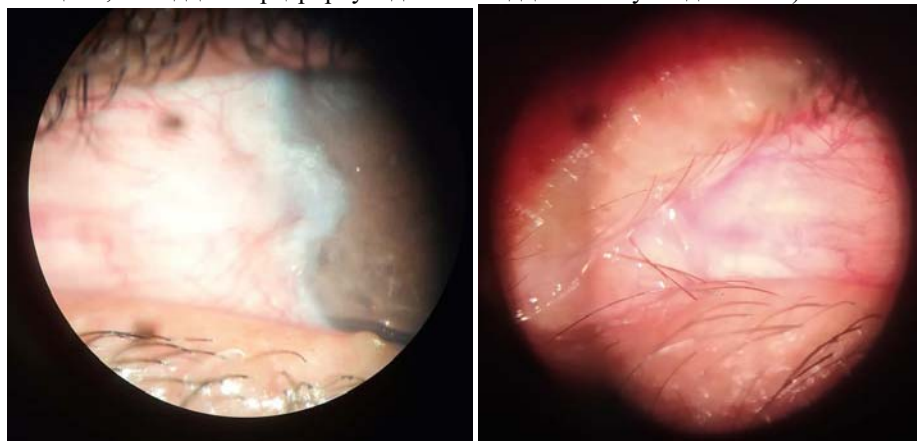
Гуруҳи 1 – $16,85 \pm 1,19$;

Гуруҳи 2 – $16,58 \pm 0,96$;

Гуруҳи 3 – $16,60 \pm 0,72$;

Гуруҳи 4 – $16,13 \pm 1,16$;

Ба ҳамаи беморон бо мақсади гирифтани птериgiumи авчгиранда бо пластинкаи аутоконъюктивӣ амалиёти гузаронида шуд. Бо мақсади омӯختани пайдоиши аломатҳои хушки чашм, баъди амалиёти ҷарроҳӣ истифодаи маводҳои доруворӣ барои профилактикаи бемории сироятӣ ва илтиҳобӣ таъин карда шуд (ба монанди зиддисироятӣ, зиддиилтиҳобӣ, маводҳои барқароркунада ва маводҳои ивазкунандаи ашкӣ).



Хулоса. Ҳамин тариқ, аломати хушкии чашм бо Птериgiumи авчгиранда дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникӣ дар ноҳияи Данғара муайян карда шуда, дар бисёри беморони таҳқиқшуда хушкии чашм бо ҳиссиёти субъективи беморон ба ҳисси ҷисми бегона, шикоят ба обравӣ, хориш ва сӯзиш, ки ҳангоми таъсири муҳити беруна шамол, ҷангу хок зиёд мегардад. Таҳлили нишондоди аломати хушкии чашм ба Птериgiumи авчгиранда, бо истифодаи маводҳои моеи ашкӣ ҳолати авчгирии беморонро ва аломатҳои субъективиро паст мегардонад ва ба беморони гирифтори касалии мазкур тавсия дода мешавад.

Адабиёт.

1. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Птериgium. Этиопатогенез, клиника, лечение. – Волгоград: Панорама, 2018. – 96 с. [Petravskiy AV, Trishkin KS. Pterygium. Etiopatogenez, klinika, lecheniye. Volgograd: Panorama; 2018. 96 p. (In Russ.)]
2. Маложен С.А., Труфанов С.В., Крахмалева Д.А. Птериgium: этиология, патогенез, лечение // Вестник офтальмологии. – 2017. – Т. 133. – № 5. – С. 76–83. [Malozhen SA, Trufanov SV, Krahmaleva DA. Pterygium: etiology, pathogenesis, treatment. Vestnik oftal'mologii. 2017;133(5):76-83. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/oftalma2017133576-83>.
3. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Патогенетическая связь птериgiumа и синдрома сухого глаза (клинико-цитологическое исследование) // Вестник офтальмологии. – 2014. – Т. 130. – № 1. – С. 52–56. [Petravskii AV, Trishkin

KS. Pathogenetic relationship between pterygium and dry eye syndrome (clinical and cytological study). *Vestnik oftalmologii*. 2014;130(1):52–56. (In Russ.)]

4. Ishioka M, Shimmura S, Yagi Y, Tsubota K. Pterygium and dry eye. *Ophthalmologica*. 2001;215(3):209–211.

Юлдошев Р.З., 1Джамshedов Д.Ш., 2Рахимов Н.Г.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА АНГИОАРХИТЕКТониКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА-ЭНДОДИАФНОСКОПИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ТИПА ЛЮИСА

¹Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. По оценкам GLOBOCAM международного агентства по изучению рака в 2020 году было выявлено 604000 новых случаев рака пищевода и 544000 случаев смертей во всем мире. В странах западной Европы и США установлено ежегодное 5%-й прирост заболеваемости. Ежегодно в США диагностируется более 17000 новых случаев рака пищевода (РП), примерно 15850 смертей от этой недуги, что свидетельствует о агрессивном клиническом течение РП [4,5]. В Российской Федерации рак пищевода составляет 3% среди всех неопластических процессов [1,2].

В Таджикистане в 2020г было выявлено 221 новых случаев заболевания раком пищевода. Это составляет 3% среди всех злокачественных новообразований (7-место в структуре онкозаболеваемости). Стандартизированный показатель заболеваемости в 2020г. был следующим: среди мужчин $3,4 \pm 0,09$, среди женщин $1,1 \pm 0,03$ случаев в год на 100 тыс. населения. Удельный вес РП в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 2,4% среди мужчин и 0,6% среди женщин. Для мужчин средний возраст заболевших составил 63,9 лет; для женщин - 70,9 лет. Число умерших от РП в 2020 г. достигло 110 человек [3].

Лечение рака пищевода зависит от локализации опухоли и стадии заболевания. Хирургическое лечение заключается в резекции пищевода (субтотальная эзофагэктомия) с пластикой целым желудком, стебелью из большой кривизны или частью ободочной кишки.

Хирургическое лечение рака пищевода имеет 2 этапа - этап резекционный и этап реконструктивный. Результаты как ближайшие, так и отдалённые непосредственно зависят от всех этапов, но значение реконструктивного этапа высока.

При перемещении желудка из абдоминальной области в плевральный, после обработки основных магистральных артерий (левая желудочная артерия и левая желудочно-сальниковая артерия) нормализация микроциркуляции наступает на 4-5 сутки [2]. Сохранение адекватного кровоснабжения после транспозиции желудка имеет огромное клинико-прогностическое значение, в связи с этим мы считаем изучение особенностей кровоснабжения желудка является актуальным.

Целью настоящей работы являлось изучение эффективности эндо-диафаноскопии желудка для оценки ангиоархитектоники желудка и определения зоны эзофаго-гастроанастомоза у больных раком пищевода.

Материал и методы. Настоящее исследование проводилось на клинической базе отделения абдоминальной хирургии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ. 2023 году.

Данное нововведение было применено у **15(50%)** больных основной группы, у которых имело место дисфагия II и III степени, когда проходимость ракового канала для тубуса бронхоскопа было доступно.

Нами анализирована интраоперационная и послеоперационная результативность нововведения у 15 больных основной группы. В качестве основных факторов прогноза анализу подверглись появление гематомы в зоны анастомоза, цвет анастомоза, степень ишемизации.

Нами предложен «Способ эндо-диафаноскопии желудка для оценки ангиоархитектоники желудка и определения зоны эзофаго-гастроанастомоза у больных раком пищевода». С целью полноценного сохранения кровоснабжения трансплантата необходимо обеспечить целостность правой желудочной артерии и вены, а также правый желудочно-сальниковый артерии с веной.

Хирургическое лечение рака пищевода имеет 2 этапа - этап резекционный и этап реконструктивный. Результаты как ближайшие, так и отдалённые непосредственно зависят от всех этапов, но значение реконструктивного этапа высока.

При перемещении желудка из абдоминальной области в плевральный, после обработки основных магистральных артерий (левая желудочная артерия и левая желудочно-сальниковая артерия) нормализация микроциркуляции наступает на 4-5 сутки. Сохранение адекватного кровоснабжения после транспозиции имеет огромное значение.

Для определения ангиоархитектоники всего желудка, особенно проксимальных сегментов передней и задней стенки желудка мы применяли следующую методику, хотя во врачебном арсенале имеется медицинских аппаратур, из-за ограниченности ресурсов (медицинской технологии) наш коллектив внедрил доступный метод визуальной оценки ангиоархитектоники желудка, который предназначен для замещения резецированной части пищевода, суть которого заключается в следующем: во время абдоминального этапа, после мобилизации желудка с сохранением правых желудочных сосудов после опорожнения желудка, промывания раствором фурацилина зонд из желудка временно удаляется, при необходимости воздух из манжетки интубационной трубки выпускается, в просвет желудка водиться тубус бронхоскопа (раковый канал пищевода не всегда проходим для тубуса гастроскопа, связи с чем мы использовали бронхоскоп).

На уровне нисходящей части дуоденума накладывается зажим Сатинского, для того чтобы воздух введённый в просвет желудка не эвакуировался в кишечный тракт и наступает равномерное расширение всего желудка и верхнегоризонтальной части дуоденума. При просвечивании стенки желудка отчётливо прослеживается ангиоархитектоника всех сегментов желудка, как передней так и задней стенки.

Приблизительно определяя место формирования соустья (зона эзофаго-гастроанастомоза) накладываем два серозно-мышечных швов (швы метки). При этом следует сохранить целостность артерио-венозного ствола - зона предполагаемой гастротомии - зоны анастомоза, она должна оставаться интактным.

Цель вышеуказанного приема: оценка кровообращения зона предполагаемой соустья и сохранения целостности сосудов этой зоны, профилактика интрамуральных гематом и ишемизации зоны анастомоза.

Предлагаем интраоперационные фотоснимки больного раком пищевода в процессе диафаноскопии.

Интраоперационный фотоснимок целого желудка, предназначенный для замещения резецированной части пищевода, до диафаноскопии.

Как видно на представленном снимке сосудистый сеть желудка чётко определяется только по малой и большой кривизне желудка, а предполагаемая зона соустья – это дно или верхняя треть тело желудка, по передней стенки.



Рисунок 1. Мобилизованный желудок.

После эндодиафаноскопии отчётливо визуализируются вся сосудистая сеть всех отделов желудка. На интраоперационном фото снимке ярко визуализируется основные артериальные и венозные стволы, а также отходящие от них сегментарные сосуды, их диаметр, зоны анастомозирования между артериями малой и большой кривизны.

При сравнительном анализе визуальной оценки состояние ангиоархитектоники стенок желудка с применением эндодиафаноскопии и без применение отчетливо прослеживается преимущество предлагаемого метода.

При ретроспективном анализе полученных результатов этой группы больных нами было установлено, что из 15 больных появление гематомы в зоне анастомоза, ишемизация анастомозированных участков не имело место.

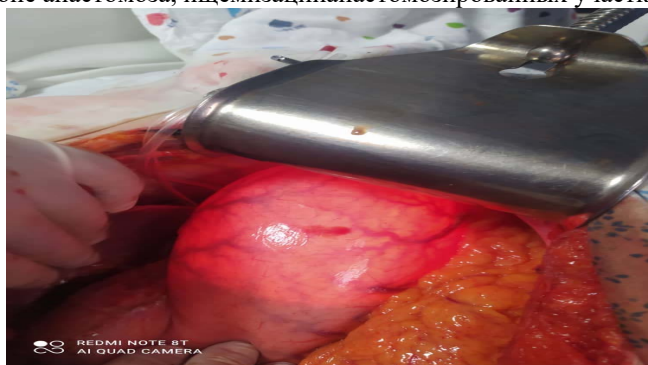


Рисунок 2. Визуальная оценка ангиоархитектоники передней стенки желудка.

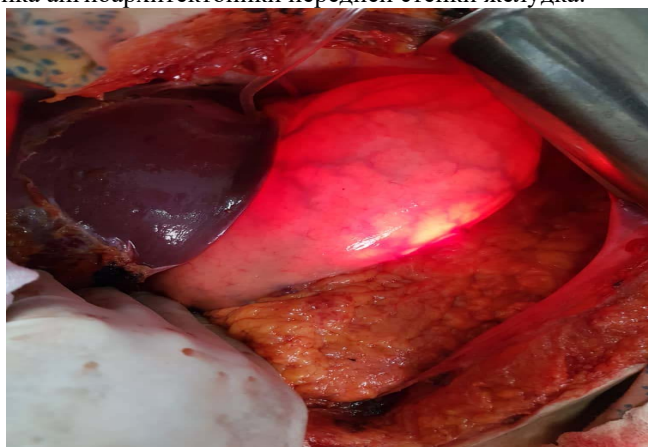


Рисунок 3. Визуальная оценка ангиоархитектоники проксимальной части желудка.

В тоже время у 15(50%) больных контрольной группы у 3(20,0%) имело место гематомы от 1.0 до 2см

и у 2 (13,0%) пациентов отмечено признаки ишемизации зоны анастомоза. При изучение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечение также имели различии. Из 15 больных, у которых была применена эндодиафаноскопия, несостоятельность не имела места, в тоже время у больных без эндоскопической диафаноскопии у 2 (13,0%) диагностировано дегерметизация пищеводно-желудочного анастомоза.

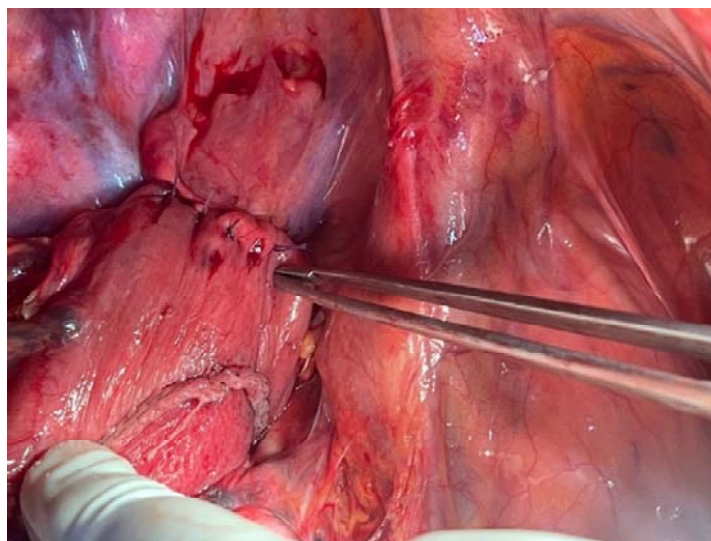


Рисунок 4. Признаки ишемизации зона анастомоза в стенки желудка у больных контрольной группы.

Анализ полученных результатов в очередной раз подтверждает эффективность предложенного метода оценки состояние ангиоархитектоники стенки желудка - зоны предполагаемого анастомоза, для снижение количество интра и послеоперационных осложнений.

Выводы. Предложенный «Способ эндо-диафаноскопии желудка для оценки ангиоархитектоники желудка и определения зоны эзофаго-гастроанастомоза» даёт оценка кровообращения зона предполагаемой соустья и сохранения целостности сосудов этой зоны, профилактика интрамуральных гематом, ишемизации зоны анастомоза и несостоятельности анастомоза при операции по поводу рака пищевода.

Литература

1. Алахвердиан А.С. Резекция проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода при кардиоэзофагиальном раке комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом: некоторые особенности и ближайшие результаты / А.С. Алахвердиан // Эндоскопическая хирургия – 2016. №3. – С3-5.
2. Стилиди И.С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода / И.С. Стилиди, В.Ю. Бохян, М.Д. Тер-Ованесов // Практическая онкология. -2018. Том 4. №2. –С. 70-75.
3. Юлдошев Р.З. и др Хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода. // Журнал гастроэнтерология. -2016. №2. – С 35-42.
4. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 / J. Ferlay [et al.] // Int J. Cancer. – 2015. – Vol. 136, N 5. – P. 359-386.
5. D'Journo X.B., Thomas R.A. Current management of esophageal cancer // J. Torac. Dis. -2014.- N6. –P.253-264.

Юлдошева М.У., Кодирова С.Г., Юлдошева М.У.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МНОГОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

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

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Ведение беременных женщин с многоводием является актуальной проблемой современного акушерства, так как многоводие относится к одному из серьезных осложнений беременности, нарушающих фетоплацентарный гомеостаз и обуславливающий высокий риск перинатальной патологии и смертности [2,3]. Достижения современной медицины в лечении многих соматических заболеваний привело к реальной перспективе вынашивания беременности теми женщинами, которым ранее прерывание беременности было категорически противопоказано. Тем не менее, ведение пациенток с экстрагениральными заболеваниями сопряжено с рядом трудностей [1, 2]. В подавляющем большинстве случаев во время беременности течение уже имеющихся экстрагениральными патологий ухудшается и прогрессирует. Это связано с иммунной перестройкой материнского организма и изменениями в эндокринной регуляции, а также с увеличением потребления железа женским организмом. У 14–32 % женщин экстрагениральные патологии являются причиной осложнённого течения беременности и родов[4,3].

Немаловажное значение в лечении имеет охранительный режим и коррекция питания с применением препаратов растительного происхождения, подобранным индивидуально для каждой беременной. Знание особенностей течения беременности при различных заболеваниях, тщательное совместное наблюдение акушером-гинекологом и смежным специалистом, своевременное предупреждение осложнений позволит свести до минимума неблагоприятные исходы для матери и плода.

Цель исследования. Изучение структуры экстрагениальной патологии у беременных женщин с многоводием.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 118 истории родов беременных женщин с многоводием, которые составили основную группу (n-118), группу сравнения составили 86 беременных женщин (n-86), у которых патологии околоплодных вод не наблюдалось. В карту исследования были занесены возраст женщин, акушерский и гинекологический анамнезы, данные УЗИ доплерометрии плода, индекса амниотической жидкости и общеклинические методы исследования.

Критерии исключения: многоплодная беременность, синдром задержки развития плода 3 степени, экстрагенитальная патология у беременной женщины в стадии декомпенсации.

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастная группа исследуемого контингента была следующая: первородящие - 39 (33%), наибольшую группу представляли повторнородящие женщины 60% (72). Среди обследованных женщин, в основной группе почти у всех была выявлена экстрагенитальная патология, которая составила 86 (72,8%) случаев. Наиболее часто встречались патология почек и мочевыводящих путей 39 (33,0%), из которых доля впервые диагностированного пиелонефрита составляла 18- (15,2%), хронического пиелонефрита в стадии нестойкой ремиссии и обострения 12 (10,1%) и бессимптомной бактериурии 9- (7,6%). В группе сравнения гестационный пиелонефрит отмечался у 12 (13,9%) женщин. У 3 (3,4%) женщин отмечалась бессимптомная бактериурия, что по сравнению основной группой намного меньше. Беременные женщины с патологией мочевыделительной системы относятся к группе высокого риска внутриутробного инфицирования и перинатальных осложнений, таких как внутриутробная гипоксия плода и синдром задержки развития плода. На втором месте занимает патология щитовидной железы: диффузное увеличение 1-2 степени отмечалось у 11 (12,0%) женщин, а в группе сравнения составило 5 (5,8%) случаев, варикозная болезнь нижних конечностей у 9 (7,6%) женщин в основной группе, в группе сравнения это показатель составил 2 (1,6%) случаев. Заболевания желудочно-кишечного тракта отмечалось у 5 (4,2%) женщин, а в группе сравнения составила 1 (1,1%), патология органов зрения в основной группе у 2 (1,6%) женщин, а в группе сравнения отсутствовала. Патология сердечно-сосудистой системы отмечалась у 3 (2,5%) женщин, в группе сравнения не отмечалось. Сахарный диабет в основной группе отмечался у 3 (3,2%) у женщин, в группе сравнения не было выявлено.

При изучении гестационного процесса в структуре осложнений настоящей беременности хроническая фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода диагностировалась у 56 (47,4%) пациенток, в группе сравнения отмечалось у 15 (17,4%), у 64 (54,2%) больных было внутриутробное инфицирование плода (ВУИ), в группе сравнения – 8 (9,3%) случаев, анемия беременных в основной группе было выявлено у 28,3% женщин, в группе сравнения составила 12,3 % случаев. Угроза прерывания беременности на разных сроках – у 23,3% в основной группе и в группе сравнения отмечалось у 3,55 женщин, гипертензивные расстройства отмечались у 17,8% беременных женщин основной группы, в группе сравнения не было.

Выводы. Таким образом, изучая структуру причин многоводия у беременных женщин было выявлено значительное количество экстрагенетальных заболеваний. Вследствие этого необходимо своевременное становление на учет и тщательное клинико-лабораторное обследование с последующим лечением.

Список литературы

1. Человечкова К.Д. Анализ структуры экстрагенитальной патологии среди беременных женщин в Иркутской области / Человечкова К.Д., Жербакова А.Ю., Комарова А.Е. // Журнал Актуальные вопросы современной медицины, 2021, Россия, стр. 158-161.
2. Сидоренко В.Н. Современный взгляд на этиологию маловодия и многоводия инфекционного фактора / Сидоренко В.Н.1, Бугров В.Ю.2, Клецкий С.К.3, Сахаров И.В. // Ж. Медицинские новости, 2018, №4, стр. 54-59.
3. Клычева О.И. / Морфофункциональные особенности состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с синдромом задержки развития плода // Современный научный вестник. – 2016. – Т. 10, № 1. – С.54-58
4. Волчкова М.А. / Структура экстрагенетальной патологии у беременных // Ивановской медицинской академии, т. 26, №2, 2021

Юлдошева М.У., Олимова Ф.З.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

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

Актуальность. Гиперплазия эндометрия — это гормонально-зависимое заболевание, сопровождающееся аномальным разрастанием желез эндометрия по отношению к строме эндометрия. Актуальность проблемы гиперплазии эндометрия в первую очередь связана с высоким риском злокачественной трансформации [2, 3]. По данным ВОЗ, заболеваемость раком тела матки в мире составляет 10,1 на 100 000 женщин. Следует отметить, что риск малигнизации атипичской гиперплазии увеличивается с возрастом, пик приходится на возраст старше 60 лет [4].

По данным ВОЗ за 2014 г. различают 2 категории гиперплазии эндометрия: гиперплазия без атипии и атипичная гиперплазия/эндометриоидная интраэпителиальная неоплазия [1]. В 2020 г. зарубежные исследователи представили убедительные доказательства, что гиперплазия эндометрия должна восприниматься как предшественник рака эндометрия, и, если ее не лечить, она может прогрессировать в рак или сосуществовать с раком. Такие факторы, как ятрогенная стимуляция эндометрия, вызванная длительным приемом заместительной терапии эстрогенами или тамоксифена, длительная ановуляция в перименопаузе либо при синдроме поликистозных яичников, эстрогенпродуцирующие опухоли яичников, отсутствие родов в анамнезе, раннее менархе, поздняя менопауза способны привести к нарушению апоптозной регуляции клеток эндометрия и возникновению гиперпластических процессов [5,6]. Несмотря на существующие современные методы диагностики и лечения, гистологические рецидивы гиперплазии эндометрия остаются высокими, борьба с ними и выявление предрасполагающих факторов к их возникновению остаются приоритетной проблемой для общественного здравоохранения.

Цель исследования. Выявить клинико-анамнестические особенности развития гиперпластических процессов эндометрия у пациенток разных возрастных групп.

Материал и методы исследования. Было проведено проспективное исследование 110 женщинам с гиперпластическими процессами эндометрия. Все пациентки были разделены на две группы: I - основная группа (возраст менопаузы: 40-60 лет) состояла из 62 и II - группа сравнения (возраст от 19 до 39 лет), состояла из 48 пациенток. Всем больным были проведены опрос, измерение массы и роста тела, гинекологический осмотр, определение уровня глюкозы в крови, УЗИ органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание матки с последующим патогистологическим исследованием.

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастная структура в основной группе составила $32,7 \pm 3,2$ года и в группе сравнения составила $50,2 \pm 2,4$ года. В ходе анализа акушерского анамнеза у 16 (25,8%) женщин в основной группе отмечены самопроизвольные выкидыши, в группе сравнения этот показатель составлял 11 (17,7%) случаев. Из перенесенных манипуляций, у 16 (25,8%) женщин основной группы отмечались в анамнезе диагностическое выскабливание матки по поводу гиперпластических процессов эндометрия. В группе сравнения это показатель составил 8 (16,6%) случаев. Из соматических заболеваний в основной группе у 21 (33,8%) пациенток отмечалась гипертоническая болезнь, в основном легкой и умеренной степени, в группе сравнения данное заболевание диагностировано у 7 (14,5%) больных. Среди эндокринных нарушений у 17 (27,4%) пациенток основной группы имелись повышенная масса тела и 5 (8,0%) ожирение. В группе сравнения пациенток с повышенной массой тела не отмечалось. А также в основной группе страдали сахарным диабетом 19 женщин (30,6%), в группе сравнения не было данной патологии. Заболевания щитовидной железы также чаще встречались среди пациенток основной группы – 32 (51,6%) против 12 (25,0%) в группе сравнения. Среди жалоб у пациенток I группы чаще встречались жалобы на обильные и длительные менструации, а среди пациенток II группы – на боли внизу живота, обильные и нерегулярные месячные, контактные «кровомазания». В структуре гиперпластических процессов I группы у всех в соскобах была представлена гиперплазия эндометрия без цитологической атипии: у 70 (63,6%) простая гиперплазия эндометрия и у 39 (30,9%) сложная гиперплазия. Атипичная гиперплазия была выявлена у 6 (5,4%) пациенток.

Анализ показал, что среди пациентов с гиперпластическими процессами эндометрия преобладают пациентки перименопаузального возраста, что усугубляет течение гиперпластического процесса за счет более частого повышения среди них массы тела, чем в молодом возрасте, наличия гипертонической болезни и сахарного диабета.

Выводы. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что факторам риска развития гиперпластических процессов в возрасте 18–40 лет относятся нарушения менструального цикла, связанные с гормональным дисбалансом. Среди пациенток группы 42–55 лет факторами риска являются повышенная масса тела и ожирение, патология эндокринной системы, а также гипертоническая болезнь. Вследствие этого необходимо проводить женщинам с гиперплазией эндометрия исследование уровня глюкозы в крови, гормонов щитовидной железы, мониторинг артериального давления.

Список литературы

1. Лызикова Ю.А. Гиперпластические процессы эндометрия в постменопаузе / Ю. А. Лызикова, А. Н. Лызиков // Журнал Клиническая медицина, №18 (1), 2021, стр. 48-54.
2. Габидуллина Р.И. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток / Р.И. Габидуллина, Г.А. Смирнова, Ф.Р. Нухбала, Е.В. Валеева, Ю.И. Орлова // CONSILIUM MEDICUM 2019 | том 21 | №6, стр. 21.
3. Wang Y, Nisenblatt V, Tao L et al. Combined estrogen-progestin pill is a safe and effective option for endometrial hyperplasia without atypia: a three-year single center experience. J. Gynecol Oncol. 2019; 30 (3).
4. Travaglini A, Raffone A, Saccone G et al. / Endometrial hyperplasia and risk of coexistent cancer: WHO versus EIN criteria. // Histopathology 2019; 74 (5): 676–87.
5. Чистякова Г.Н. Гиперплазия эндометрия: классификация, особенности патогенеза, диагностика (обзор литературы) / Чистякова Г.Н., Гришкина А.А., Ремизова И.И. // Журнал Проблемы репродукции, №5, 2018, стр. 53-57.
6. Mitsuhashi A, Shozu M. New therapeutic approaches for the fertility-sparing treatment of endometrial cancer. The Journal of Obstetrics & Gynecology Research. 2020;46 (2):215–222. <https://doi.org/10.1111/jog.14155>.

Юнусов И.А., Махмаджонов Б.К., Мамадиев З.А.

PRP-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

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

Актуальность. Травмы являются одним из причин развития артроза. При незначительной травме коленного сустава возникает нарушение трофики и иннервации сустава, что приводит к дегенеративным процессам у артроза [2]. По данным статистики, наибольшему травматизму подвержены мужчины в возрасте 20–40, женщины в возрасте 30–60 лет. В структуре травм ведущее место занимают травмы коленного сустава, реже встречаются травмы голеностопного, локтевого и плечевого суставов. Патогенез посттравматического и других вторичных артрозов на конечных стадиях развития сходен. Хрящ теряет свою упругость, становится шероховатым, в нем появляются трещины с обнажением кости. Существующие на сегодня способы лечения посттравматического артроза (ПТА) направлены на реализацию одной цели замедлить дегенеративные процессы, происходящие в поврежденном суставе, и включают как консервативные и хирургические методы (показаны при тяжелой степени заболевания) [1,3,4]. Консервативные методы: прием НПВС, ангиопротекторов, внутрисуставное введение ингибиторов протеолиза, препаратов гиалуроновой кис-

лоты и хондропротекторов; немедикаментозные: разгрузка и покой сустава, ЛФК, массаж, физические методы, игло-рефлексотерапия, кислородотерапия, бальнеологическое лечение) - наиболее эффективны и направлены на купирование боли, устранение мышечной и артрогенной контрактуры, восстановления функции сустава, коррекцию внутрисуставных нарушений и стимуляцию метаболизма в организме. Необходимо отметить, что существующие методы консервативного лечения посттравматических артрозов имеют ряд недостатков, к которым относятся непроницаемость препаратам и их дороговизна препаратов, длительный курс лечения, что вызывает дополнительную травму, и к сожалению, нестойкий результат - около 3 - 4 месяцев. В качестве нового и безопасного биостимулятора, действующего на всю цепочку регенерации и на все ткани одновременно - кость, хрящи, мышцы, применяется тромбоцитарная аутоплазма в виде интра- и периартикулярной инфильтрации. Этот метод получил название PRP-терапия. Простой интерес к аутоплазме содержанием в тромбоцитах многочисленных факторов роста и цитокинов, которые способствуют поврежденным тканям. Свыше 30 ростовых факторов выявлено в гранулах тромбоцитов. Они влияют на восстановление всех тканей сустава одновременно. Наибольшее значение имеют: тромбоцитарный фактор (PDGF) - стимулирует хемотаксис, митогенез фибробластов, синтез коллагена; фактор роста эндотелия (PDEGF) - оказывает стимулирующее действие на эндотелиальные клетки; трансформирующий фактор (TGF - β) последний представляет собой большую группу белков, некоторые из них и морфогенезируют клеточную пролиферацию и дифференцировку недифференцированных клеток в остеобласты, синтез внеклеточного матрикса кости и ингибируют его деградацию и др. факторы роста [2,3,4].

Материалы и методы исследования. Материалы исследования составили 105 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с тяжелыми деформирующими артрозами коленного сустава различной этиологии. Все пациенты проходили курсы консервативной реабилитационной терапии. У подавляющего большинства пациентов значительного улучшения не отмечено. При этом относительное большинство пациентов были с деформирующими артрозами. Из всех пациентов больных с посттравматическими артрозами было 95. у 40 пациентов имели место идиопатические артрозы коленного и тазобедренного суставов остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Всем пациентам применено PRP-терапия. Лечение пациентов с применением инъекционной PRP-терапии получали путем забора венозной крови пациента (14 мл) в специальные Режим центрифугирования составил 3500 об / мин в течение 3 минут на центрифуге «Ependorf» (аутоплазмы проводились интра- и периартикулярно по 5,010,5 мл в область одного сустава - 10 дней, курс 3-5 процедуры 1-2 раза в год.

Результаты исследования. Сравнительная оценка эффективности лечения посттравмы с применением инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы производилась у 105 от 40 до 70 лет с диагнозом посттравматический деформирующий артроз коленного сустава I - II стадии PRP-терапии стали показатели Боль», «Скованность», функциональная кость - WOMAC, которые оценивались до лечения, в ближайшем периоде через 1, 3, 6 месяцев, а также в виде от сроков от одного года до трех лет после лечения.

Результаты исследования инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы значительно улучшают качества с артрозами, что подтверждалось как субъективной оценкой самих обследуемых, которые отмечали жжение болевого синдрома, восстановление функции сустава, уменьшение интенсивности показателя «Боль через 1 месяц отсутствует» показатель составил в 2 раза и достигла наименьших значений к году лечения снизилась в 1,2 раза, что в 3 раза меньше по сравнению с показателями до начала лечения. При анализе показателя составил в среднем $70,12 \pm 4,55$ зарегистрировано достоверное снижение показателя через месяц от начала снижения показателя на сроках 3 и 6 месяцев на 26% соответственно в 1,8 и 2,3 раза и оставался от одного года до трех лет от начала лечения. Данные биомеханического опорной функции нижних конечностей, сенсорного баланса в вертикальной стойке после функциональной реабилитации таким образом, применение PRP-терапии в артрозах крупных суставов способствует восстановлению функции сустава, что сопровождается увеличением объема движений уменьшением боли, улучшение опоры нижних конечностей, а также удлинением периода ремиссии.

Список литературы:

Osteoarthritis: Biological Effects, Clinical Efficacy, and Safety on Glucose Metabolism /

1. Salazar Jet 14 - C. 432-463 .oarthritis pathogenesis : therapeutic implications / L . Pulsatelli [et al .] // ThecAds Chic Dis ents are involved in reversible and irreversible cartilage degradation in osteoarthritis / A.C . Bay matolInt . - 2010.- № 4.-P. 435-442 .mechanical factors in osteoarthritis / F . Guilak // Best Pract Res ClinRheumatol - 2011. - 6 .

Юнусов И.А., Махмаджонов Б.К., Мираков Б.Т.

ЛЕЧЕНИЕ КОКСАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОБСТВЕННОЙ ПЛАЗМЫ, НАСЫЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ (PRP)

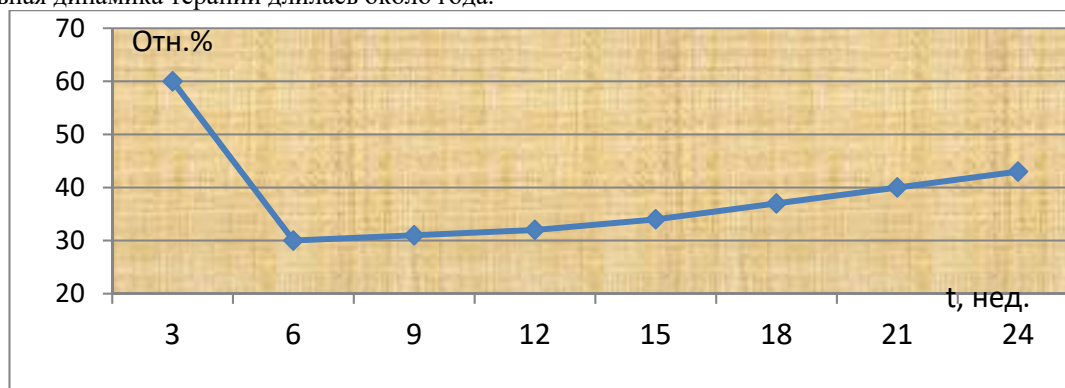
Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

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

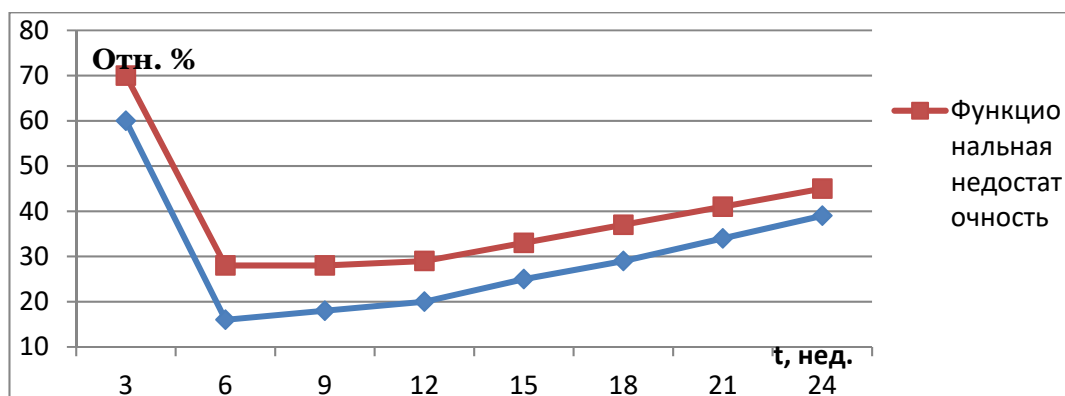
Актуальность. Коксартроз относится к наиболее распространенным патологиям тазобедренного сустава. На долю этого заболевания приходится от 39 до 48% всех случаев ортопедических нарушений. Недуг существенно снижает качество жизни человека и приводит к инвалидизации. Несмотря на существующие методы лечения, создается необходимость о разработке более эффективных методов лечения артрозов. Одним из таких направлений является применение плазмы обогащенной тромбоцитами (PRP). Метод PRP заключается в проведении лечебных инъекций аутоплазмы (собственной плазмы пациента) в форме аутогеля, обогащенной живыми тромбоцитами в высокой концентрации в суставе. Тромбоциты являются уникальными природными источниками факторов роста, которые стимулируют активацию синтеза важнейших соединительнотканых компонентов, входящих в состав связок и хрящей – собственного фибрина, коллагена, хондроитина. Активирует собственные стволовые клетки пациента, обладают высоким противовоспалительным эффектом. Положительной особенностью метода является легкое и быстрое приготовление аутогеля готового к введению методом скоростного центрифугирования.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе клиники ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедре травматологии и ортопедии в 2018-2022 годах. Под наблюдением находились 35 больных с односторонним (26 больных) и двусторонним (9 больных) коксартрозом I и II-й степени. Диагноз поставлен на основе рентгена, КТ и МРТ тазобедренных суставов. Средний возраст больных составляет 56 лет, длительность заболевания около 5 лет. Интенсивности болевого синдрома определяли по индексу WOMAC. Функциональное состояние сустава определяли по альгофункциональному индексу Лекена. Инъекции аутоплазмы проводили передним доступом по 4.0–6.0 мл в полости тазобедренного сустава в асептических условиях с семидневным интервалом пятикратно.

Результаты исследования. При оценке показателей боли и по WOMAC и индекса Лекена в процессе лечения PRP у обследованных больных на протяжении 6-и недель болевой синдром уменьшился на 84.0 %, а по функциональной недостаточности на 70.2 %. Начиная с 12-й недели значения индекса Лекена по всем критериям плавно увеличивались, достигнув к 24-й недели на 61,3%, а по функциональной недостаточности на 53,4 %. Динамика величины альгофункционального индекса Лекена (в процентах к исходному уровню) при проведении терапии PRP показал, что положительная динамика терапии длилась около года.



Динамика величины альгофункционального индекса Лекена (в процентах к исходному уровню)



Динамика индекса WOMAC по критериям «болевого синдрома» и «функциональная недостаточность» (в процентах к исходному уровню) при проведении терапии PRP

При повторной КТ тазобедренных суставов после одного года отмечается незначительное расширение суставной щели и сглаженность суставных поверхностей.

Выводы. Таким образом, лечение PRP показало положительный эффект при использовании у больных с коксартрозом на ранних стадиях. Существует большие перспективы PRP-терапии с целью уменьшения прогрессирования патологического процесса и снижения необходимости выполнения протезирования сустава в отдаленном периоде. Дальнейшие исследования должны оптимизировать показания к применению PRP-терапии при данной патологии.

Список литературы:

- Osteoarthritis: Biological Effects , Clinical Efficacy , and Safety on Glucose Metabolism /
 1. Salazar Jet 14 - C . 432-463 .oarthritis pathogenesis : therapeutic implications / L . Pulsatelli[et al .] // ThecAds Chic Dis
 ents are involved in reversible and irreversible cartilage degradation in osteoarthritis / A.C . Bay matolInt . - 2010.- Ne
 4.-P. 435-442 .mechanical factors in osteoarthritis / F . Guilak // Best Pract Res ClinRheumatol - 2011. - 6.

Юнусов И.А., Хасанов Б.Н., Муминжонов С.А.

ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОБСТВЕННЫМИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТЕВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ

Лаборатория стволовых клеток ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

Актуальность. Остеоартроз коленного сустава является одним из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы. Данной патологией страдает менее 14 процентов населения старше 65 лет земного

шара[1,2]. В связи с развитием остеоартроза наблюдается нетрудоспособность после 50 лет, занимая второе место среди причин нетрудоспособности [1]. На сегодняшний день патология опорно - двигательного аппарата обуславливает подавляющее большинство жалоб, предъявляемых пациентами врачам общей практики. Хрящ - основной компонент сустава, подвергающийся дегенерации при остеоартрозе; вместе с ним страдают и другие субхондральные, капсульные, синовиальные и околосуставные структуры [3,4]. Основные патологические процессы, приводящие к разрушению хряща, происходят в хондроцитах: чрезмерное местное высвобождение протеолитических ферментов и прогрессивное замедление репарации хряща приводят к дисбалансу между синтезом и деградацией вне клеточного матрикса [2]. Нарушение биохимического состава синовиальной жидкости приводит к прогрессированию дегенерации хряща. Исходя из вышеописанных механизмов, ведущими направлениями лечения остеоартроза считаются: стимуляция синтеза хряща, модуляция воспаления и регуляция метаболитов [5,6]. На основании этих данных исследователи пришли к выводу, что лечение деформирующего остеоартроза с помощью аутологичных стволовых клеток может проводиться у пациентов любого возраста и любой этиологии заболевания [7].

Цель исследования. Оценить эффективность лечения собственными мезенхимальными стволовыми клетками при комплексной терапии остеоартроза коленного сустава.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе комплексного лечения 26 больных с остеоартрозом коленного сустава. Все пациенты проходили лечение на базе клиники ТГМУ с мая 2016 по август 2017 года. Возраст пациентов составлял от 20 до 77 лет, средний возраст составил $46,5 \pm 0,6$ лет. По полу пациенты были распределены следующим образом: мужчины - 10 (39%), женщины - 16 (61%). По клиническим признакам и данным рентгенографии у 18 (69%) пациентов отмечалась II стадия остеоартроза коленного сустава, у 8 (31%) III стадия заболевания. Функциональное состояние сустава определяли по функциональному индексу Лексна. По нему пациенты были распределены на 3 группы: у I группы из 7 пациентов индекс составлял от 8 до 12 баллов; II группа из 8 пациентов индекс составлял от 12 до 16 баллов; III группу составляли 11 пациентов, у которых индекс был от 16 и выше. Всем пациентам до и после процедуры введения собственных стволовых клеток была выполнена цифровая рентгенография сустава в двух проекциях для объективной оценки терапии. Сама терапия собственными мезенхимальными клетками состояла из трех основных этапов. При первом этапе производили забор пунктата костного мозга путем стерильной пункции. При втором этапе производили сепарацию мезенхимальных стволовых клеток из пунктата костного мозга методом градиента плотности клеток с помощью фикола (1077) в лаборатории стволовых клеток при ТГМУ. Заключительный этап включал введение взвеси стволовых клеток внутрисуставно. Количество введенных мезенхимальных стволовых клеток составляло от 23,4 млн. до 66,36 млн., средний показатель составлял $53,6 \pm 1,2$ млн. Все манипуляции выполняли в асептических условиях. Пациентам первой и второй группы, состоящие из 4 и 3 пациентов соответственно проводили инъекции собственных стволовых клеток трехкратно каждые три месяца. Кроме того, пациенты получали стандартную терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы, ЛФК.

Результаты исследования. Отдаленные результаты после лечения оценивали по изменению значения альгофункционального индекса Лексна и рентгенологическим изменениям коленных суставов после двух и более лет. В первой группе, состоящей из 7 пациентов индекс Лексна снизился на $3,8 \pm 0,6$ у 4 больных пункта, во второй группе из 8 пациентов отмечалось снижение индекса на $4,2 \pm 0,5$ пункта у 3 больных. Рентгенологически у этих пациентов с положительной динамикой визуализируется незначительное сужение суставной щели, как правило, определяемое только при сравнении с симметричным непораженным суставом. В третьей группе у 11 пациентов клиническим и рентгенологическим положительной динамики по признакам не отмечалось. Таким образом, можно предположить, что клеточная терапия собственными мезенхимальными стволовыми клетками наиболее эффективна при начальных стадиях заболевания, когда деструктивно - дистрофические изменения в суставах не значительны. Таким образом, положительная динамика отмечалась у 7 (27%) пациентов. Этим больным вводили стволовые клетки трехкратно на ранней стадии заболевания, в течение одного года на 3, 6 и 12 месяце соответственно. В позднем периоде наблюдения по поводу стерильной пункции и внутрисуставного введения, собственных мезенхимальных стволовых клеток осложнения не наблюдалось.

Вывод. Отдаленные клинические и рентгенологические данные свидетельствуют о положительном влиянии на репаративные процессы в пораженном суставе у 27% больных. Таким образом, можно предположить, что на результаты лечения в отдаленном периоде важную роль играет кратность введения мезенхимальных стволовых клеток в полость пораженного сустава на ранних стадиях заболевания. Данная методика в сочетании с традиционной консервативной терапией может быть перспективной, инновационной и безопасной для лечения остеоартроза суставов на ранних стадиях заболевания.

Список литературы.

1. Forman, M.D. A survey of osteoarthritis of the knee in the elderly / M.D. Forman, R. Malamet, D. Kaplan // J Rheumatol. - 1983. - №10. - P. 282-287.
2. Glucosamine for Osteoarthritis : Biological Effects, Clinical Efficacy, and Safety on Glucose Metabolism / J. Salazar [et al.] // Arthritis. - 2014. - 3. 432-463.
3. New findings in osteoarthritis pathogenesis :therapeutie implications / L. Pulsatelli [et al.] // TherAdv Chronic Dis. - 2013. - № 1. - P. 23-43.
4. Review Which elements are involved in reversible and irreversible cartilage degradation in osteoarthritis ? / A.C. Bay Jensen [et al.] // RheumatolInt. - 2010. - №4. - P. 435-442.
5. Guilak, F. Review Biomechanical factors in osteoarthritis / F. Guilak // Best Pract Res ClinRheumatol. - 2011. - № 6. - P. 815-823.
6. Review Molecular regulation of articular chondrocyte function and its significance in osteoarthritis / J.P. Schroeppel[et al.] // HistoHistopathol. - 2011. - №3. - P.377-394.

Юнусов И.А., Курбанов С.Х., Мамадиев З.А.

ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ МЕТОДОМ ПОНСЕТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Косолапость является одной из наиболее частых врожденных деформации в мире ежегодно рождаются 100 тысяч детей с косолапостью [1,2]. Консервативное лечение врожденной косолапости является общепринятым стандартом в мировой практике. Общепринято началом лечения этапного гипсования по методике Понсети. Данный метод эффективен у детей с деформацией стопы легкой степени. Но при тяжелой косолапости лечение может затягиваться до 6-12 месячного возраста, в котором детям с клинко - рентгенологическими признаками неисправленной косолапости предлагаются различные варианты хирургического лечения [1,2,3]. генеративный артрит суставов заднего и среднего отделов стопы. Метод Понсети основывается на Даже после полной хирургической коррекции деформации возникают контрактуры, ранний восстановлении нормального положения таррано - ладьевидного сустава путем перемещения ладье видной кости в латеральной направлении, а головка таранной кости в медиальной направлении .

Цель исследования. Улучшение результатов лечения врожденной косолапости у детей младшего возраста.

Материал и методы исследования. В настоящее время мы располагаем опытом лечения 20 детей в возрасте от 7 дней до 3 лет с врожденной косолапостью (35 стоп). Для исправления деформации одной стопы, в среднем, каждому ребенку потребовалось 6-7 гипсований в течение - 30 дней. Гипсование завершали чрескожной поперечной полнотой ахиллотомией. В дальнейшем детям назначались брейсы для удержания стоп в достигнутой коррекции стоп.

Результаты исследований. Результаты лечения изучены у 20 детей (35 стоп) в сроки от 3 месяцев и оценены по четырехбалльной системе. Они признаны отличными в 14 случаях (70%), хорошими - в 4 (20%), удовлетворительными - 1 (5%). Неудовлетворительных результатов было у 1 (5%) детей. У одного из наблюдавшихся возникла необходимость хирургического лечения данной патологии. Это связано с нарушением режима родителями. Лечение состоит из трех основных этапов: первый этап - исправление деформации гипсовыми повязками, второе этап - удлинении ахиллового сухожилия и третий этап - закрепление полученного результата абдукционными шинками. Сокращение времени между наложением гипсовых повязок с 7 до 5 дней существенного влияния на эффективность метода не оказывает [7,8]. Ахиллотомия, как второй этап лечения, требуется в 70-85 % случаев [7,8]. После завершения изделия, лечения круглосуточно в течении 2-3 месяцев, а по ночам и во время дневного сна - в течение 3-4 лет используется ортезное удерживающее стопу в абдукции (брейсы).

Вывод. Таким образом, ранний консервативный метод лечения врожденной косолапости наиболее эффективным и функциональным в настоящий момент является метод Понсети. Он позволил полностью исправить эту деформацию у всех наблюдавшихся нами детей за 6-8 недель и 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 детьми режима ношения брейсов для удержания достигнутой коррекции деформации стоп. Однако в ряде случаев консервативное лечение не дает положительных результатов, в таких случаях по возможности нужно малотравматичное оперативное лечение.

Список литературы.

1. Бландинский В.Ф. Лечение атипичной врожденной косолапости методом Понсети . / В.Ф. Бландинский ,
2. М.А. Вавилов, А.В. Донской , Т.Э. Торно. // Травматология и ортопедия России - 2010.- № 1. - С. 75-79 . Вавилов М.А. Метод I. Ponseti в лечении тяжелой косолапости у детей младшего возраста. / М.А. Вавилов, В.Ф. Бландинский, Т.Э. Торно, А.Л. Складнева // Мат. Симп. Детских травматологов - ортопедов России с междунаро. участием «Совершенствование травматолого - ортопедической помощи детям ». - СПб . 2008. - С. 264-265 .
3. Клычкова И.Ю. Система комплексного лечения детей с врожденной косолапостью : дис . док . мед . наук . - СПб . 2013. - 432 с .
4. Ponseti IV . Clubfoot Management . Journal of Pediatric Orthopedics . - 2000.- 20 (6) . - P. 69-70 .
5. Terrazas - Lafarque G. Effect of cast removal timing in the correction of idiopathic clubfoot by the Ponseti method G. Terrazas - Lafarque , JA . Morcuende // Thelowa Orthopedic sal - 2007. - 27. - 24-27

Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Мамадиев А.А.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

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

Таджикистан.

Актуальность. Острый риносинусит — распространенное заболевание в большинстве стран мира, часто возникающее на фоне вирусных инфекций. При острой вирусной инфекции полости носа и околоносовых пазух мерцательный эпителий теряет свои реснички и утрачивает способность к очищению и защите, в результате этого развивается отек и воспаление слизистой оболочки. Застой отделяемого является питательной средой для бактерий, что приводит к возникновению острого бактериального риносинусита (ОБРС). Назначение антибиотиков при легкой и средней степени тяжести ОБРС не является оправданным и способствует повышению антибиотикорезистентности. Использование местных препаратов, уменьшающих отек слизистой и улучшающих отток воспалительного секрета из пазух носа, способствует купированию симптомов воспаления и улучшению состояния пациентов. Важное значение, при развитии патологического процесса в околоносовых пазухах имеет состояние соустья. При его закрытии вслед-

ствие отека, гиперплазии слизистой оболочки со стороны полости носа или со стороны пазухи нарушается воздухообмен последней, уменьшается, а затем полностью прекращается поступление воздуха в просвет пазухи и нарушается отток из нее. Многие больные отказываются от хирургического вмешательства, к тому же известно, что такое вмешательство далеко не всегда даёт адекватный результат. Все существующие методы лечения острых и хронических синуситов, такие как медикаментозная терапия, пункция, дренирование направлены на восстановление функции оттока естественного соустья. Вопрос лишь в том, как это сделать в максимально короткие сроки и не травмируя пациента. [1, 2, 3].

Каждому практикующемуся отоларингологу хорошо известно, что в большинстве случаев острого риносинусита для выздоровления достаточно назначения антибиотиков и сосудосуживающих капель в нос. Вместе с тем у части пациентов одной медикаментозной терапией обойтись не удастся, необходимо воздействие непосредственно на очаг воспаления. С этой целью широко применяется пункция. Однако, пункционный метод, имея более чем столетнюю историю, не лишен весьма существенных недостатков это травматичность, а значит, высока вероятность развития осложнений.

Цель работы. Оценить эффективности щадящего безпункционного метода лечения риносинуситов у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 32 ребёнка в возрасте от 6 до 12 лет с острым гнойным гемисинуситом, которые были разделены на 2 группы (основное 16 детей и сравнительное 16 детей). Всем больным при поступлении в стационар проводили осмотр ЛОР-органов, рентгенографию или компьютерную томографию околоносовых пазух, лабораторные методы исследования, в том числе бактериологическое исследование содержимого из пазух носа.

Результаты. Все пациенты получали антибактериальную, общеукрепляющую, десенсибилизирующую терапию, сосудосуживающие капли в нос. С целью эффективного удаления гнойного содержимого из пазухи в основной группы больных использовали специальный стеклянный наконечник, а в группе сравнения была проведена традиционная пункция гайморовой пазухи. Техника использования стеклянного наконечника: после анемизации слизистой нижних и средних носовых ходов, стеклянный наконечник, прикрепленный к отсосу вставляется в правую ноздрю, закрывая левую ноздрю. Затем больного просят сделать акт глотания, во время которого, в носовой полости создается отрицательное давление до 0,7 атм. при котором, патологическое содержимое из пазух выходит в полость носа, это видно через стеклянный наконечник. Процедуры выполняли два раза в день в течение 5-7 дней. У основной группы больных, положительные результаты (уменьшение отёка и гиперемии слизистой полости носа, сокращение объёма носовых раковин, уменьшение выделений из пазух, улучшение носового дыхания, отсутствия болевых синдромов, а также отсутствия температуры тела) отмечены: у 8 детей после 4-6-й процедуры, а у 6 детей после 8-10-й процедуры. Так как пункция решетчатой, лобной и основной пазухи не представляет себя возможности, что способствует сохранению очага инфекции в данных пазухах. Поэтому в сравнительной группе положительные результаты были получены в 7-10 сутки лечения, при этом у 8 больных сохранялись некоторые местные признаки продолжающегося воспалительного процесса в вышеуказанных пазухах. Рецидивы в течение 2-летнего наблюдения отмечались одинаково у всех групп больных.

Выводы. Таким образом, промывания полости носа методом активного дренажа с использованием специального стеклянного наконечника даёт хорошие результаты при достаточной функции соустья пазухи, и полноценном состоянии местной иммунной системы, а также при правильно подобранной антибактериальной терапии.

Литература

1. Сказатова Н.Ю. Распространенность болезней уха, горла и носа у городского населения. Кремлевская медицина /Сказатова Н.Ю., Пискунов Г.З. / Клинический вестник. – 2016. – №1. – С. 5–10.
2. Возбудители острого бактериального риносинусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR / Страчунский Л.С., и др. / Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2005. – №7 (4). – С. 337–349.
3. Иванченко О.А. Выбор адекватного метода лечения при остром верхнечелюстном синусите /Иванченко О.А., Яворовская С.О., Лопатин А.С. / Справочник поликлинического врача. – 2017. – №2. – С. 62–65.
4. Barham H.P., Harvey R.J. Nasal saline irrigation: therapeutic or homeopathic // Braz J Otorhinolaryngol. – 2015. – Vol. 81. – P. 457–458.

Юсупов З.Я., Ибрагимов И.У.

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЖИТЕЛЕЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ТЕРРИТОРИИ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Таджикистан

Актуальность. В последние годы резко возрос интерес исследователей к изучению влияния различных техногенных факторов на состояние зубочелюстной системы населения. Неблагоприятные факторы производственной и окружающей среды оказывают негативное влияние на ткани полости рта [1], обуславливая более высокую распространённость и интенсивность кариеса зубов [2], не кариозных поражений [3], заболеваний пародонта [4] и врождённых пороков развития [5]. При этом, именно состояние здоровья детей является сравнительно чувствительным индикатором при оценке вредного воздействия загрязнения окружающей среды на организм.

Цель исследования. Провести структурную оценку распространенности не кариозных поражений зубов у жителей экологически неблагоприятной территории.

Материал и методы исследования. С целью определения уровня стоматологического здоровья у 587 жителей экологически неблагоприятных территорий алюминиевого производства было проведено комплексное обследование детского и взрослого населения в ключевых возрастных группах (6, 12, 15, 35-44, 65 лет и старше). При обследовании

использовали стандартную методику с унифицированными критериями ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Распространенность не кариозных поражений зубов у жителей экологически неблагоприятной территории составила $47,3 \pm 5,8\%$, $51,8 \pm 5,6\%$ и $62,4 \pm 5,3\%$ соответственно у 6-, 12- и 15-летних детей. У представителей старших возрастных групп не кариозные поражения отмечаются значительно реже – $20,7 \pm 1,9\%$ и $4,8 \pm 0,6\%$ соответственно в возрастных группах 35-44 лет и старше 65 лет.

Из патологических изменений не кариозного характера в 6-летнем возрасте наибольшими оказались диффузная и ограниченная пятнистость эмали (соответственно $19,9 \pm 2,5\%$ и $18,4 \pm 2,4\%$), а также гипоплазия эмали ($7,5 \pm 0,6\%$). Сочетанное не кариозное поражение в виде ограниченной и диффузной пятнистости эмали обнаружено в $1,5 \pm 0,3\%$ случаев.

У 12-летних детей распространенность диффузной пятнистости эмали поверхности доходила до $19,5 \pm 1,6\%$, ограниченная пятнистость эмали обнаружена в $22,6 \pm 2,9\%$ случаев, гипоплазия эмали – в $6,7 \pm 0,5\%$ случаев. Сочетанное не кариозное поражение зубов в виде ограниченной и диффузной пятнистости, ограниченной пятнистости и гипоплазии, а также диффузной пятнистости и гипоплазии соответствовало значениям $1,0 \pm 0,2\%$, $1,5 \pm 0,3\%$ и $0,5 \pm 0,1\%$.

У 15-летних подростков величина диффузной и ограниченной пятнистости, а также гипоплазии эмали составила соответственно $17,7 \pm 1,3\%$, $35,8 \pm 2,7\%$ и $7,2 \pm 0,9\%$. У жителей этой зоны в ключевом возрасте 35-44 лет не кариозные поражения диагностировались значительно реже: диффузная пятнистость эмали – в $5,2 \pm 0,4\%$ случаев, ограниченная пятнистость – в $11,1 \pm 0,6\%$, гипоплазия эмали – в $3,3 \pm 0,3\%$ случаев.

В возрасте 65 лет и старше удельный вес не кариозных поражений зубов уменьшался (соответственно $0,9 \pm 0,3\%$ и $3,9 \pm 0,3$ без обнаружения гипоплазии), что связано с максимальным количеством удаленных (компонент «У») и зубов, подлежащих удалению (компонент «Р»).

Произведенные расчеты показали, что в целом у обследованных жителей экологически неблагоприятной территории, непосредственно прилегающей к зоне выбросов алюминиевого производства, в $62,6\%$ случаев зубы оказались интактными в отношении не кариозных поражений. Такие не кариозные поражения, как ограниченная и диффузная пятнистость эмали поверхности составляли соответственно $18,4\%$ и $12,6\%$. В $5,0\%$ случаев зафиксировано наличие гипоплазии. Сочетанное не кариозное поражение зубов в виде ограниченной и диффузной пятнистости, ограниченной пятнистости и гипоплазии, а также диффузной пятнистости и гипоплазии эмали соответствовало значениям $0,6\%$, $0,62\%$ и $0,2\%$.

Вывод. Таким образом, на экологически неблагоприятных территориях, непосредственно прилегающих к зоне выбросов алюминиевого производства, некариозные поражения зубов проявляются уже в детском возрасте, и частота встречаемости лиц с теми или иными вышеуказанными поражениями неуклонно увеличивается в каждой последующей возрастной группе.

Список литературы

1. Проскокова С.В. Внутритрунная гипоксия и её влияние на зубочелюстную систему детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах: автореф. дис.... д-рамед.наук / С.В. Проскокова. – Москва, 2012. – 34с.
2. Галикеева А.Ш. Влияние производственной среды на стоматологический статус рабочих / А.Ш. Галикеева, Р.М. Фасиков, А.Е.Мишина // Материалы годичной конференции Башкирского государственного медицинского университета. – Уфа, 2012. – С. 52.
3. Проняева А.И. Влияние неблагоприятных факторов среды на возникновение системной гипоплазии эмали постоянных зубов у детей: автореф. дис.... канд. мед.наук / А.И. Проняева. – Москва, 2012. – 24с.
4. Гарус Я.Н., Особенности состояния пародонта у работников производства минеральных удобрений / Я.Н. Гарус, Г.Л. Сорокоумов, В.Н. Олесова // Стоматология для всех. – 2006. - №1. – С. 30-32.
5. Бабаев А.Б. Влияние техногенных факторов алюминиевого производства на частоту рождаемости детей с врождёнными пороками развития челюстно-лицевой области / А.Б. Бабаев, С.С. Субхонов, З.Я. Юсупов // Труды II съезда (конгресса) стоматологов Таджикистана «Актуальные вопросы и приоритеты развития стоматологической службы Республики Таджикистан». – Душанбе, 2009. - С.131-134.

Якубов С.Я., Сангинов М.Т, Нурув Ф.Н.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им С.Урунов г.Худжанд.Таджикистан.

Актуальность. Эхинококк в детском возрасте проявляет экспансивный рост, и за короткий срок времени может достигать больших и гигантских размеров, вызывая глубокие морфофункциональные изменения в пораженном органе. В последние годы чаще стали встречаться осложненные формы эхинококкоза легких у детей, которые связано с поздней диагностике и присоединении вторичной инфекции. Несмотря на достигнутые успехи диагностики и хирургических методов лечения, частота послеоперационных осложнений при осложненном эхинококкозе остается еще высоким и по данным различных авторов составляет от 3 до 20%.

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения осложненного эхинококкоза легких у детей.

Материал и методы исследования.

В областном детском хирургическом центре города Худжанда за 10 лет (2013-2022гг) находилось на лечение 52 детей с осложненными эхинококкозами легких.

Дети в возрасте от 3 до 7 лет 9 ($17,3\%$), 8-12 лет 24 ($46,1\%$), 13-16 лет 19 ($36,5\%$). Мальчиков 37($71,1\%$), девочек-15 ($28,8\%$). Жителей города 18($34,6\%$), сельский 34($65,3\%$).

Солитарные кисты одного легкого имело место у 40 (76,9%), множественные поражения одного легкого обнаружено 2(3,8%). Эхинококкоз обеих легких 4 (7,6%) больных детей.

У 6 (11,5%) больных эхинококкоз легких сочетался с поражением печени. Правосторонняя локализация эхинококкоз легких преобладало над левосторонней соответственно 35 (67,3%) и 17 (32,6%).

В зависимости от размеров и объема эхинококкоз легких согласно классификацией А.Т.Пулатова распределились на малые (объем 10-100 мл, диаметр остаточной полости 4-7см)-14 (26,9%), средние (объем 100-250 мл, диаметр 7-10 см) - 28 (53,8%), и большие и гигантские (объем 300 мл и более, диаметр свыше 10 см)-10 (19,2%) детей.

Больных с прорывом эхинококка в бронх было 26 (50%), в плевральную полость 4 (7,6%) с перикистозным воспалением 16 (30,7%), с нагноением 6 (11,5%).

В дооперационном периоде проводилось общеклиническое обследование больных, а также рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ, КТ, фибробронхоскопия, ИФА.

Результаты и их обсуждение.

При поступлении у больных были жалобы на кашель, повышение температуры тела, боли в грудной клетке на стороне поражения, симптомы дыхательной недостаточности и интоксикации, которое обычно развивается на фоне благополучного состояния. Выделение прозрачной жидкости при кашле свидетельствовало о прорыве в бронх неинфицированной 22, а мутной о перфорации инфицированной кисты 4 больных.

У 44 (84,6%) больных отмечались признаки хронической интоксикации. При физикальном осмотре выявлены: деформация реберной дуги, расширение реберной дуги и сглаженность межреберных промежутков. Выбухание грудной клетки гигантских ЭК отмечены у 6 больных.

Аллергическая реакция организма наблюдалась у 20 (38,4%) больных. Проявление дыхательной недостаточности было у 5 пациентов. Со стороны общий анализ крови отмечалось анемия от 9,6 г/л до 7,4 г/л, повышение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) от 2,4 до 4,1 ед, гипопроотеинемия у 38 (73%).

Основным методом исследования являлись рентгенологические методы всех 52 (100%).

Для уточнения диагноза, произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) 24 из 52 больных с осложненного эхинококкоза легких.

При ультразвуковом исследовании легких у 6 из 24 детей выявлено двойной контур кисты по периферии. В полости кисты гиперэхогенная взвесь, которые характерны для нагноения кисты.

При прорыве эхинококковой кисты в бронх характеризовались наличием гиперэхогенных включений с акустической тенью в виде пузырьков воздуха. Толщина фиброзной капсулы была в пределах 2-2,5мм. У 4 больных при прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость УЗИ характеризовались неправильной овальной формой, неровными контурами эхинококковых кист, наличием свободной жидкости и нити фибрина в реберно-диафрагмальном синусе.

Предоперационная подготовка проводилась в зависимости от возраста ребёнка и виды осложнения, индивидуально заключалось в общеукрепляющей, десенсибилизирующей терапии, витамины группы В и С, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам, химиотерапия с албендазолом и по показаниям инфузионно-трансфузионная терапия, переливание отмытой эритроцитарной массы, инфузия альбумина, кортикостероидов, оксигенотерапия, иммунная коррекция тимотином.

10 больным с признаками нагноения сопровождающейся тяжёлой интоксикации проведено регионарная эндолимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ) по методике разработанной кафедрой детской хирургии и реаниматологии ГОУИПО в с з РТ в течение 7-10 дней.

Наряду с интенсивно корригирующей инфузионно-трансфузионной терапии 20 пациентам с целью объективной оценки характера, протяжённости изменений в трахеобронхиальном дереве и санации проведено бронхоскопия.

Показанием для бронхоскопии были явление обструктивного синдрома и большим выделением слизистой или гнойной мокроты. С целью объективной оценки характера, протяжённости изменений в трахеобронхиальном дереве и санации.

При бронхоскопии обнаружены локализованный катаральный эндобронхит у 15 больных, при прорыве неинфицированной эхинококковой кисты в бронх и в плевральной полости, диффузно-локализованный гнойный эндобронхит отмечался у 5 больных, при прорыве инфицированной кисты в бронх и в плевральной полости.

Во всех случаях бронхоскопия сочеталось с санацией трахеобронхиального дерева (аспирации слизи, гноя и промывание бронхов) в последующем осуществлялся лаваж трахеобронхиальных путей с помощью теплого 0,9% раствора натрия хлорида и 1% раствором диоксида или декасана из расчета 0,5-1,0 мл на кг массы тела ребенка. У 2 больных из устья долевых бронхов удаляли обрывки хитиновой оболочки. Предоперационная подготовка проводилась с учетом степени интоксикации, и продолжалось от 6 до 14 дней.

При прорыве эхинококковой кисты в плевральной полости проведены дренирование плевральной полости у 4 больных, предоперационная подготовка продолжался 6 дней..

Торакотомия проводилась в пятом или шестом межреберье переднебоковым доступом под многокомпонентным наркозом на фоне ИВЛ и управляемой гемодилюции.

Операция эхинококкэктомия заключалось в удалении эхинококковой кисты, обеззараживанием ложа кисты 96⁰ этиловым спиртом, ликвидация остаточной полости фиброзной капсулы, создания искусственной междолевой или межсегментарной щели рекомендуемой А.Т.Пулатовым исключающей всякую возможность перевода паразитарную кисту в непаразитарную, ушивание бронхиальных свищей кисетным и с частичным иссечением фиброзной капсулы Z образными швами, санация и дренирование плевральной полости.

Одному больному в связи с полной атрофией пораженной и трансформацией её в фиброзную ткань, последняя иссечена на уровне корня легкого.

В 2 х случаях производилось декорткация ателектизированного легкого.

Лобэктомия произведено 4.

Осложнение после операции отмечалось у 3 х больных (5,7%), у одного частичное нагноение раны в пределах подкожной клетчатки, у 2 пневмоторакс с коллабированным левым легким на 2\3 части на 10 и 12 сутки после операции. Пораженным был в первом случае IV, во втором V сегменты.

Декомпрессия плевральной полости дренированием не увенчалась успехом, функционировал бронхиальный свищ, в связи с чем произведено окклюзия, пломбировки долевого бронха. В качестве пломбы использовали поролоновая губка, смоченная йодином, которого вводили в устья долевого бронха с помощью бронхоскопических щипцов. Диаметр пломбы превышал в два раза диаметра окклюзируемого бронха. С целью контроля герметичности окклюзии произведено раздувание коллабированного легкого кислородом под давлением с помощью мешка наркозного аппарата, при этом сразу прекратилось выход воздуха по дренажу из плевральной полости.

Удаление пломб производили на 8-ие сутки. После однократной окклюзии коллабированный легкий расправился.

По всей вероятности причиной развития пневмоторакса является незаметно оставленного бронхиального свища.

Летальных исходов не было.

С целью профилактики рецидива эхинококкоза легких в послеоперационном периоде проведено химиотерапия албендазолом из расчета 15-20 мг на кг массы ребенка три раза в день курсом 15 дней, повторный курс через две недели.

Отдаленные результаты эхинококэктомии изучены у 38 (73%) детей

У 31 (81,5%) детей жалоб не было, при клиническом и функциональном исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой системы особых отклонений не отмечалось.

У 7(18,4%) детей имелись жалобы на кашель сухой 5 и с выделением мокроты 2, при бронхологическом исследовании выявлены деформирующий бронхит. Эти дети нуждались в проведении консервативного лечения и диспансерного наблюдения.

Рецидивы эхинококкоза лёгкого не было.

Выводы. Рациональное проведение предоперационной подготовки, дифференцированный выбор способа ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы и поэтапное ушивание бронхиальных свищей, позволяет избежать возможных послеоперационных осложнений.

Литература :

1. Давлатов С.Б, Баходуров ДЖ.Т Лечение эхинококкоза у детей Педиатрия. Ташкент № 3. 2017 стр 42-43
2. Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.З/ European science №6(38), 2018, С 38-51
3. Хасанов Р.А., Маткасимов М.М., Токтахунов У.Т., Мирзокулов Д.С. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легкого с порывом в бронх. «Современные проблемы науки и образования» – 2017.

Абдиева Д. Х., Дырда Н. И., Валиева М. С.
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ЧЕСОТКИ
 Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Чесотка - нередкое в практике дерматолога заболевание, иногда осложняющее другие кожные заболевания и не всегда простое для диагностики. Истинные цифры заболеваемости превышают статистические за счет нерегистрируемых случаев, преимущественно в коммерческих и консультативных учреждениях и у частнопрактикующих специалистов. Нередко встречаются случаи нетипичных проявлений чесотки, а также сочетания различных хронических кожных заболеваний с чесоткой, что представляет известные диагностические и терапевтические трудности [1,2]. Для лечения чесотки предлагается широкий круг препаратов - эмульсия бензилбензоата 20% (ФНПП "Ретиноиды"), мазь саркоптол, содержащая 10% бензилбензоата, мазь бензилбензоата медицинского 20% (Московская фармацевтическая фабрика), растворы по Демьяновичу (60% раствор гипосульфита натрия и 6% раствор соляной кислоты), простая серная мазь (33%) и мазь Вилькинсона (состав: жидкий деготь, кальция карбонат, очищенная сера, мазь нафталанную, зеленое мало и вода), аэрозоль спрегаль (фирма СКАТ, Франция) и мазь бензилбензоата 20% (Латвия, Эстония) [3]. Кроме того, разрешены для клинического применения два новых препарата - якутин, содержащий линдан (фирма "Мерк", Германия) и юракс, содержащий кротамитон (фирма "Бристол-Майерс Сквибб", США). Все акарицидные средства достаточно эффективны, если лечение проведено правильно.

Большинство из скабицидных препаратов имеют ряд недостатков: ограничение применения последних по возрасту, возникновение медикаментозного дерматита и других аллергических реакций [4]. Постскабиозный дерматит - это воспалительные изменения кожи, возникшие после проведения лечения по поводу чесотки акарицидными препаратами по общепринятым схемам, либо после избыточного применения препаратов. Большинство больных обращались после лечения у дерматолога или после самолечения акарицидными препаратами. Постскабиозный дерматит развивался в отдельных случаях и после назначения рекомендованного лечения. На наш взгляд, последний имеет некоторые особенности по сравнению с другими контактными дерматитами. Поражается преимущественно кожа туловища (особенно места давления и трения одеждой) и проксимальных отделов конечностей. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются мелкие, едва заметные трещины и эрозии кожи по ходу линий Блашко, а также мелкопластинчатое шелушение. В центре и по периферии очагов расположены узелковые и небольшое количество уртикарных элементов. Кроме того, если больной обратился через короткое время после развития дерматита, то на коже имеются остаточные проявления чесотки в виде папул, эрозий, эксфолиаций и корочек.

Цель исследования. Изучить причины возникновения постскабиозного дерматита в процессе лечения чесотки.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 215 больных чесоткой, мужчин и женщин практически поровну - 105 (48,8%) и 110 (51,2%). В возрасте до 18 лет было 130 (60,8%) больных, от 18 до 35 лет - 43 (19,8%), от 35 года до 55 лет - 32 (14,7%), старше 55 лет - 10 (4,7%) больных. Диагноз чесотки во всех случаях был подтвержден лабораторно.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что длительность заболевания до одного месяца была у 101 (47%), до 2 месяцев - у 86 (40%) и более 3 месяцев - у 28 (13%) больных. Наиболее частым источником заражения были дети школьного возраста. Нередко заражение происходило во время пребывания у родственников в сельской местности. Иногда заболевание возникало после приезда гостей, после пребывания в больнице, в родильных домах. Многие больные не смогли указать источник и место заражения. У 90 больных (41,9%) диагноз чесотки был поставлен до обращения к специалисту. По рекомендации дерматологов 33 пациента применяли 20% эмульсию бензилбензоата, 8 - серную мазь, 15 - мазь бензилбензоата 20%, 12 - спрегаль, 12 - несколько препаратов последовательно, 5 больных не смогли вспомнить названия, применявшихся для лечения, препаратов, а 5 больных одновременно принимали антигистаминные и скабицидные средства. Самолечение практиковали 37 человек: 10 - человек использовали эмульсию бензилбензоата 20%, 5 - мазь бензилбензоата 20%, 4 - серную мазь, 9 - несколько препаратов последовательно, причем только на очаги поражения 2 - 3 раза в день (верхние и нижние конечности, применяли смазывание керосином и чесноком), 7 - кортикостероидные мази, 1 - бальзам Биттнера, 1 больной смазывал кожу керосином. Никакого предшествующего лечения не получали 50 (20,5%) человек. С другими ошибочными диагнозами до обращения у различных специалистов лечилось 20 больных (9,3%).

Среди 121 больных с постскабиозным дерматитом 61 лицо мужского пола и 60 - женского. Дерматит развивался после терапии 20% эмульсией бензилбензоата - у 51 больного, серной мастью - у 9, спрегалем - у 8, мастью бензилбензоата 20% - у 7, растворами Демьяновича - у 3, после лечения несколькими препаратами - у 35. Не смогли назвать препарат 7 человек, 1 человек лечился составом мазь бензилбензоата 20% + синаflan + детский крем равными частями.

Анализ анамнестических данных о проведенной ранее противоскабиозной терапии позволил нам сделать следующие выводы о причинах неудач в лечении больных чесоткой. Наиболее частой ошибкой в лечении является избыточное применение противопаразитарных средств, с последующим развитием постскабиозного дерматита, что часто расценивается пациентами и врачами, как отсутствие эффекта от назначенной терапии. Как правило, дерматит возникал после избыточного применения препаратов по рекомендации врача (наиболее частые рекомендации - применять препараты ежедневно в течение нескольких дней или повторить курс лечения при продолжающемся зуде и наличии высыпаний, или сменить препарат в той же ситуации) или по собственной инициативе пациента. Так, по 2 курса лечения 20% эмульсией бензилбензоата провели 9 больных, неделя ежедневного смазывания назначена 2 больным, 20 дней подряд - 1 больному, 5 курсов провел 1 больной, 10 курсов - еще 1, несколько месяцев подряд лечился еще 1 пациент. Несмотря на развитие дерматита, проявления чесотки под воздействием акарицидных средств обычно быстро регрессировали. После первого нанесения акарицидных средств дерматит не отмечался, несмотря на то, что многие больные

испытывали чувство жжения непосредственно после применения препарата. По-видимому, имеет большее значение кратность нанесения препарата. Дерматит в отдельных случаях возникал и у лиц, получавших обыкновенный курс лечения 20% эмульсией бензилбензоата. Это может быть связано с повышенной чувствительностью кожи некоторых больных к бензилбензоату. Дерматиты в 5 случаях развивались у лиц, имевших аллергодерматозы, что можно рассценивать как фактор риска.

Больше половины больных обратились к нам в связи с неэффективностью лечения в других учреждениях или самолечения. В соответствии с нашими данными, наиболее частыми причинами неэффективного лечения и развития осложнений были: отсутствие определенного времени наблюдения за больными; плохо поставленная лабораторная диагностика (не проводили соскоба кожи или не обнаруживали клещей в материале); неправильная методика применения акарицидных средств; отсутствие дезинфекционных мероприятий; недостаточное внимание к осмотру контактных лиц.

Для установления излеченности или реинвазии, первый осмотр целесообразно делать через неделю после завершения лечения. Кроме того, если был диагностирован постскабиозный дерматит, то через неделю несложно дифференцировать его от остаточных проявлений чесотки. Этот осмотр необходим в психологическом отношении - на этом этапе важно разъяснить больному суть происходящих изменений, указать на хороший эффект лечения и предотвратить повторное применение акарицидных средств с целью "долечивания". Следующий осмотр, если нет осложнений, назначается через 10 - 14 дней, что обусловлено сроками метаморфоза клещей. По нашим данным, основными ошибками в лечении были: повторные курсы лечения акарицидными средствами на фоне развившегося дерматита, одновременное проведение лечения в семье или контактных лиц; высокая концентрация применяемого препарата у детей; отсутствие обработки рук акарицидными средствами после мытья во время проведения основного курса лечения.

Таким образом, наличие остаточных явлений кожного процесса расценивается пациентами и врачами, как отсутствие эффекта от проведенной терапии. В результате применяются повторные курсы лечения, что приводит к развитию постскабиозного дерматита. Эффективность лечения в значительной мере обусловлена одновременным лечением больного и контактных лиц и двукратным осмотром после лечения с 10-14 дневным интервалом.

Литература

1. Малярчук А.П. Чесотка: где истина, а где зазеркалье? / А.П. Малярчук, Т.В. Соколова, Л.Б. Важбин, Т.М. Шувалова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – №3. – С. 41-46.
2. Coignard B. Skin diseases in rural Yucatan, Mexico. / B. Coignard // Int. J. J. Dermatol. – 2022. – № 51(7). – P. 823-828.
3. Goldust M. Comparison of permethrin 2,5% cream vs. Tenutex emulsion for the treatment of scabies. / M. Goldust, E. Rezaee, R. Raghifar [et al.] // Annals of parasitology. – 2020. – № 59(1). – P. 31-35.
4. Andrews R.M. Skin Disorders, Including Pyoderma, Scabies, and Tinea Infections. / R.M. Andrews, J.M. Carthy, J.R. Carapetis [et al.] // Pediatr. Clin. N. Am. – 2019. – № 56. – P. 1421-1440.

Абдиева Д.Х.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Врождённый буллезный эпидермолиз (ВБЭ) - большая группа редких наследственных генетических заболеваний кожи. Патология обусловлена мутациями в генах, кодирующих различные белки, вовлеченные главным образом в поддержание структуры и функции эпидермо-дермального контакта; к настоящему времени идентифицировано 20 таких генов. Для каждого из типов характерен свой спектр тяжести проявлений и различные сочетания мутаций в разных генах. Типы мутаций определяют также характер наследования заболевания (аутосомно-доминантный или аутосомно-рецессивный). Частота встречаемости различных типов БЭ варьирует от 1:30 000 до 1:1 000 000. Ежегодно выявляются новые гены и их продукты, имеющие отношение к патогенезу БЭ, соответственно расширяется перечень клинических форм данной нозологии. Основным клиническим проявлением этой орфанной патологии служит легкая травмируемость кожи и слизистых с возникновением на них при трении прикосновении или даже спонтанно эрозий и различного размера пузырей. Заболевание манифестирует с рождения; диагноз, как правило, клинически устанавливается еще в родильном доме с последующим генетическим подтверждением. Для заболевания характерно склонностью кожи и слизистых оболочек к образованию пузырей, преимущественно на местах незначительного механического воздействия, вследствие нарушения межклеточных связей в эпидермисе или дермо-эпидермальном соединении. Согласно рекомендациям Третьего международного согласительного совещания по диагностике и классификации буллезного эпидермолиза (2008 г.) и их пересмотру в 2014 году, различают 4 основных типа и 6 субтипов врождённого буллезного эпидермолиза, объединенных одним общим признаком – механической слабостью или хрупкостью эпителиальных структур. К основным типам ВБЭ относят простой буллезный эпидермолиз (ПБЭ), пограничный буллезный эпидермолиз (ПогрБЭ), дистрофический буллезный эпидермолиз (ДБЭ) и синдром Киндлер. [1,2,3].

В настоящее время главной целью лечения пациента, страдающего той или иной формой БЭ, является заживление дефектов на коже и слизистых оболочках, а также предотвращение образования новых пузырей и развития инфицирования. Терапия больных ВБ Э включает: уход за пораженной и непораженной кожей, лекарственную терапию поражений кожи и слизистых оболочек, лечение осложнений,

Цель данного сообщения – представить актуальные методы лечения, которые могут быть применены на практике, а также предотвратить ошибки при лечении БЭ.

Этиопатогенетического лечения врожденного буллезного эпидермолиза не существует. В настоящее время основное место в лечении пациентов занимает местная терапия, главными целями которой являются защита кожи и слизистых оболочек от травмирования, увлажнение и обеспечение эластичности кожи, создание благоприятных условий для заживления эрозий. Лечение направлено также на устранение зуда, болевых ощущений, борьбу с инфекционными

осложнениями заболевания. Пациенты с врожденным буллезным эпидермолизом нуждаются в активном динамическом наблюдении и лечении не только у врачей-дерматологов, но и у других специалистов, таких как хирурги, стоматологи, гастроэнтерологи, педиатры, онкологи, офтальмологи, гематологи, психологи. Кожа в области образования пузырей, особенно во время их развития, резко болезненна. Рекомендуются антисептические средства для обработки вскрытых пузырей, эрозий и язв: 0,05 %; 0,1 %; 0,5 % водный раствор хлоргексидина, а также его аналоги – 0,02 % раствор нитрофура, 1 % раствор метилтиониния хлорида. Широко используются как антисептики гели, содержащие 20 % алюминия фосфат или алюминия гидроксид. Эрозии, образовавшиеся на месте пузырей, обрабатывают не содержащими спирт дезинфицирующими растворами хлоргексидина биглюконата, фурацилина 0,02 %, диоксида 5 %, мирамистина или орошают спреем, содержащим октенидинадигидрохлорид и феноксиэтанол. После обработки эрозий и пузырей используются перевязки: первичные (контактные) с использованием неадгезивных повязок, коллагеновых пористых покрытий и вторичные (фиксирующие) повязки. [1, 5]. Эффект «неприлипания» достигается пропитыванием прилегающего к эрозии слоя покрытия различными составами – силиконом, парафином, вазелином, жирами (липидами), кремами, пчелиным воском [5]. Основным их свойством является отсутствие прочного контакта с влажной поверхностью эрозий и язв и окружающей кожей, что обеспечивается за счет наличия гидрофобного нижнего слоя. Повязки неплотно прилипают к коже и атравматично удаляются. Высокая эластичность неадгезивных повязок позволяет моделировать их в соответствии с рельефом кожи. Повязку предварительно обрезают в соответствии с очертаниями раневого дефекта до размера, превышающего размер дефекта кожи на 1–2 см. Гидрогелевые повязки меняют ежедневно либо по мере высыхания, остальные виды неадгезивных повязок – каждые 3–4 дня. В случаях длительного существования эрозий и язв (не менее месяца) применяются первичные повязки: гидрогелевая повязка без самоклеющейся основы, гидроактивная мажевая повязка из волокон кальция-альгината, самофиксирующаяся гидроколлоидная повязка, коллагеновые пористые покрытия, коллагеновая губка с метилтетрагидропиримидином [3, 4]. Поверх нижнего неприлипающего слоя, представленного в виде сетки, накладывают верхний – впитывающий, из стерильных марлевых салфеток, салфеток медикомп или месорб, которые можно менять при промокании, не снимая сетки нижнего слоя. При обильном отделяемом применяют сорбирующие раневые повязки. Впитывающий жидкость слой такого покрытия может быть разным по составу и состоять из полиуретановой губки (мепилекс, сюспур-дерм, пермафом), полисахаридов (альгипор, альгимаф, сильверсель) или коллагеновой губки (комбутек, гешиспон, коллахит). Болезненность в участке кожи, закрытом раневой повязкой, уменьшается. Закрытая повязкой эрозия не обсеменяется микробами, исключается ее дальнейшее травмирование, прекращается мокнутие. Поверх любых покрытий накладывают вторичные повязки. Основная их цель – удержать на месте первичные повязки, т. е. раневые покрытия. Важно, чтобы они не были тугими и не завязывались узлом во избежание дополнительного травмирования. Удобны для бинтования самофиксирующиеся бинты пеха-хафт. Для стимуляции эпителизации эрозий и язв рекомендуется использование декспантенола в сочетании с хлоргексидином. При ограниченных инфицированных поражениях кожи рекомендуется использовать антибактериальные и комбинированные средства: фузидат натрия в сочетании с метилурацилом, бацитрацин в сочетании с неомицином, мупироцин в виде 2% мази 3 раза в сутки в течение 7 дней. Также применяются повязки с добавлением противомикробных средств: с серебром (сильверсель, урготюль S.Ag, фибротюль Ag, атрауман АГ), хлоргексидином (парапран с хлоргексидином, бактиграс), антибактериальными средствами (воскопран с мазью диоксида 5%, воскопран с мазью левомеколь, коллахит ФА, коллахит Ш, альгипор) [5]. При сильных болевых ощущениях могут использоваться покрытия с обезболивающими веществами – парапран с лидокаином, коллахит ФА. При распространенных инфицированных поражениях кожи рекомендуется применять системные антибактериальные средства типа амоксицилина, клиндамицина по 300 мг в/м 2 раза в сутки или ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель. В уходе за неповрежденной кожей нуждаются пациенты с дистрофическими и пограничными группами заболевания, у которых заживление происходит с образованием рубцовой атрофии, представляющей собой участки истонченной кожи, похожей на папиросную бумагу, очень хрупкой, всегда сухой. Кожа в области рубцовой атрофии лишена способности к пото- и салоотделению, т. е. формированию защитной гидролипидной пленки на поверхности, придающей коже здоровых людей мягкость и эластичность. Покрытая рубцами кожа становится особенно хрупкой, как правило, это участки наиболее частого травмирования – локти, колени, лодыжки, шея. У некоторых пациентов с возрастом на рубцах перестают появляться пузыри, а эпидермис сразу отслаивается и возникают эрозии. Кожу в области рубцов нужно ежедневно увлажнять, создавая аналог собственной гидролипидной пленки, чтобы она приобретала мягкость и эластичность и с большей эффективностью противостояла механическим воздействиям. С этой целью применяются кремы, молочко (не содержащие спирта лосьоны) для тела и мази на эмульсионной основе. Помимо косметических средств целесообразно наносить мази на эмульсионной основе с витаминами А, Е и их комбинациями, способствующие пролиферации кератиноцитов и регулирующие кератинизацию, а также мази и кремы с декспантенолом и гемодериватами телячьей крови, улучшающие кровоснабжение и заживление [4,5]. Высыпания часто сопровождаются зудом, особенно при дистрофическом буллезном эпидермолизе, который устраняется антигистаминными препаратами второго поколения, многие из них выпускаются в виде раствора или сиропа, что немало важно для пациентов с дисфагией. При ощущении болезненности в очагах поражения рекомендуются нестероидные противовоспалительные средства. Основные принципы терапии не отличаются от таковых у взрослых лиц. Лекарственная терапия проводится с учетом возрастных ограничений к назначению лекарственных препаратов. Следует учитывать, что повязки, содержащие ионы серебра и/или антибиотики, нужно применять с осторожностью и накладывать на непродолжительный срок (не более 3 дней). Повязки с серебром не применяются у младенцев и детей младшего возраста из-за высокой проницаемости кожи и возможности развития аргирии [1,2,4]. При плохо заживающих язвах применяют специальные регенерирующие повязки в виде эластичных полупрозрачных пластинок, плотно прилегающих ко дну язвы и не дающих возможности ей высохнуть, – гидрогелевые (гидросорб, сорбалгон, гелепран с серебром, гелепран с мирамистином, гелепран с лидокаином, повязка гелевая аполло) и гидроколлоидные (гидроколл, гид-

ротюль, грануфлекс). Особую группу заживляющих повязок представляют коллагеновые пористые покрытия (коллагеновые губки) – комбтек, гешиспон, коллахит. Они плотно прилипают ко дну раны и самостоятельно отделяются либо в случае намокания, либо при полном заживлении. В состав коллагеновых покрытий могут входить антимикробные и обезболивающие (коллахит Ш, коллахит ФА), а также заживляющие (метуракол) вещества [1,4, 5].

Таким образом, терапия ВБ Э включает современные средства для наружного применения с использованием специальных атравматичных силиконовых и липидо-коллоидных повязок на основе полиэстеровой сетки, импрегнированной пластичной матрицей и симптоматическую терапию. Потребность пациентов в обеспечении специализированной медицинской помощью, лекарственными средствами, перевязочными материалами и изделиями медицинского назначения остается пожизненной. Такие подходы в терапии позволяют улучшить заживляемость длительно не заживающих эрозий и язв и тем самым улучшить качество жизни пациентов, повысить их способность к самообслуживанию, предотвратить прогрессирование инвалидизации пациентов и снизить смертность среди детей с данной патологией.

Литература.

1. Лыкова С.Г., Максимова Ю.В., Немчанинова О.Б., Гусева С.Н. Врожденный буллезный эпидермолиз. //Архив патологии.2018.№4.С.54-60.
- 2.Uitto J., Richard G. Progress in epidermolysis bullosa: genetic classification and clinical implications. //Amer.J.Med.Genet. 2020.vol.131.P.61-74.
3. Ladd A.L., Kibele A., Gibbons S. Surgical treatment and postoperative splitting of recessive dystrophic epidermolysis bullosa. //J.Hand.Surg.2022.vol.5.P.888-897.
- 4.Кубанов А.А., Карамова А.Э., Альбанова В.И., Чикин В.В. Врожденный буллезный эпидермолиз: особенности регенерации эпидермиса и методы терапии. //Вестн.дерматол.2017.№4.С.28-37.
5. Goldschneider K.R., Good J.H., Harrop E. Pain care for patients with epidermolysis bullosa. //BMC Medicine. 2021.vol.12.P.178-189.

Абдулаева Д.Ю., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н.

особенности течения мегалобластной анемии в зависимости от возрастного аспекта

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

Актуальность. Мегалобластная анемия (злокачественная анемия, В₁₂-фолиеводефицитная, перницинозная анемия) это одна из форм анемии, развивающейся на фоне атипичных изменений синтеза в РНК и ДНК клетках в процессе кроветворения. В результате чего в костном мозге развиваются многочисленные видоизмененные предшественники эритроцитов — мегалобласты. В большинстве случаев МБА встречается в пожилом и старческом возрасте [3].

Факторами риска развития МБА являются: дефицит витамина В₁₂, ахилический гастрит, лейкоз, резекция желудка, рак желудка, воспалительные заболевания тонкой кишки, строгая вегетарианская диета, длительное голодание, глистная инвазия [1].

Клинические проявления МБА отличаются 3 синдромами: наличием атрофического гастрита, анемического синдрома и поражения нервной системы [5].

Фуникулярный миелоз (ФМ) одно из тяжелых поражений нервной системы при МБА, сопровождающееся набуханием миелиновых оболочек аксонов с последующей их демиелинизацией и вторичным разрастанием нейроглии [4]. Больные с ФМ в основном жалуются на снижение чувствительности кожи и онемение конечностей, ощущение «ватных ног», на утиную походку. В редких случаях наблюдаются нарушение психики, бред, зрительные и слуховые галлюцинации, эпилептические припадки, параличи нижних конечностей [3].

В развернутом анализе крови чаще выявляют гиперхромную анемию, мегалоцитоз эритроцитов, в эритроцитах кольца Кебота, тельца Жолли, пойкилоцитоз и анизоцитоз эритроцитов, резкое снижение количества ретикулоцитов, лейкопению, анэозинофилию, моноцитопению, гигантские полисигментированные нейтрофилы, тромбоцитопению. Окончательный диагноз МБА устанавливается на основании клинических проявлений и при выявлении мегалобластов в костном мозге [5].

В большинстве случаев пациенты с МБА в амбулаторной практике остаются незамеченными. Пациенты лечатся под предлогом анемии, остеохондроза, гастрита и, в конечном итоге, поступают в гематологическое отделение в тяжелом состоянии, с развитием психоневрологических расстройств и проявлениями ФМ.

Целью настоящего исследования явилось выявить факторы риска, клинико-гематологические и психоневрологические расстройства при мегалобластной анемии в зависимости от возрастного аспекта.

Материал и методы исследования. Ретро- и проспективно анализированы истории болезней 93 пациентов с МБА в возрасте от 49 до 73 лет. Среди них мужчин было 53, женщин – 40.

Пациенты с МБА распределены на 2 группы: в I группу вошли пациенты в возрасте от 49 до 59 лет, во II группу вошли – с 60 до 73 лет.

Проведены развернутый анализ крови, биохимические анализы крови (общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, ЛДГ, общий билирубин, свободный билирубин, ферритин, железо сыворотки, амилаза, содержание витамина В₁₂ в сыворотке), эхография печени, почек, поджелудочной железы, МРТ позвоночного столба, гастроскопия, стерильная пункция. Все пациенты осмотрены невропатологом.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований у пациентов II группы по отношению к I группе обнаружено преобладание причин алиментарного фактора (вегетарианская диета) (73% и 33%), хронического гастрита (67% и 29%), глистной инвазии (63% и 27%), резекции желудка (11% и 3%). Мультиморбидный статус у пациентов II группы был более отягощен по сравнению с пациентами I группы: ИБС (67% и 23%), гипертоническая болезнь (63% и 29%), хронический холецистит (55% и 25%), панкреатит (45% и 11%), аутоиммунный тиреоидит (19% и

3%), холицистэктомия (10% и 5%).

В клинических проявлениях МБА у пациентов II группы в более преклонном возрасте парестезия ног (75% и 19%), «ватные ноги» (35 и 3%), утомляемость (97% и 33%), сонливость (45% и 9%), апатия (49% и 11%), депрессия (39% и 10%), эмоциональная лабильность (33% и 7%), агрессивность (33% и 9%), зрительные (11% и 1%) и слуховые галлюцинации (9% и 3%), когнитивные нарушения (15% и 3%), острые психотические реакции (7% и 0%) превалировали по отношению к пациентам в среднем возрасте.

Гиперхромная анемия тяжелой степени (93% и 45%), мегалоцитоз эритроцитов (95% и 45%), в эритроцитах кольца Кебота (89% и 39%), тельца Жолли (87% и 37%), пойкилоцитоз (33% и 11%) и анизоцитоз (29% и 9%) эритроцитов, снижение количества ретикулоцитов (33% и 8%), лейкопения (93% и 45%), нейтропения (29% и 9%), тромбоцитопения (86% и 29%), снижение уровня витамина В₁₂ более значительны (99% и 49%) по отношению к лицам среднего возраста.

Фуникулярный миелоз был обнаружен в 47% случаев у пациентов II группы, тогда как у пациентов I группы ни в одном случае не был обнаружен.

Выводы. Таким образом, МБА наиболее часто встречается в пожилом и старческом возрасте. Окончательный диагноз ставится только после исследования костного мозга. Ранняя диагностика МБА с учетом факторов риска основных клинических синдромов предотвращает развитие психоневрологических расстройств и фуникулярного миелоза.

Литература.

1. Khurshid A. Thiamine Responsive Megaloblastic Anaemia, Diabetes Mellitus and Sensorineural Hearing Loss in a Child // J Coll Physicians Surg Pak. – 2018. - 28(9). - S169-S171.
2. Miller JW. Proton Pump Inhibitors, H₂-Receptor Antagonists, Metformin, and Vitamin B-12 Deficiency: Clinical Implications. – 2018. - 9(4). - 511S-518S.
3. Mohamed M. Pernicious anaemia. BMJ. – 2020. – 369. - 1319.
4. Oo TH. Diagnostic difficulties in pernicious anemia. Discov Med. – 2019. - 28(155). - 247-253.
5. Rao S. Cobalamin Deficiency Masquerading As Pseudo-Thrombotic Microangiopathy. Cureus. – 2020. - 12(7). - 9097.

Аджит Кумар, Мухамадиева К.М., Рахмонов Ф.М.

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСХРОМИЙ НА КОЖЕ ЛИЦА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Хатлонский областной центр кожных и венерических болезней

Актуальность. Актуальной проблемой дерматологии и косметологии являются дисхромии, среди которых важное место занимают мелазмы, представляющие собой приобретённый вид дисхромии, локализующийся преимущественно в области лица и характеризующийся резистентностью к проводимой терапии. [1,2]. Удельный вес мелазмы составляет 1,5 до 33,3% случаев среди лиц с гиперпигментациями, а последние составляют 22,3% случаев в структуре дерматозов [3,4]. Основными причинами, влияющими на развитие данного вида гиперпигментных пятен является наследственная предрасположенность и повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам [5], а в 40-50% случаях заболевание вызывается беременностью или применением оральных контрацептивов [6]. Некоторые авторы указывают на то, что гиперпигментные пятна на лице появляются только во время беременности, однако, у 25-32% женщин провоцирующими факторами их возникновения являются гормональный дисбаланс, не связанный с беременностью, у 18-24% женщин - воспалительные заболевания со стороны женских половых органов, в 60% - заболевания гепатобилиарной системы, а в 77% - заболевания щитовидной железы [1,3,4,6]. Важную роль в патогенезе гиперпигментации кожи имеет длительный приём фотосенсибилизирующих лекарственных средств [2,4]. Кроме того, некоторые авторы указывают на роль жаркого климата в регионе проживания больных, среди которых выявлено от 15 до 35% случаев с гиперпигментациями на коже лица [4,5].

Цель исследования. Изучить этиологические факторы развития мелазмы.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили 232 пациента в возрасте от 30 до 50 лет с мелазмой, которые наблюдались в период с 2018 по 2021 год в ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» города Душанбе. Среди них 167 (72,0%) человек составили женщины, а 65 (28,0%) мужчины. Причины, вызвавшие развитие мелазмы изучали путем тщательного сбора анамнеза, а с целью выявления сопутствующей патологии внутренних органов применяли общеклинические методы исследования (общий анализ крови и мочи, анализ кала на кишечную инфекцию, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и щитовидной железы), а также консультации смежных специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение. Из всего количества обследованных пациентов мелазмы чаще всего наблюдались в возрасте 30-40 лет, но основной контингент в этом возрасте составили мужчины, число которых было в 1,7 раза больше, чем женщин. При этом, среди лиц женского пола чаще всего гиперпигментные пятна встречались в возрасте 40-50 лет, где их насчитывалось в 2,2 раза больше, чем лиц мужского пола.

Изучение региона проживания пациентов с хлоазмами и рода их деятельности показало, что большинство обследованных пациентов явились жителями города Душанбе, число которых составило 93 (40,0%) случая. На втором месте явились пациенты с хлоазмами, проживающими в районах республиканского подчинения (РРП), где их число составило 81 (35,0%) человек, что оказалось в 2,5 раза больше, чем 33 (14,2%) пациента, проживающих в Согдийской области и в 3,2 раза больше, чем 25 (10,8%) пациентов, проживающих в Хатлонской области. Мелазмы чаще встречались среди работников бизнеса и среди лиц, проживающих в городе Душанбе, а меньше всего – среди домохозяек и среди лиц, проживающих в Хатлонской области. Этот факт можно объяснить тем, что жители города Душанбе чаще

обращаются за медицинской помощью из-за доступности медицинских учреждений, занимающихся косметологической практикой, большинство из которых расположены в городе Душанбе. Наименьшее число пациентов с мелазмами, составили домохозяйки, что можно объяснить их редким пребыванием под действием солнечных лучей.

При сборе анамнеза было выяснено, у 121 (52,2%) пациентов с мелазмами не прослеживался семейный анамнез, а в 111 (47,8%) случаях мелазма наблюдалась среди членов семьи: в 49/111;44,1% случаях у родителей пациентов, в 42/111;37,9% – у родных братьев и сестер, у 20/111;18,0% - у членов семьи второй степени родства.

Наиболее часто 59 (25,5%) лиц женского пола первые проявления мелазмы связывали с беременностью, причем у 41/59; 69,4% женщин они появились после первой беременности, у 9/59;15,3% - после второй беременности, у 9/59;15,3% после третьей беременности.

У 181/232;78,0% пациентов ранее проведенная терапия мелазмы заключалась в применении агрессивных методов (химические пилинги, мезотерапия, криотерапия, плазматерапия, фототерапия). Несмотря на то, что у 83/232;35,8% пациентов такое лечение оказалось эффективным, однако у них в течение двух месяцев после окончания терапии отмечались рецидивы, которые не поддавались коррекции.

Сопутствующая патология со стороны внутренних органов была выявлена у 221/232;95,3% пациентов. Чаще всего у пациентов с хлоазмами наблюдались заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые были выявлены у 108/221;48,9% пациентов. Из заболеваний ЖКТ наиболее часто наблюдался холецистопанкреатит, который был выявлен в 36/108;33,3% случаях, то есть в 1,2 раза чаще, чем гастриты (29/108;26,9% пациентов), в 1,4 раза чаще, чем дискинезия желчевыводящих путей (26/108;24,1% пациентов) и в 4,5 раза чаще, чем гепатозы (8/108;7,4% случаев). Второе место по частоте встречаемости занимала эндокринная патология, которая была выявлена в 60/221;27,1% случаях и представленная у 44/60;73,3% пациентов эндемическим зобом, что оказалось в 3 раза больше, чем частота встречаемости поликистоза яичников, выявленного у 15/60;25,0% пациенток. Воспалительные заболевания органов малого таза были выявлены у 12/221;5,4% (9-хронический эндометрит и 3-аднексит). Среди кишечных инфекций, выявленных в 16/221;7,2% случаях чаще наблюдался лямблиоз (11/16;68,8% пациентов). Сочетанная патология, была выявлена в 25/221;11,3% случаях и была представлена заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые у 10/2540,0% пациентов сочетались с эндемическим зобом и железодефицитной анемией (ЖДА), что в 1,2 раза больше по сравнению с 8/25;32,0% пациентами, у которых заболевания с ЖКТ сочетались с ЖДА и кишечными инфекциями, и в 1,4 раза по сравнению с 7/25;28,0% пациентами, у которых заболевания ЖКТ сочетались с эндемическим зобом.

Выводы. Таким образом, основными причинами развития дисхромий в виде мелазмы, явились повышенная инсоляция, беременность, применение агрессивных методов терапии и наличие сопутствующих заболеваний внутренних органов, 76,0% которых составили заболевания ЖКТ и эндокринной системы.

Список литературы

1. Адаскевич В.П., Катина М.А., Мяделец В.О. Пойкилодермия пигментная сетчатая Свитта: клинический случай. Вестник ВГМУ, 2013 – Т. 12, №2-С.153-156.
2. Иконникова Е. В., Круглова Л. С. Гиперпигментация кожи: современные взгляды на этиологию и патогенез (часть 1). Российский журнал кожных и венерических болезней 2017; 20 (3): 178–83.
3. Алиева Н.А. ELOS-методика в коррекции гиперпигментации / Н.А. Алиева // Kosmetikinternational. - 2014. - № 4. - С. 78-81.
4. Sofen B., Prado G., Emer J. Melasma and post inflammatory hyperpigmentation: management update and expert opinion. Skin Therapy Lett. 2016; 21(1): 1–7.
5. Местное лечение хлоазм у женщин в период беременности /Н.В. Шперлинг, А.И. Венгеровский, И.А. Шперлинг, Е.В. Романова// Вестник дерматологии и венерологии 2014; (6): 163—170
6. Шелемба Е. И. Оптимизация метода лечения пациентов с гипермеланозами кожи лица при разных фототипах //Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2018. – №. 1-4. – С. 63-69.

Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АМПИЛУЛЬСТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

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

Актуальность. Шейно-грудной остеохондроз достаточно серьезное заболевание позвоночника, основанием которого являются дегенеративно-дистрофические процессы, происходящие в межпозвонковых дисках и костной ткани позвонков. При этом характерной чертой является тот факт, что в шейном отделе болезнь проявляется очень ярко и заметна ещё на ранних этапах, то в грудном отделе развитие этого заболевания практически незаметно и достаточно редко заявляет о себе.

В основе остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника лежит разрушение губчатых тканей костей. Процесс происходит хронически, годами, нередко он приводит к инвалидности. Остеохондроз такого типа достаточно широко распространён. Подкрадывается он незаметно, прогрессируя с возрастом. Самая большая выраженность и частота клинических проявлений бывает у людей самого активного возраста – между 30 и 50 годами.

Как лечить это заболевание? Остеохондроз – заболевание позвоночника, характеризующееся дегенерацией межпозвонкового диска со значительным снижением его высоты, склерозированием дисковых поверхностей позвонков и реактивным разрастанием остеофитов.

Поражённая остеохондрозом хрящевая ткань дисков постепенно перерождается и превращается в подобие костной. Затвердевший диск уменьшается в размерах, теряет свойства амортизатора между позвонками и начинает давить на нервные окончания, что и приводит к появлению болезненных ощущений. Начальная стадия остеохондроза чаще

всего не проявляет себя какими-либо неприятными ощущениями в области позвоночника и может диагностироваться, как заболевание внутренних органов, а истинный диагноз выявляется только после прохождения многочисленных обследований.

По локализации различают: шейный, грудной, поясничный, крестцовый остеохондроз. Чаще всего диагностируется поясничный остеохондроз, а затем шейный остеохондроз.

Причины, вызывающие изменения в межпозвонковых дисках до конца ещё не изучены. Люди начинают чувствовать проявления остеохондроза, чаще всего, после 35 лет. Развитию и обострению этого недуга способствуют различные травмы спины, статические и динамические перегрузки, а также вибрация. Чем старше человек, тем больше у него проявлений. Но в последние годы всё больше людей в возрасте от 18 до 30 лет обращаются с жалобами на боли в спине. Т.е. остеохондроз резко помолодел.

Причин для раннего проявления заболевания немало: слабая физическая подготовка, нарушение осанки и искривление позвоночника, плоскостопие, избыточный вес, наследственная предрасположенность, травмы позвоночника, малоподвижный образ жизни, работа, связанная с подъёмом тяжестей, длительное воздействие неудобных поз, нервное перенапряжение, стрессовые ситуации, переохлаждение.

Целью работы является изучение влияния физиотерапевтической процедуры, в частности амплипульстерапии (СМТ-терапии) от аппарата «Амплипульс-5», в комплексном лечении больных с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 10 больных – женщин, в возрасте от 40 до 60 лет, с диагнозом остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. Все больные предъявляли жалобы на боли в спине, плечевом суставе, иррадиирующую в верхнюю конечность, ограничение движения в шейном отделе, головные боли, головокружения, периодический подъём артериального давления, нарушения сна.

В комплекс реабилитационных мероприятий, включая медикаментозную терапию, входило применение амплипульстерапии (СМТ-терапии) от аппарата «Амплипульс-5». Для лечения **остеохондроза шейно-грудного отдела** позвоночника применялись переменные синусоидально-модулированные токи частотой 80–100 Гц. Процедуру проводили ежедневно, продолжительностью от 10 до 25 минут. Курс лечения составил 10-15 процедур с перерывом в 10 дней между курсами. Всего 3 курса лечения.

Результаты исследования и их обсуждения. Применение амплипульстерапии при остеохондрозе **шейно-грудного отдела** позвоночника направлено на облегчение состояния и уменьшение проявлений основной симптоматики заболевания: устранение боли, стимулирование микроциркуляции и регенерации тканей, подавление воспалительного процесса, снятие мышечного тонуса и спазмов, нормализация обменных процессов.

Амплипульстерапия (СМТ-терапия) – это метод локального воздействия переменным электрическим током соответствующих параметров через электроды и влажные гидрофильные прокладки, контактно наложенные на определенные области кожных покровов тела пациента. Переменный электрический ток, в отличие от постоянного, в значительно меньшей степени вызывает адаптацию центральной нервной системы к воздействию, что способствует более стойким электродинамическим изменениям в соответствующих структурах и системах.

Амплипульстерапия вызывает активацию сосудодвигательного и дыхательных центров, вследствие чего происходит изменение гемодинамики и функции внешнего дыхания; повышает тонус кишечника, желчевыводящих путей; происходит активация трофических процессов во внутренних органах, вследствие чего восстанавливаются их функции при дистрофических изменениях, и стимулируется регенерация тканей; наблюдается улучшение кровообращения, трофики тканей и функционального состояния центральной нервной системы, активация обменных процессов, нормализация – эндокринной и гормональной систем.

Результаты лечения оценивали по следующим показателям: уменьшение боли в позвоночнике, увеличение амплитуды движения, снижение головных болей, нормализация артериального давления, улучшение сна и повышение работоспособности. Лучшие показатели были у тех больных, которые прошли 3 курса СМТ-терапии с перерывами по 10 дней. Те больные, которые прошли один курс лечения наблюдали незначительные улучшения.

Выводы. Таким образом, назначение амплипульстерапии (СМТ-терапии) при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника в комплексном лечении позволяет значительно уменьшить проявление основной симптоматики заболевания, но даёт стойкий и положительный эффект при более длительном применении данной физиотерапевтической процедуры.

Список литературы:

1. Ясногородский В.Г. Электротерапия. / В.Г. Ясногородский, И.М. Равич - М.: Медицина, 2007 г.
2. Комаров Л.А. Руководство по физическим методам лечения. / Л.А. Комаров, Т.В. Благовидная. М.: Медицина, 2009 г.
3. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии / Н.И. Стрелкова. - М.: Медицина. 2013 г.
4. Улащик Г.В., М. Амплипульстерапия её применение. / Улащик Г.В., М., Медицина 2002 г.

Аминов С.Д., Каримова Г.А.

ВЛИЯНИЕ ДАРМОНАЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Исследование биологически активных веществ, внедрение их в медицинскую практику имеет большое значение для повышения трудоспособности населения и для профилактики различных патологических состояний. В этом отношении большой интерес представляют биологически активные вещества, получаемые из пшеницы. В фармацевтическом институте получено новое биологическое активное вещество на основе пшеницы, субстанция в виде мелкого

порошка – дармонал и на основе овса – дармонал А (Махмуджонова К.С., Каримова С.А., 2002). Фармакологические свойства Дармонал обусловлены содержанием в его составе широкого спектра различных биоактивных соединений: ферменты, витамины комплекса В, микроэлементы, белки, жиры, углеводы.

Целью исследования было установление механизма действия субстанции Дармонала на модели острого токсического лекарственного гепатита, вызванного парацетамолом у крыс.

Материал и методы исследования - исследования проводили на белых беспородных крысах обоего пола массой тела 140-200 г. Лекарственное поражение печени воспроизводили введением парацетамола в желудок в дозе 500 мг/кг в течение 2 дней. Исследуемое соединение Дармонал и препарат сравнения Лив.52 вводили в течение 7 дней после воспроизведения гепатита в дозах 100 мг/кг.

Результаты и обсуждение

Парацетамоловая модель имеет важную особенность - введение препарата сопровождается развитием у животных гемической гипоксии, которая связана с развитием анемии и снижением транспортной функции гемоглобина. Введение парацетамола в дозе 500 мг/кг в течение 2 дней у контрольных животных приводит к повреждению мембран гепатоцитов, нарушению функционирования и сопровождается повышением активности маркерных ферментов аламин и аспаратаминотрансфераз (цитолитический эффект) на 131-237% и маркеров холестаза - щелочной фосфатазы в 6 раз. Поражение печени носит смешанный гепатоцеллюлярный/холестатический характер, что подтверждается коэффициентом (R) ЩФ/АлАТ, равным 2,0.

Лечение отравленных парацетамолом животных препаратом Дармонал и препаратом сравнения Лив.52 в дозе 100мг/кг при пероральном введении в течение 10 дней снижало уровень трансаминаз соответственно: АлТ – в 2,1; 1,7; 2,2 и 1,8 раза, АсТ - в 2,1; 2,5; 2,6 и 1,8 раза по сравнению с контролем, что свидетельствует о снижении остроты поражения печени.

Выводы. Исследование специфической активности препарата Дармонал и препарата сравнения ЛИВ-52 на модели парацетамолового гепатита показали, что препараты при пероральном введении в дозе 100 мг/кг оказывают выраженное гепатопротекторное действие. Исследуемые препараты снижали активность органоспецифических ферментов АлАТ, АсАТ, ЩФ и ГГТ в сыворотки крови при токсическом гепатите.

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.

ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В РЕГИОНЕ МНОГОРОЖДАЕМОСТИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Известно, что сахарный диабет с его осложнениями, являются факторами, определяющими медицинскую, социальную и экономическую значимость этого заболевания [1,2]. Прогрессирующий рост распространенности сахарного диабета 2 типа на планете, в том числе и в Таджикистане, тяжесть его осложнений, в число которых входят и поражения костной системы, обосновывают необходимость поиска новых лекарственных средств, направленных на компенсацию как основного заболевания, так и его осложнений. Актуальность проблемы обосновывается и тем, что по мере старения населения остеопороз и вызванные им переломы будут нести серьезную нагрузку на систему здравоохранения [3,4,5].

Цель исследования. Изучить эффективность Деносумаба в комплексной терапии больных женщин СД 2 типа постменопаузального периода с остеопеническим синдромом в регионе высокой рождаемости, а также золендроновой кислоты в группе мужчин с СД 2 типа с выявленным сниженным уровнем свободного тестостерона и остеопеническим синдромом на фоне достижения и удержания целевого уровня гликолизированного гемоглобина.

Материалы и методы. В работе приведены данные исследования состояния костной ткани у 15 пациенток СД 2 типа постменопаузального периода с остеопеническим синдромом и 12 мужчин СД 2 типа со сниженным уровнем свободного тестостерона в крови. Средний возраст пациентов с СД 2 типа составил 58,8 лет. Контрольную группу составили 15 женщин и 12 мужчин аналогичного возраста, не страдающих СД 2 типа.

Критериями включения явились: пациентки СД 2 типа постменопаузального периода с высоким паритетом в анамнезе и 12 мужчин аналогичного возраста с выявленными сниженными уровнями свободного тестостерона в крови, возраст обследованных 45-65 лет, длительность диабета от 5 лет.

Критериями исключения являлись: больные СД 1 типа, пациенты с терминальными стадиями нефропатии, ретинопатии, с ревматическими заболеваниями, с указанием приема глюкокортикоидов в анамнезе, наличием гипонатризма и других эндокринных заболеваний.

Всем больным проводились клинико-лабораторные исследования крови и мочи, биохимические анализы (показатели гликемии, содержание гликолизированного гемоглобина; общего холестерина; ХС-ЛПВП; показатели фосфорно-кальциевого обмена; витамин Д; маркеры костного ремоделирования а также содержание свободного тестостерона в крови у мужчин). Из инструментальных методов исследования для оценки возможной потери костной ткани применялся метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с использованием остеоденситометра Hologic Discovery Wi (S/N 88426, USA). Исследования выполнялись в трех стандартных участках опорно-двигательного аппарата-поясничном отделе позвоночника, проксимальной части бедренной кости, дистальных отделах костей предплечья. Статистический анализ проведен на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 10,0».

Результаты и их обсуждение. В динамике ведения всех больных сахарным диабетом 2 типа мы придерживались основного условия - коррекцию гликемического контроля. Для выполнения этой задачи проводилась работа, направленная на модификацию образа жизни и подбор адекватной медикаментозной терапии. Выбор тактики лечения

больных СД 2 типа обосновывался исходным уровнем гликолизированного гемоглобина (HbA1c) и ведущей клинической симптоматикой. При уровне гликолизированного гемоглобина более 7% (7,5-8,0) назначалась монотерапия метформином, при отсутствии противопоказаний (наличие гипоксических состояний). Применение метформина способствовало снижению уровня HbA1c на 1-2%, характеризовалось отсутствием прибавки веса и низким риском гипогликемии. В группе больных СД 2 типа в состоянии субкомпенсации и декомпенсации при исходно высоких уровнях HbA1c (8-9%) назначалась комбинация сахароснижающих препаратов (глипизид в сочетании с метформином; высокоселективный ингибитор ДПП-4-аллоглиптин с метформином). Назначение последней комбинации позволило у более чем 50% пациентов СД 2 типа достигнуть уровня HbA1c до 7%. Терапия ГПП-1 (лираглутид), проведенная в группе больных с исходным уровнем HbA1c (9-9,5%) способствовало более выраженному по сравнению с ДПП-4 снижению HbA1c (на 0,8-1,8%), ассоциировалась с низким риском гипогликемии, снижением массы тела и уровня артериального давления. В течении последнего года нами апробированы новые сахароснижающие препараты из группы и НГЛТ-2 (дапаглифлозин, канаглифлозин), механизм которых основан на снижении реабсорбции глюкозы в почках. Сахароснижающий эффект и НГЛТ-2 по степени снижения HbA1c составил примерно 0,8%. Отмечено, устойчивое сохранение сниженного HbA1c на фоне сочетанного применения с метформином.

Следовательно, терапия больных СД 2 типа в регионе высокой рождаемости определялась, как ведущей клинической проблемой (наличием ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний), а также степенью снижения уровня HbA1c, риском возникновения гипогликемий и возможными побочными явлениями.

Контингенту больных сахарным диабетом 2 типа постменопаузального периода с остеопеническим синдромом наряду с основной терапией сахарного диабета дополнительно назначалось лечение остеотропными средствами с учетом патогенетических свойств препаратов и приверженности пациентов. Использованные препараты: Деносумаб, в группе женщин больных СД 2 типа с остеопеническим синдромом и высоким паритетом в анамнезе, золендроновая кислота – в группе больных СД 2 типа мужчин со сниженным уровнем свободного тестостерона и с остеопеническим синдромом. В схему комплексной терапии были включены также витамин Д и препараты кальция.

В динамике применения препарата Деносумаб в группе наблюдавшихся женщин СД 2 типа постменопаузального периода с остеопеническим синдромом отмечено достоверное увеличение МПКТ, особенно в области позвоночника, а также снижение показателей СТХ (маркера остеорезорбции) и тенденция к повышению показателей остеокальцина (маркера образования костной ткани). В группе больных мужчин СД 2 типа с остеопеническим синдромом и с выявленными сниженными уровнями свободного тестостерона в динамике применения золендроновой кислоты отмечено также улучшение показателей МПКТ и критериев костного обмена, в частности достоверное снижение содержания СТх на фоне одновременного приема препаратов Са и витамина Д при обязательном условии достижения и удержания целевого уровня гликолизированного гемоглобина в крови.

Выводы. Таким образом, подбор комбинаций и адекватных доз сахароснижающих препаратов, направленных на достижение и удержании целевого уровня гликолизированного гемоглобина с дополнительным включением остеотропных средств с учетом патогенетических свойств препаратов и приверженностей больных позволил отметить положительный эффект, выразившийся в показателях денситометрического исследования и уровня маркеров костного обмена в процессе 2-х летнего наблюдения.

Список литературы.

1. Хёрст, М. Атлас диабета [Электронный ресурс]/ М. Хёрст. – Брюссель, 2019. -162с.
2. Нуруллина, Г.М. Особенности костного метаболизма при сахарном диабете [Текст]/ Г.М. Нуруллина, Г.И. Ахмадуллина // Остеопороз и остеопатии. –2017.–Т. 20, № 3. –С.82-89.
3. Дедов И.И. [и др.] Остеопороз — от редкого симптома эндокринных болезней до безмолвной эпидемии XX–XXI вв[Текст]/ // Проблемы эндокринологии. -2011. - №57, Т. 1.- С. 35–45.
4. Мельниченко Г.А. [и др.] Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза [Текст] / // Проблемы эндокринологии. – 2017. - №6, Т. 63. -С. 392-426.
5. Шепелькевич, А.П. Остеопатии при сахарном диабете 1-го и 2-го типов: клинко-патогенетическое обоснование ранней диагностики, комплексной профилактики и лечения[Текст]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / А.П. Шепелькевич. - Минск, 2013. - 43 с.

Анварова Ш.С., Джаборова М.С., Абдулхаков И.

НАШ ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПРЕДГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Известно, что в настоящее время наблюдается прогрессирующие увеличение распространенности сахарного диабета (СД) на планете. Особую озабоченность вызывает распространенность СД 2 типа [2,3]. Одним из важных факторов риска возникновения СД 2 типа является избыточный вес и ожирение, имеющий тенденцию к значительному росту [4,5]. В связи с этим многие форумы, посвященные проблемам ожирения и СД 2 типа проходит под эгидой «Цунами XXI века» [2]. Учитывая большую распространенность избыточного веса и ожирения среди населения в Таджикистане, особенно среди женщин репродуктивного возраста представляет актуальность не только своевременная диагностика различных нарушений углеводного обмена, включая СД 2 типа у данных пациенток за долго на дородовом периоде и активная дифференцированная терапия, направленная на предотвращение прогрессирования патологического процесса, возможности развития гестационного диабета в последующем.

Цель исследования. Ознакомление с опытом дифференцированного подхода к ведению пациенток с предгестационным СД 2 типа и другими типами нарушений углеводного обмена в сочетании с ожирением, заключающийся

в получении максимального терапевтического эффекта в результате использования комбинированного способа вмешательства с включением измененного образа жизни и медикаментозных средств для достижения целевых уровней метаболических показателей.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели мы основывались на том, что каждый человек имеет генетически детерминированные и фенотипически закрепленные особенности конституции и метаболизма, называемые базисным метаболическим уровнем.

Учитывая, что диета это мономера и лишь часть комплексного подхода к коррекции MetObesity у женщин репродуктивного возраста, мы придерживались индивидуального подхода, учитывающего характер биоритмов пациентки, ее морфотип, параметры реактивности и латерального профиля. Для осуществления приведенной задачи нами была разработана индивидуальная схема снижения веса, учитывающая привычки и образ жизни конкретной пациентки. В работе проведена оценка следующих параметров, характеризующих состояние метаболизма: определение уровня гликемии натощак и в течение дня, проведение ПТГ, оценка содержания гликолизированного гемоглобина в крови, показатели липидного обмена (ХС, триглицеридов, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, коэффициент атерогенности), уточнялось содержание лептина.

Результаты и их обсуждение. В предыдущих сообщениях отмечалось, что среди выявленных 92 пациенток с СД 2 типа и 36 случаев нарушений углеводного обмена различного характера (случаи постпрандиальной гипергликемии и НТГ) среди женского контингента населения г. Душанбе с избыточным весом и ожирением в процессе динамического наблюдения с использованием диетотерапии и физических тренировок достигнут лишь частичный терапевтический эффект, выразившийся в нормализации гликемического контроля в большинстве наблюдений, однако при достижении нормализации веса пациенток лишь в 20%. В связи с достигнутым лишь частичным случаях положительным результатом динамические исследования продолжены. В настоящем исследовании приводятся данные, характеризующие дифференцированные подходы к медикаментозной коррекции избыточной массы и ожирения у женщин репродуктивного возраста вне беременности для достижения целевых уровней метаболических показателей.

Следует отметить, что сбалансированное питание предусматривало на этапе снижения массы тела – гипокалорийное, на этапе поддержания достигнутого результата – эукалорийное. Причем, питание было регулярным до 5 раз в день с правильным распределением калорийности в течении суток. Пациенткам ограничивалось употребление жиров и легкоусвояемых углеводов, т.к. ограничение в рационе жира позволило снизить поступление большого количества калорий в организм и нормализовать массу тела. Эти рекомендации основывались на экспериментальных данных, свидетельствующих о том, что для достижения нормальной массы тела доля жира в рационе должна составлять не более 30%, а в качестве углеводного компонента должны использоваться в основном трудноусвояемые углеводы (хлеб грубого помола, крупы, макаронные изделия, овощи, фрукты) на долю которых должны приходиться 55%-60% суточной калорийности.

Модификация стиля жизни пациенток предусматривала увеличение двигательной активности за счет относительно незначительных объемов нагрузок. Главным результатом в расширении физической активности у наблюдавшихся женщин репродуктивного возраста было увеличение расхода энергии. По нашему мнению, согласно полученным нами результатам, одним из простых и эффективных видов репродуктивного возраста, учитывая их бытовые и культурные особенности является ходьба. Следует подчеркнуть, что успех физических нагрузок для профилактики СД 2 типа и других видов нарушения углеводного обмена, а также регресса ожирения является регулярность его выполнения. По опыту результатов наших исследований можем рекомендовать ходьбу по 10 мин. в день с постепенным увеличением продолжительности до 30-40 минут в начале до 4 раз в неделю, а затем ежедневно. Обязательным условием, согласно полученным нами результатам, является регулярность исполнения.

Медикаментозная терапия назначалась при отсутствии должного терапевтического эффекта от проведенных немедикаментозных мероприятий. К группе использованных препаратов относился в первую очередь метформин. Препарат назначался в дозе 850 мг х 1 раз в сутки вечером после приема пищи. В динамике при отсутствии стойкого терапевтического эффекта доза препарата увеличивалась до 500-850 мг и в утренние часы. При назначении препарата учитывался механизм его действия заключающийся в повышении чувствительности тканей к инсулину, способствующий снижению массы тела и улучшению функции эндотелия сосудов у пациентов. Следует отметить, что в динамике применения метформина в указанных дозах отмечен терапевтический эффект в 50%, выразившийся в нормогликемии и достижении целевого уровня гликолизированного гемоглобина, соответствующего $\leq 6,5\%$. Констатировано и достоверное улучшение показателей липидного обмена (содержания ХС и триглицеридов в сыворотке крови $P < 0,001$). Ряду пациенток (15%) для получения более достоверных результатов была назначена комбинированная терапия метформином и субтромином. Как известно, последний является препаратом центрального действия, блокирующим рецепторы голода. Однако, при использовании препарата учитывались противопоказания к использованию препарата, таких как, тяжелая почечная и печеночная недостаточность, психические заболевания, некомпенсированная артериальная гипертензия, ИБС и нарушение ритма сердца, сердечная недостаточность, глаукома. Субтромин назначался однократно в дневные часы и метформин в вечернее время.

Одним из самых безопасных препаратов, влияющий на постпрандиальный уровень глюкозы и инсулинорезистентность, использованный при лечении 15% пациенток в основном повторно рожавших в диапазоне возраста (39-49 лет) являлась акарбоза, представитель класса ингибиторов α -глюкозидаз. Препарат использовался по 50 мг х 3 раза в день перед или во время еды. Указанные дозы были наиболее безобидными и исключали возможные побочные эффекты в виде метеоризма и диареи. Также 20% пациенткам приведенного возраста с СД 2 типа и сохранившимся ожирением была назначена терапия лираглутидом (1 раз в сутки). Лираглутид – агонист рецепторов глюкагоноподобного пептида – 1, обеспечивающего контроль особенно постпрандиальной гликемии. Указанная комплексная терапия дополнялась витаминами и микроэлементами, т.к. известно, что любая диета является пищевым ограничением и организм испытывает потребность в перечисленных комплексах.

Назначение перечисленных препаратов дифференцированно с учетом индивидуальных особенностей наблюдавшихся пациенток позволило добиться максимального успеха с достижением целевых уровней гликолизированного гемоглобина $\leq 6,5\%$, а также нормализацией липидных показателей и динамического сохранения достигнутого снижения и нормализации массы тела у преимущественного контингента обследованных.

Полученные нами данные согласуются с результатами исследований ряда авторов [1], свидетельствующих о необходимости прегравидарной подготовки женщин с нарушениями углеводного обмена и риском развития гестационного диабета. Наблюдения в динамике продолжаются.

Список литературы.

1. Гафарова Е.А., Замалеева Р.С., Коган Я.Э. «Особенности прегравидарной подготовки женщин с нарушениями углеводного обмена и риском развития гестационного диабета» // Практическая Мед. 2017, т.7., №108.С. 41-46.
2. Глобальный план действия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. ВОЗ, 2014, 114 с.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. и др. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» // Сахарный диабет 2017. Т.20, №15.С. 1-21.
4. Трошина Е.А., Покусаева В.Н., Андреева В.Н. «Ожирение у женщин» / под ред. Г.А. Мельниченко, Н.К. Никифоровского. М. Медицинское информационное агенство, 2017. 272 с.
5. Tangeez Z., Gomez G., Stanford F.C. Obesity in womens. Health. 2018. Vol.27, №4. P.444-457.

Анварова Ш.С.

ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ РОСТ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время в структуре всех эндокринных заболеваний тиреоидная патология занимает одно из ведущих мест, уступая лишь сахарному диабету. Так, по данным ВОЗ около 700 млн. человек в мире страдают заболеваниями щитовидной железы, причем число вновь выявленных случаев патологии увеличиваются ежегодно на 5%. Наряду с этим следует отметить существенные сдвиги происшедшие в изменении, структуры патологии эндокринной системы, в частности тиреоидных заболеваний, бурным приростом аутоиммунных процессов, частым возникновением коморбидных состояний с утяжелением их прогноза. Известно, что хронический аутоиммунный тиреоидит (АиТ) – классическое органоспецифическое аутоиммунное заболевание, имеющее несколько клинических вариантов течения, морфологическим проявлением которого является плазмоцитарная и лимфоидная инфильтрация ткани щитовидной железы. Основную роль в патогенезе АиТ играет клеточно и антитело – опосредованная реакция иммунной системы на тиреоидные антигены [1,2]. Распространенность АиТ в целом достигает 10-12%, а ежегодная заболеваемость составляет около 350 случаев на 1000000 для женщины 60 случаев на 100000 для мужчин [3]. В большинстве случаев АиТ значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин [4].

В литературе широко обсуждается вопрос о роли йода в развитии АиТ, причем дискусируется две диаметрально противоположные версии, в частности об увеличении распространенности АиТ в группах населения с высоким содержанием йода и в эндемических регионах с наличием дефицита йода.

Для ответа на поставленный вопрос разрешите небольшой экскурс в историю изучения вопроса на примере Таджикистана. Республика Таджикистан, это край климато-географических контрастов, более 93% которых занимают горы и как любая местность находящаяся далеко от морей характеризуется йодной недостаточностью. Еще в путевых заметках Марко Поло, путешествующего из России в Китай было отмечено наличие свисающих образований в области шеи «зоб» у жителей высокогорного Хорога.

Наличие йодного дефицита в стране и его тяжелые последствия были подтверждены исследованиями как региональных специалистов включая сотрудников кафедры, членов ассоциации эндокринологов – тиреоидологов и представителей ВОЗ. Последствия одного дефицита отражались в широком распространении йоддефицитных заболеваний с признаками отставания не только в физическом, но и умственном развитии. Исследования сотрудников кафедры продемонстрировали наличие выраженных изменений со стороны ССС у больных с гипотиреозом в зависимости от степени выраженности йодного дефицита в регионе. Автором были обнаружены выпоты в плевральной полости у больных с гипотиреозом из регионов, характеризующихся тяжелой йодной недостаточностью. В сериях исследований сотрудников также было изучено состояние беременных с функциональной оценкой плаценты с эндемическим зобом. Были разработаны эффективные схемы профилактики зоба среди беременных в различных регионах республики, онкологическая их настороженность.

Причем исследования, проведенные в республике в течении последующих более 30 лет показали, что не существует территорий на которых население не подвергалось бы риску развития ЙДЗ. Учитывая сложную эпидемиологическую ситуацию были приняты меры по снижению ЙДЗ в стране. Была принята Правительством Национальная Программа борьбы с ЙДЗ в РТ на 1997-2001 гг. закон о йодировании соли. Осуществлена реализация проекта «Улучшение питания матерей и детей из малообеспеченных семей РТ». С 1993 г. ВОЗ и Детский фонд ООН ЮНИСЕФ рекомендуют универсальное йодирование соли. Для более радикального решения вопроса об устранении йодного дефицита Правительством РТ был принят закон об обеспечении населения обогащенными пищевыми продуктами №1635 от 19.07.19 г. следует отметить, что в настоящее время более 70% населения в более чем 120 странах мира имеют доступ к йодированию соли. Несмотря на смягчение остроты проблемы с ЙДЗ проводится постоянный контроль за состоянием вопроса в стране т.к. йодный дефицит является удобным фоном для развития последующих аутоиммунных процессов в первую очередь в щитовидной железе.

С целью оценки частоты встречаемости АиТ среди населения Таджикистана, было обследовано 622 человека

на базе Городского медицинского центра (ГМЦ). Средний возраст обследованных составил $31,8 \pm 0,6$ лет. Всем обследованным лицам проводилось клиничко-лабораторное исследование, включившее: уточнение анамнестических данных, определение уровня гормонов – ТТГ, св. Т4, св. Т3, содержания антитела к ТПО и антител к рецептору ТТГ, производилось УЗИ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 8,0 и Excel.

В процессе исследования среди обследованных 622 лиц выявлено 38 пациентов с АиТ. Средний уровень антител к ТПО в группе обследованных мужчин составлял в пределах $834,1 \pm 16,6$ и в группе женщин $670,6 \pm 19,0$ мг/мл. В динамике исследования выявлено гендерное различие в установлении АиТ, так в группе обследованных женщин АиТ диагностирован в 2 раза чаще, чем среди мужчин, подтвержденных обследованию. Полученные результаты о половом различии в установлении АиТ согласуются со сведениям [4].

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о важном факторе риска, как йодный дефицит в формировании АиТ и требуют дальнейших исследований в этом направлении.

Список литературы.

1. Болдырева Ю.В., Лебедев И.А., Кручинин Е.В. и соавт. Единый подход к ведению пациентов с аутоиммунным тиреоидитом. (Литературный обзор). Кардиология. 2019; 07 (175):110-113. Doi:10.25694/URMG.2019.07.25.
2. Рожко В.А. Современное состояние проблемы аутоиммунного тиреоидита. Проблемы здоровья и экологии. 2019; 2(60):4-13.
3. Wiersinga W.M. Hashimoto's Thyroiditis. In Vitti P., Hegedus L. (eds) Thyroid Diseases. Endocrinology. Springer, Cham.; 2018. 205-247. Doi: 10. 1007/978-3-319-45013-17.
4. Mincer D.L., Jialal I. Hashimoto Thyroiditis. (Updated 2020 Aug 10). In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Jan-Available from: <https://www.n.cbi.nlm.nih.gov/books/NBK459262/>.

Асоев М.М., Саидов П.А.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Перинатальные патологии центральной нервной системы (ЦНС) являются одними из ведущих факторов среди причин высокой смертности и дальнейшей инвалидизации детей раннего возраста. Согласно современным представлениям, любое неблагополучие течения беременности у матери для плода трансформируется, прежде всего, в гипоксию. К характеристикам, показывающим актуальность данной проблемы, относятся ранняя неонатальная и перинатальная смертность, высокая заболеваемость и тяжелая инвалидизация таких детей с раннего возраста. Своевременная диагностика и разработка рациональных коррекционно-терапевтических работ исключительно важны и создают необходимые предпосылки для дальнейшей социальной адаптации таких детей и уменьшении степени неврологических отклонений. Данная проблема является одной из медико-социальной государственного масштаба. Заболевания ЦНС, которые приводят к дезадаптации и инвалидизации маленьких пациентов, в 75 – 85% случаев обусловлены факторами перинатального периода [1,4]. Тяжелые и угрожающие жизни детей поражения ЦНС нередко приводят этих детей к инвалидизации и дезадаптации, но анатомо-физиологические особенности головного мозга таковы, что иногда обширное повреждение мозга протекает без неврологического дефицита [2,3]. Термин ГИЭ представляет собой клинический диагноз, объединяющий неврологические расстройства и биохимические нарушения, в результате перинатальной гипоксической ишемией (ГИ). Признаки острого повреждения головного мозга зависят от степени церебральной кровотока, тяжести и длительности ГИ. По современным данным литературы зарубежных авторов, перинатальная энцефалопатия у доношенных новорожденных встречается с частотой 2 – 7 на 1000 детей в мире, а в Таджикистане частота достигает 498 на 1000 детей до года [1,5]. Социальная адаптация детей, страдающих от ярко выраженных неврологических отклонений и нередко имеющих различную степень инвалидности нуждаются в своевременном стационарном лечении и правильной реабилитации, для того чтобы она прошла для них наиболее легко. Актуальность и необходимость изучения данных проблем в детской неврологии обусловлены определенной тяжестью внедрения новых методов диагностики, а также дифференциальной диагностикой, терапией и реабилитационными мероприятиями.

Цель исследования. Изучить алгоритмы диагностики перинатального поражения центральной нервной системы у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили в Национальном медицинском центре «Шифобахш» Республики Таджикистан г. Душанбе, отделении детской неврологии. Обследовано 45 детей с первых дней жизни до первого года с перинатальным поражением нервной системы. Данным пациентам был поставлен диагноз: «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия 2-3 степени тяжести». Диагноз устанавливали по результатам соматического осмотра и неврологического обследования, а также инструментальных методов исследований (нейросонография (НСГ), компьютерная и магнитно-резонансная томография (МРТ и КТ)). Также здесь учитывались диагностические критерии по клиничко-неврологическому статусу.

Результаты и обсуждение. Среди исследованных детей было 25 (55,6%) мальчиков и 20 (44,4%) девочек. Был проведен ретроспективный анализ, в ходе которого новорожденные дети были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 (66,7%) дети с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) тяжелой степени в остром периоде. Во вторую 15 (33,3%) дети, у которых отмечалось прекращение прогрессирования или ремиссия ГИЭ. Диагноз тяжелых форм перинатальной патологии ЦНС был поставлен на основании анализа соматического осмотра и клиничко-неврологического статуса, дополнительных методов нейровизуализации НСГ, МРТ, электроэнцефалографии (ЭЭГ), осмотра

глазного дна, консультации педиатра и врача офтальмолога. Данные диагностические критерии показали полиэтиологичную природу перинатальной патологии нервной системы, но ведущими факторами в основной I группе были острая и хроническая гипоксия у 12 (40%), внутриутробная инфекция у 9 (30%), родовая краниоспинальная травма у 2 (6,67%), недоношенность у 4 (13,3%) и их сочетание у 3 (10%) пациентов. У 42 обследованных детей матери имели отягощенный соматический и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Также у матерей данных детей наблюдалась различная соматическая патология, наиболее часто отмечались хронические заболевания ЖКТ и печени (8), эндокринная патология (10), это такие заболевания как – эндемический зоб, аутоиммунный гипотиреоз, нейроэндокринное ожирение, сердечно-сосудистая патология (5), синдром вегетативной сосудистой дистонии (15), артериальная гипертензия (2), болезни мочеполовой системы (3). Также у некоторых женщин неблагоприятное течение беременности было связано с наличием таких неблагоприятных факторов, которые способствуют развитию внутриутробной гипоксических явлений у плода, это такие патологии у матери как гестоз, угрозы преждевременных родов, хронической маточно-плацентарной недостаточности. Вне зависимости от причин явных различий по сопутствующей патологии соматической системы, хроническим акушерско-гинекологическим заболеваниям, а также по частоте осложнений течения беременности родов показано не было. Но было отмечено, что по совокупности неблагоприятных факторов анамнестических данных с осложненным течением беременности и родов детей в первой группе отягощенность была значительно выше, чем во второй. Критериями включения в I группу (30 новорожденных) были: оценка по шкале Апгар ниже 6 баллов при рождении, доношенность, возраст старше 42 дней. Общее состояние при рождении у 6 детей было очень тяжелым, у 26 состояние тяжелой степени. Оценка по Апгар у 6 была 1/3, у 15 – 3/4, у 24 – 4/6 балла. Клинические проявления острого периода заболевания характеризовались преобладанием общемозговой симптоматики в том числе и нарушением сознания, судорожным синдромом. Нарушение сознания наблюдалось у 6 новорожденных: 2 находились в коме, 4 в сопоре. Оценка по шкале Glasgow (модификация Jacobi, 1988) составляла 7-9 баллов. Судорожный синдром наблюдался у 15 новорожденных, при этом судороги у 10 больных были тонические, у 5 – тонико-клонические. Синдром угнетения центральной нервной системы длительностью от 7 до 10 дней наблюдался у 24 больных, который характеризовался гиподинамией, вялым сосанием, мышечной слабостью, гипо- и арефлексией. Синдром внутричерепной гипертензии наблюдался у 17 новорожденных. Ведущими симптомами данного синдрома были напряжение и выбухание большого родничка, расхождение швов черепа, беспокойство, крик, дрожание подбородка при плаче. Очаговая симптоматика включала в себя следующее: глазодвигательные нарушения (горизонтальные вертикальный нистагм, косоглазие) у 24, бульбарные нарушения (нарушения акта сосания и акта глотания) у 12 больных. Различная сочетаемость данных выше синдромов было в 13 случаях. Характерной симптоматикой было также нарушение мышечного тонуса: гипотония (мышечная слабость) у 10, гипертонус у 15, дистония у 6 пациентов. Были выявлены нарушения в рефлексорной сфере, которые были выражены в виде арефлексии у 4, гипорефлексии у 7, гиперрефлексии у 13 детей. Задержка физиологических рефлексов наблюдалась у 28 новорожденных детей. На нейросонографии выявлены сочетания следующих ультразвуковых изменений: асимметрия боковых желудочков у 4, расширение желудочковой системы и дилатация боковых рогов у 8, псевдокисты у 6, щелевидная желудочковая система у 6, субэпендимальная геморагия у 5 больных. По данным оценки нейровизуализирующих методов, можно увидеть наличие морфологических изменений инфекционного процесса, умеренно-выраженных гидроцефалий, ишемических и геморрагических расстройств. При тяжелых формах заболевания на МРТ головного мозга у 18 больных обнаружили снижение плотности вещества мозга, с образованием перивентрикулярной лейкомаляции, субкортикальной лейкомаляции, расширением и асимметрией желудочковой системы. Употребление последовательности создает условия диагностировать такие повреждения с первых дней рождения, и в остром периоде наблюдается гиперинтенсивность сигнала от участков повреждения. В отдаленном периоде ГИЭ в зонах повреждения визуализируются глиозные изменения (гиперинтенсивность T2) и атрофические изменения, реже кистозные и псевдокистозные изменения белого вещества. Некроз белого вещества, расположенного дорзально и латерально к боковым желудочкам, при ГИ встречается преимущественно у недоношенных новорожденных, но может наблюдаться и у доношенных новорожденных. Обследование II группы было направлено на изучение 15 новорожденных детей. Основным клиническим синдромом ГИЭ у 7 детей была гидроцефалия, у 3 синдром внутричерепной гипертензии, у 5 сочетание гидроцефалии с синдромом задержки психоэмоционального и физического развития. Неврологический статус был представлен нарушением функции черепных нервов (3, 4, 6, 9, 10, 11, 12), изменения мышечного тонуса (гипотония, гипертонус, дистония), изменением рефлексорной сферы (гиперрефлексия, гипорефлексия, арефлексия). Синдром гидроцефалии по данным нейросонографии характеризовался расширением и асимметрией боковых желудочков, дилатацией передних рогов. Динамическое наблюдение в течение детей 1 года жизни выявило формирование таких заболеваний как – детский церебральный паралич у 5 больных, эпилептический синдром у 6 больных, синдром умственной и физической отсталости у 3. Трое пациентов из состояния комы перешли в вегетативное состояние. У шести детей шло развитие с умеренной задержкой психомоторного развития (оценка по шкале Л.Т.Журба 22-24 балла). У шести детей была выраженная задержка психоэмоционального и физического развития. Показатель развития по шкале у них составил 17-19 баллов.

Выводы. Среди перинатальных поражений нервной системы у детей до одного года первое место занимает гипоксически-ишемическая энцефалопатия, клинически проявляющаяся полиморфизмом в зависимости от месячного возраста ребенка. В большинстве случаев клинические проявления перинатальной энцефалопатии начались с двухмесячного возраста и клинически проявляющаяся гидроцефальным, гипертензионным и судорожным синдромом. Необходимо отметить, что нейросонографические данные, данные осмотра глазного дна у 30% детей никаких изменений не дали, но у этих детей клинические проявления гипоксически-ишемической энцефалопатией проявилось синдромом гипервозбудимости. Также важно понимать необходимость своевременной диагностики и вовремя начатой терапии, для избежания развития ярко-выраженных структурных изменений в центральной нервной системе у этих детей. Таким образом, в основной группе к концу раннего восстановительного периода сохранялись синдромы двигательных и когнитивных нарушений различной степени тяжести, затрудняющие их к социальной адаптации.

Список литературы

- 1 Андросова З.П., Софронова Г.И. Особенности соматического здоровья у детей первого года жизни с перинатальной патологией ЦНС // Материалы IV медицинской Ассамблеи Союза городов Заполярья и Крайнего Севера: Якутск. – Тверь: 2002. – С. 26-27.
- 2 Софронова Г.И., Андросова З.П. Резистентные формы эпилепсии у детей раннего возраста // Материалы IV медицинской Ассамблеи Союза городов Заполярья и Крайнего Севера: Якутск. – Тверь: 2002. – С. 204-205.
- 3 Андросова З.П., Попович Р.С. Characteristics of perinatal lesions of central nervous system in the acute period // Материалы X Российско-Японского международного медицинского симпозиума. – Якутск: 2003. – С.323-328.
- 4 Петрова М.А., Андросова З.П., Софронова Г.И. Resistant forms of epilepsy at early childhood // Материалы X Российско-Японского международного медицинского симпозиума. – Якутск: 2003. – С.448-451.
- 5 Попович Р.С., Андросова З.П., Софронова Г.И., Казакова И.М. Клинико-психологические аспекты перинатальной патологии ЦНС в условиях Крайнего Севера // Материалы IV Всероссийского конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М.: 2003. – С.177-181.

Асоев М.М., Мухитдинзода М.А.

ЗНАЧИМОСТЬ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Актуальность. Перинатальные поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС) занимают особое положение в структуре заболеваний этого периода. Данный диагноз, в качестве основного и сопутствующего, выставлен более чем у 91% детей [1]. Наиболее тяжёлым осложнением ПП ЦНС является образование стойкого неврологического дефицита и инвалидизации, формирование заболеваний, таких как эпилепсия, умственная отсталость, детский церебральный паралич, [4]. При этом рядом исследований установлено, что формирование двигательных и когнитивных нарушений у недоношенных детей выше, чем у доношенных сверстников [5, 6]. Современные данные говорят о том, что у 42% детей с ПП ЦНС нарушения со стороны нервной системы при вовремя начатой реабилитации могут быть частично или полностью обратимыми. Это объясняет важность раннего начала нейрореабилитации таких пациентов [1, 2, 3]. Главными принципами медицинской реабилитации детей с перинатальной энцефалопатией являются: ранняя коррективная работа с нарушениями, применение комплекса разных физических технологий, регулярность, дисциплина, работа с родственниками больного ребёнка [8,9]. Индивидуальная программа нейрореабилитации составляется, учитывая возраст, неврологический статус, соматический статус, уровень психофизического развития ребёнка, наличие патологических синкинезий. Физическая нейрореабилитация проводится с целью равномерного распределения мышечного тонуса, уменьшение степени выраженности контрактур, увеличение объема движений в суставах, образование правильных стереотипно-позиционных рефлексов, улучшения двигательной активности, в итоге приводящей к формированию правильной социальной адаптации.

Цель исследования. Изучить исследования, посвященные методам физической нейрореабилитации детей с перинатальной энцефалопатией и провести анализ эффективности данных методов.

Материал и методы исследования. Проводился обзор литературы по базам данных CochraneLibrary, PubMed, elibrary, последних 9-10 лет. Выполнялась подборка с ключевыми словами: перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия; перинатальная патология ЦНС, нейроразвивающая терапия, методы кинезотерапии, лечебный массаж, Бобат-терапия, метод имитации невесомости, терапия по методу в. войта; фитбол-гимнастика.

Результаты исследования. По современным данным в медицинской реабилитации детей с перинатальным поражением нервной системы особое место отводится методам физической реабилитации, таким как: лечебная гимнастика с применением фитбола, лечебный массаж, рефлекторная кинезотерапия по методу в. Войта, лечебная физкультура в воде (гидрокинезотерапия), сухая иммерсия (имитация невесомости); нейроразвивающая терапия по методу Бобат. Много статей посвящены различным методикам лечебного массажа. Уже доказаны эффективность и возможность применения общего массажа с первых дней жизни. Были установлены различные лечебные эффекты при проведении разнонаправленных техник массажа, что доказывает необходимость индивидуального подхода при применении лечебного массажа у детей с ПП ЦНС [11-14]. В публикациях зарубежных авторов описываются эффективность применения лечебного массажа у недоношенных детей. Установлена роль лечебной гимнастики в процессах формирования правильных двигательных установок новорожденных с перинатальной энцефалопатией. Курсы занятий лечебной физкультуры улучшают психомоторное и эмоциональное развития [28]. Современным и относительно новым методом гимнастики является фитбол-гимнастика. С помощью данного метода кинезотерапии можно получить положительное влияние на мышечный тонус, психомоторное развитие, улучшение когнитивных функций, а также улучшение координаторных навыков новорожденного [10]. Техника включает работу с разнообразными мячами (фитболы), различающимися по размерам, типам поверхностей (гладкий, ребристый, шипастый) и степеней эластичности. Особо следует отметить методы, имитирующие условия невесомости, целью которых является физическое восстановление детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. Самой физиологичной и эффективной из них является гидрокинезотерапия, обусловленная физическими свойствами воды. Гидростатическое давление способствует улучшению функций кровеносной и дыхательной систем, а также оказывает расслабляющее влияние на весь организм в целом. Происходит индивидуальная подборка режимов гидрокинезотерапии для каждого пациента. Преимуществом этого реабилитационного мероприятия является ее применение у маловесных детей, детей с экстремально-низкой массой тела. Большинство авторов отмечают, что при гипервозбудимости и гипертонусе у детей с ПП ЦНС, эффективным методом кинезотерапии является метод “сухой иммерсии”. Методика концептируется на переходе новорожденного из условий

интранатальной невесомости к гравитации (новому ощущению собственного веса). Особый интерес представляют научные статьи по эффективности нейроразвивающей терапии Бобат. Принцип методики заключается в сенсорной стимуляции глубокой чувствительности, которая позволяет улавливать ощущения, которые возникают при двигательной активности, что позволяет их корректировать. Бобат-терапия не позволяет развитию неправильных двигательных паттернов и способствует формированию правильных моторных установок. Основными направлениями лечебного воздействия в Бобат-терапии являются подавление патологических движений и поз, фацилитация (облегчение выполнения естественных, физиологических движений и удержания физиологической позы), стимуляция. Анализ научных статей, посвященных медицинской нейрореабилитации детей с перинатальной энцефалопатией показал, что в данный момент времени во врачебной практике широко применяется вайта-терапия. Авторами статей установлена эффективность применения методов, имитирующих условия невесомости (гидрокинезотерапия, сухая иммерсия) в комплексе с лечебным массажем, подтверждаемых нормализацией функционального состояния регуляторных систем организма, улучшением состояния ребенка при гипоксическом поражении головного мозга. В других работах доказаны положительное влияние комплексного воздействия фитбол-гимнастики и расслабляющего общего массажа в медицинской реабилитационных мероприятиях детей с перинатальной патологией ЦНС раннего возраста, подтверждающих улучшение адаптационных возможностей ребенка, формированием правильных двигательных установок, а также улучшением крово- и лимфообращения головного и спинного мозга. Также были данные, которые свидетельствуют о увеличении уровня оксигенации структур головного мозга, а также уменьшении выраженности признаков венозного застоя в головном мозге (на 45%), и вегетативной сосудистой дистонии (на 80%).

Выводы. Таким образом, основным критерием в прогнозировании процессов структурно-функционального развития нервной системы ребенка раннего возраста является его психомоторное развитие. Этот фактор позволяет определить индивидуальный реабилитационный потенциал и уровень компенсации неврологического дефицита в двигательной и эмоциональной сфере. Одним из важных задач медицинской нейрореабилитации детей с последствиями перинатальной энцефалопатии является улучшение обменных процессов и кровообращения в мозговой ткани, нервно-мышечного развития, нормализация центральной и периферической регуляции мышечного тонуса. Также ведущим вопросом остается важность обоснования возможности применения различных физических причин в медицинской реабилитации детей с перинатальной патологией ЦНС с позиций доказательной медицины, в основе которой лежит принцип использования только тех безопасных и эффективных методов, которые были научно-обоснованы различными исследованиями.

Список литературы

1. Меркулов М.в. Оптимизация восстановления иннервации тканей при повреждениях периферических нервов конечностей (экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д.м.н. М. 2014: 364 с.
2. Унжаков В.в. Особенности повторных хирургических вмешательств на нервных стволах. СПб. СпецЛит. 2008: 162 с.
3. Говенько Ф.С. хирургия повреждений периферических нервов. СПб. Феникс. 2010: 384 с.
4. Романова М.Н., Зорин В.И., Жила Н.Г. Опыт ультразвуковой диагностики повреждений нервов верхней конечности у детей. детская хирургия. 2012;
5. Живолупов С.А., Гневышев Е.Н., Рашидов Н.А., Самарцев И.Н. Клинические исследования. Нейропластические закономерности восстановления функций при травматических невропатиях и плексопатиях. вестник Российской военно-медицинской академии. 2015; 1(49): 81-90.
6. Sulaiman O.A., Boyd J.R., Gordon T. Axonal regeneration in the peripheral nerve system. OxfordUniversityPress. 2005: 454-466 p. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195152227.001.0001>

Асоев М.М.

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

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

Актуальность. На данный момент степень развития клинической медицины и фармакологии каждый день ставит перед практикующим врачом трудную задачу выбора наиболее эффективного и безопасного лекарственного средства (ЛС) [1]. Обычно, выбор правильного лечебного препарата делается или в пользу широко известного препарата, либо самого дешевого ЛС. В связи с этим назначение рациональных методов лечения с учетом экономической доступности лекарственного препарата (ЛП) становится весьма актуальной проблемой. Формулярная система — это система, с помощью которой является возможным обеспечение эффективнейших способов снабжения и использования ЛС [2]. Правильное внедрение формулярной системы способно достичь позитивных экономических результатов: первое, помогает исключить неэффективные и небезопасные лекарства, что в свою очередь влияет на снижение уровня распространения заболеваемости и смертности, а также уменьшения продолжительности терапии и срока пребывания больных в стационаре. Второе, уменьшает количество закупаемых ЛС, что снижает общие расходы, из-за чего становится возможным закупать большее количество безопасных и эффективных ЛП. Третье, наличие окончательного списка ЛП, которым пользуются в медицинских организациях [3]. Многими авторами подмечено, что повреждения мозга в перинатальный период составляют около 65% всей патологии центральной нервной системы (ЦНС) детского возраста, что обуславливает развитие таких заболеваний, как детский церебральный паралич, эпилептические припадки, олигофрения, гидроцефально-гипертонический синдром и т. д. [4].

Цель исследования. Изучить улучшения качества и количества лекарственного обеспечения пациентов с гипоксически-ишемической энцефалопатией, которые находятся на стационарном лечении, и оценка рациональности расходования средств.

Методы исследования. Исследование проведено на базе детского неврологического отделения Национального медицинского центра «Шифобахш» г. Душанбе. Были изучены стационарные истории болезни больных в возрасте от грудного периода до 3 лет жизни с диагнозом «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия» за период 2022–2023 гг. [5, 6]. Методами исследования является ретроспективный анализ схем фармакотерапии больных стационара с фиксацией всех ЛП, назначенных пациентам с гипоксически-ишемической энцефалопатией; АВС [2]. Был проведен АВС-анализ всех лекарственных препаратов, которые были разделены по сегментам по потреблению в соответствии с их международными непатентованными названиями. ЛС группы А (10% от всех ЛП) являются 82% потребления ЛС в отделении, группы В (15%) — 14%, группы С (75%) — 4% общего объема потребления. Был проведен анализ, в ходе которого был рассчитан коэффициент использования (Ки) для каждого медикаментозного препарата. Коэффициент использования - это отношение потребления данного ЛС к общему объему потребления ЛП для лечения детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Также все медикаменты были перемещены в порядке убывания, целью которых являлось определение границ групп употребления медицинских препаратов и разделение по сегментам всего спектра лекарств. АВС-анализ по расходам был посчитан с расчетом коэффициента затрат (Кз). Все использованные ЛС были распределены также в порядке убывания Кз и разделены на три группы: А — наиболее затратные ЛС, на которые в сумме ушло более 82% затрат, В — до 14% затрат, С — не более 4% затрат.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ 60 историй болезней показал, что среди всех больных, находящихся на лечении с диагнозом «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия», детей в возрасте от 1 месяца до 1 года было 48 (80%), от 1 года до трех лет — 12 (20%). При выполнении АВС-анализа по потреблению группу А с границами Ки от 17,0 до 1,3 составили 12 ЛП (31% всех препаратов): ноотропные — 2; диуретики — 2; витаминно-минеральные комплексы — 1; противосудорожные — 2; седативные — 1; анксиолитики — 1; другие ЛП для лечения нервной системы — 1; электролитные растворы — 1; противодиарейные биологического происхождения — 1. Группу В с границами Ки 0,85–0,05 формировали ЛС (66% всех наименований): противосудорожные — 4; противодиарейные и противомикробные — 2; ноотропные и психостимуляторы — 3; другие ЛС для лечения заболеваний нервной системы — 2; витаминно-минеральные комплексы — 4; ЛС, способствующие пищеварению и улучшающие диспептические явления со стороны ЖКТ — 4; слабительные, растительного происхождения — 1; для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и улучшения обмена веществ — 1; для лечения кардиологических заболеваний — 2; миорелаксанты — 2; периферические сосудорасширяющие — 1. Группу С составили два ЛС (4,3% всех наименований): лазикс и Бифидумбактерин. При осуществлении АВС-анализа по расходам результаты оказались соотношены 1:1. В наиболее затратных группах (А и В) практически половина лекарств относилась к категориям базовых препаратов, а 66% ЛП группы В были отнесены к категории второстепенные. Экспертный анализ выявил 8 лекарственных средств категории неэффективные, что показывает бессмысленность их пользования (12% общего количества наименований ЛП). Из числа второстепенных только 7 препаратов были с доказанной клинической эффективностью (противосудорожные, психолептики, кишечные противорвотные и антибиотики, противодиарейные), также употреблялись традиционные препараты клинической практики (Винпоцетин, ницерголин, Стугерон, Рибоксин, витамин Е и т. п.). По результатам АВС-анализов были назначены пять препаратов, которым присвоена категория неэффективных (44% всех средств, которые используются при этом синдроме) — в основном из группы противоэпилептических средств. При проведении экономического анализа фармакологических средств средней себестоимость фармакологического лечения на одного больного за курс лечения проявил, что при лечении синдрома гипервозбудимости ЦНС, учитывая отмены назначения ЛП из группы неэффективных расходы были снижены в 1,5–2 раза. В лечении эпилепсии, судорожного синдрома, симптоматических судорог и пароксизмальных расстройств были использованы препараты группы А, которые были базовыми — это фенobarбитал. Лекарственных средств резерва в группе А по использованию и расходам не было. В группе В по использованию и расходам в качестве лекарственных препаратов второстепенных эксперты назвали диазепам (Сибазон), карбамазепин (Финлепсин, Залепс), вальпроевую кислоту (Депакин). При терапии эпилепсии, судорожного синдрома, симптоматического судорожного синдрома и пароксизмальных расстройств средняя стоимость терапии фармакологическими средствами на одного больного составила, соответственно. На основе этих данных можно сделать вывод о рациональной трате и оптимальном выборе ЛП. При анализе фармакологического лечения доброкачественной внутричерепной гипертензии и синдрома внутричерепной гипертензии препаратов категории неэффективных не было. Но, основным препаратом диакарб вошел в группу С по употреблению. Другие ЛП (4) входили в группу А. Так можно сделать вывод, что в целом имело место достаточно рациональная трата лекарственных средств и правильное их назначение. В терапии расстройств вегетативной автономной нервной системы и вегетативно-висцеральных нарушений были использованы в основном препараты группы В. Большое количество назначенных ЛП (14) были из категории второстепенных, 4 ЛП (17% всех примененных при данном синдроме) составили категорию базовых, из них только этилметилгидроксипиридинасуццинат (Мексидол, Мексилейд и т.д.) вошел в группу А, другие ЛП входили в группу В как по использованию, так и по расходам. В группе С был один ЛС резерва — Бифидумбактерин. Категория неэффективных, по оценкам врачей - экспертов, объединила четыре ЛС (17% всех назначенных при этом синдроме). Обращает внимание тот факт, что три ЛП из этой категории входили в группу А, что увеличивало траты соответственно. В отношении ЛП группы неэффективные можно добавить следующее: нужно существенно ограничить или отменить совсем такие ЛС, как бифидумбактерин лиофилизированный (Хилак-форте), препараты кальция (глюконат, лицерофосфат), калия оротат, магния сульфат, при этих нарушениях, так как их использование не является патогенетически обоснованным, а лишь способствует увеличению расходов на терапию. При терапии задержки моторного развития и синдрома двигательных нарушений (ДЦП, различные парезы) синдрома угнетения ЦНС ЛС из категории неэффективных и малоэффективных не установлено. Два ЛП категории второстепенные при терапии синдрома угнетения ЦНС входили в группу А — полипептиды коры головного мозга винпоцетин (Кавинтон) и (Кортексин,) а также ЛП, как холина альфосцерат (Глиатилин, Альфатилин и т.д.) и Актовегин из категории базовых

вошли в группу А по расходам и группу В по использованию. При терапии задержки психофизического развития препарат категории второстепенные- Винпоцетин(Кавинтон) составил группу А по расходам и использованию. По оценке фармакологического и экономического анализа, наиболее высокой по расходам была фармакотерапия задержки психофизического развития. По результатам АВС-анализа, признаков нерационального назначения ЛС при этих синдромах не показано.

Выводы. При терапии гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей лекарственные средства используются в целом рационально по критериям АВС-анализов. При терапии синдрома гипервозбудимости ЦНС, синдромов расстройств вегетативной автономной нервной системы и вегетативно-висцеральных нарушений, наблюдается тенденция к назначению лекарственных средств с мало- или недоказанной эффективностью. Это медикаментозные препараты из группы антиконвульсантов (карбамазепин, фенитоин) минеральных добавок (препараты группы кальция, магния сульфат), про- и пребиотиков (бифидобактерин, Хилак-форте), что во-первых составит излишнюю нагрузку лекарствами на организм ребенка, во-вторых приводит к избыточным тратам на медикаментозные препараты. Рациональный подход к назначению лекарственных препаратов позволит уменьшить расходы на фармакотерапию в 1.5-2 раза. В терапии каждого синдрома есть определенные методы оптимизации потребления ЛС, в основном за счет отмены и сокращения назначений второстепенных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
2. Воробьев П. А., Авксентьева М. В., Сура М. В. и др. Проведение клинко-экономического анализа потребления лекарственных средств при дополнительном лекарственном обеспечении в системе ОМС. Методические рекомендации (проект). Пробл. станд. в здравоохран. 2006; 10: 28–46.
3. Практическое руководство по разработке и внедрению формулярной системы в лечебных учреждениях. Проект «Рациональный Фармацевтический Менеджмент» в России. Арлингтон, Вирджиния / Москва, Россия. 2-изд. Management Sciences for Health. 1997. 100 с.
4. Лечение заболеваний нервной системы у детей. Клиническое руководство для врачей / под ред. В. П. Зыкова. Москва, 2009. 416 с.
5. Авксентьева М. В., Сура М. В. Клинко-экономический анализ деятельности медицинской организации. Главный врач.
6. URL: <http://www.regmed.ru/etap.asp?EtapNx=21>

Асоев М.М., Асоева М.М., Мухитдинзода М.А.

РЕЗИДУАЛЬНАЯ СТАДИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

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

Актуальность. Перинатальная патология центральной нервной системы(ЦНС) является основной патологией неонатального периода. В прогностическом плане большинства случаев детей, перенесших тяжелую степень перинатальной энцефалопатии приводит к инвалидизации больных детей - детскому церебральному параличу (ДЦП), эпилепсии, судорожный синдром и олигофрению. При церебральной ишемии 1 – 2 степени вовремя начатая терапия и динамическое наблюдение педиатра и детского невролога не приводит к неврологическому дефициту, т. е. исход в целом благоприятен. Несвоевременная диагностика и оценка тяжести поражения ЦНС, поздно начатые недостаточности лечебно-коррекционной работы приводит к неврологическому дефициту[3, 5]. Принятая «Классификация перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни», где в разделе «Исходы», где указано, что при церебральной ишемии 1–2-й степени при комплексной терапии не дает органического поражения ЦНС. Динамическое наблюдение этих детей в течении 6 месяцев после терапии, их снимают с диспансерного учета. В 50% случаев некоторые дети остаются на диспансерном учете до 3 лет и до поступления в школу, а потом все равно снимаются с учета. Часто врачи педиатры и врачи-неврологи рассматривают таких детей как относительно здоровых уже с первых дней жизни и проблемы, которые беспокоят родителей, объясняют желудочно-кишечными коликами, функциональной незрелостью центральной нервной системы, недостаточностью опыта самих родителей, рахитом, из-за чего эти врачи могут пропустить данную патологию.

Цель исследования — изучение резидуальной стадии перинатальных патологий ЦНС у детей с церебральной ишемией 1–2-й (со среднетяжелой и легкой степени заболевания) по «Классификации перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни».

Материал и методы исследования. На базе Национального медицинского центра «Шифобахш» г. Душанбе Республики Таджикистан было обследовано 90 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Из них 46 лечились в отделении патологии новорожденных с основным диагнозом: «Последствия перенесенной травмы центральной нервной системы. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия 1-й или 2-й степени». В группу для исследования также вошли 44 детей, поступивших в общее педиатрическое отделение. Анамнестические данные указали на перенесенные различной степени церебральные ишемии. Плановое лечение практически не проводилось. Был проведен комплексное исследование соматического и неврологического статусов, оценка невропсихического развития в зависимости от возраста и при необходимости проведения дополнительных методов исследований таких, как магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), электроэнцефалограмма (ЭЭГ).

Результаты и обсуждение. У 30% обследованных выявлены умеренно-выраженная наружная гидроцефалия, внутренняя гидроцефалия. Клиническая картина в неврологическом статусе показывала следующее: выраженная венозная сеть на волосистой части головы, девиация языка, тремор рук. При проведении КТ были выявлены следующие изменения: расширение желудочковой системы, дилатация боковых рогов, повышение эхогенности паренхимы, нали-

чия субэпендимальных геморрагий, псевдокист. При неврологическом исследовании в дошкольном и школьном возрасте органические изменения проявили следующие симптомы: тремор руки подбородка, горизонтальный умеренный нистагм, снижение памяти и внимания. Нарушения интеллекта у этих детей не было обнаружено, иногда он был выше среднего. Однако имело место быстрая утомляемость, вследствие умственной нагрузки и рассеянности внимания. У 15% детей, по словам родителей, отмечалось сногворение; у 40% даже в старшем возрасте — различные нарушения сна; у 18%, чаще в возрасте 5–7 лет, — мелкокалиберные тики, а также тремор рук и подбородка. 60% детей после 4 лет нормализовалось невропсихическое развитие. У 30% детей наблюдалась частая заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гастроэнтеритами. У 72% детей с раннего возраста обнаружены вегето-висцеральные нарушения: изменения окраски кожных покровов в виде бледности, мраморности, акроцианоз, повышенная потливость, холодные кисти и стопы, быстрая утомляемость. По достижении 7-летнего возраста у 70% детей развилась вегето-сосудистая дистония (ВСД), причем ваготонические и симпатикотонические формы встречались с равной частотой, но были пациенты со смешанными формами. Симптомы ВСД, по нашим данным, выявляют почти у 75% детей [1, 4, 5]. Эти симптомы можно выявить в любом возрасте, но чаще у больных 6–7 лет. Вегетативно-висцеральные нарушения часто носят мультиорганный характер при преобладании дисфункции в какой-либо одной системе. Детям с ваготоническими расстройствами свойственны ипохондрические жалобы, быстрая утомляемость, нарушения памяти и концентрации внимания, различные нарушения сна, апатия, нерешительность, рассеянность, нередко агрессия и склонность к депрессивному синдрому. Выявлены также снижение аппетита, при избыточной массе тела, непереносимость холода и жары, а также душных помещений, ощущение озноба и «ползания мурашек», чувства сдавления и нехватки воздуха в грудной клетке, головные боли и головокружения, боли в ногах и руках, тошнота и рвота, функциональные боли в животе, синкопальные состояния (обмороки), мраморность и бледность кожи, акроцианоз, транзиторные отеки под глазами, периодические запоры, аллергии и повышенная чувствительность, тенденция к снижению артериального давления. Среди исследованных детей артериальная гипотензия была обнаружена у 33 детей. Детям с симпатикотоническими расстройствами были характерны эмоциональность, вспыльчивость, резкие перепады настроения, рассеянность и нарушение концентрации внимания, ощущение сердцебиения и тахикардия, жалобы на чувство жара, повышение аппетита на фоне астенического телосложения, бледность и сухость кожи, выраженный белый дермографизм, холодные конечности, непереносимость жары, атонические запоры, тахикардия, повышение АД. У детей дошкольного возраста, вегетативно-висцеральные нарушения были умеренные, с преобладанием признаков ваготонических нарушений, в том числе с понижением АД. У школьников ВСД протекает более тяжело, с различно выраженными жалобами. Вегетативные расстройства у детей, перенесших церебральную ишемию, причины формирования этих расстройств многочисленны. Ведущее значение имеют наследственность и выявление отклонений в структуре и функциях отделов вегетативной нервной системы, особенно по материнской линии. Но выявления это наследственной предрасположенности нужны различные неблагоприятные факторы. В большинстве случаев причиной дезадаптации функции нервной системы является перенесенная перинатальная патология ЦНС. У детей, перенесших краниоспинальную травму (48%), отмечалось — легкая слабость рук и мышц шеи, в некоторых случаях легкая кривошея, сколиоз грудного отдела позвоночника, головная боль, мышечная гипотония с нарушением развития скелетной мускулатуры, затруднения при беге, после 6–7 лет нередко были синкопальные состояния. Среди последствий перенесения травмы поясничного отдела (у 15% обследованных) отмечалось ночное недержание мочи, мышечная слабость в ногах, шаткость при ходьбе, императивные позывы при мочеиспускании. На отдела позвоночника выявлены выраженная нестабильность шейных позвонков в разных позвоночных двигательных сегментах, смещение боковой массы атланта, недостаточность срединного атлантоосевого сустава, щель в данном суставе при наклоне головы вперед. Уместно также рассматривать и возможную причастность внутриутробной гипоксии к изменениям костной ткани, аналогичным рахиту. Нарушения роста, развития опорно-двигательного аппарата по механизмам развития являются ней-роортопедическими и практически всегда имеются у детей, перенесших минимальную мозговую дисфункцию. Критические временные отрезки для формирования генетически запрограммированного пика костной массы — внутриутробный период, первые 3 года жизни и период полового созревания. Упущенные возможности в данном возрасте нарушают оптимальное формирование скелета. Профилактику остеопороза надо начинать еще в детском возрасте [2]. Чем более высокого пика достигнет костная масса у ребенка, тем лучше костная ткань сохранится в последующие годы. Дети с более низкими показателями костной прочности являются группой риска по снижению темпов линейного роста, уменьшению минеральной костной плотности и развитию переломов в периоды ускорения роста. Так, увеличение высоты пика костной массы у детей на 15% соответствует снижению риска остеопороза у взрослых на 60%. Пик костной массы на 85% зависит от генетических факторов. Однако на него также влияют условия окружающей среды, наличие других заболеваний, в том числе перинатальных патологий ЦНС, и питание (до 25–30%).

Выводы. У детей, перенесших перинатальные патологии ЦНС в виде церебральной ишемии 1–2-й степени и не получивших своевременного и рационального лечения, в школьном возрасте на первый план выступают головная боль, аллергические реакции, снижение иммунитета, признаки синдрома вегетативной дисфункции, функциональные, а в дальнейшем и органические изменения внутренних органов, главным образом со стороны ЖКТ и ЖВП, а также органов дыхания. Это показывает необходимость длительного активного диспансерного наблюдения и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данных пациентов, так как даже при адекватном лечении только на первом году жизни полной компенсации не наблюдается. При отсутствии выше перечисленного у детей формируются неврологические отклонения разного характера и степени выраженности, недостаточность иммунитета, а также соматические нарушения во все периоды наблюдения.

Литература

1. Брызгунов И. П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И. П. Брызгунов, Е. В. Касаткина. М., 2002. 128 с.
2. Дефицит магния в контексте концепции элементарного гомеостаза у детей с минимальной мозговой дисфункцией и его коррекция препаратом Магне-В6 / О. А. Громова [и др.] // Клин. фармакология и терапия. 1998. № 3. С. 52–58.

3. Заваденко Н. Н. Неврологические основы дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1998. 34 с.
4. Ледяев М. Я. Синдром вегетативных дисфункций у детей: мифы и реальность / М. Я. Ледяев, О. В. Степанова, Н. В. Шахова // Лечащий врач. 2009. № 1. С. 4–7.
5. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 368 с.

Асоев М.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

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

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последние годы, по данным литературы, ведущее место среди патологий детей занимают гипоксически-ишемические энцефалопатии, обусловленные пре- и перинатальными периодами развития нервной системы, которые диагностируются у 80% доношенных и почти у 99% недоношенных детей [1–3]. Перинатальные гипоксические поражения ЦНС обуславливают большой процент неврологических нарушений: от легких функциональных расстройств до тяжелых состояний, которые приводят к инвалидизации детей — детского церебрального паралича, эпилепсии, олигофрении, социальной дезадаптации, различным видам когнитивных нарушений [4–6]. Рост заболеваемости и инвалидности со стороны неврологии вызывает опасения за судьбу нового поколения и социально-экономическое развитие республики в целом. В данный момент времени ведутся серьезные разговоры по поводу распространенности и диагностики гипоксической энцефалопатии, активно обсуждаются проблемы лечения и реабилитации детей. Все это требует правильного подхода к обследованию и реабилитации детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений перинатальных гипоксических поражений нервной системы у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Изучение заболеваемости перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни проводилось среди 700 человек на базе городского центра здоровья №9 г. Душанбе. Для изучения структуры перинатального гипоксического поражения нервной системы у детей первого года жизни методом копирования из амбулаторных карт были отобраны 500 человек. В нем приняли участие 100 детей, находившихся под динамическим наблюдением у врача-невролога и педиатра, начиная с периода новорожденности до одного года. Из них мальчиков — 51% (51 из 100), девочек — 49% (49 из 110). Дети данной группы, поступившие под наблюдение на первом месяце жизни, были разделены на две группы: 1-я — дети группы риска, имеющие факторы риска развития перинатального гипоксического поражения ЦНС, — 75 человека из 100 (75%); 2-я — дети, у которых диагностировано перинатальное гипоксическое поражение нервной системы при рождении (на этапе родильного дома), — 25 человек (25%). Методы исследования включали в себя: изучение причин формирования перинатального поражения нервной системы; клинические методы — это неврологический осмотр и соматическое обследование; метод нейросонографии у детей до 1; исследование глазного дна и другие обследования по показаниям; оценка нервно-психического развития пациентов в зависимости от возраста в соответствии с принятыми в детской неврологии и педиатрии критериями.

Результаты и обсуждение. Диагноз перинатального поражения нервной системы был установлен в периоде новорожденности 11% детей, из них переведены в неонатальное отделение Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в связи с тяжестью клинических проявлений 6% детей. К 3-месячному возрасту отмечается дальнейшее увеличение числа детей с данной патологией. На этом возрастном этапе диагноз гипоксически-ишемической энцефалопатии имели уже 90% наблюдавшихся детей в поликлинике. В динамике наблюдения процент заболеваемости был незначительным. Наиболее часто наблюдались поражения легкой (63%) и средней степени тяжести (31%), доля тяжелых поражений составила 6% от общего числа пациентов. У детей, перенесших легкие и средней степени тяжести перинатальные поражения, существенное улучшение отмечалось уже на протяжении острого и особенно раннего восстановительного периода. По динамике исследования, к 1-му году у этих детей в 71% случаев диагностировано компенсированное состояние, что позволяет думать о вероятном преходящем нарушении нервной системы. В 29% случаев, в основном у детей со средней (24%) и тяжелой (3%) степенью поражения нервной системы, отмечались остаточные нарушения развития (в основном синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии и задержка речевого развития), что требовало продолжения комплексного лечения (включая логопеда, нейропсихолога). У 3 детей, имеющих тяжелую степень поражения нервной системы, наблюдались нарушения в виде грубого органического дефекта — ДЦП и гидроцефалий различной формы и эпилептиформных приступов. Оценка клинических синдромов выполнялась по балльной системе с учетом степени их выраженности: 0 баллов — отсутствие нарушений, 1 балл — легкие нарушения, 2 балла — умеренные нарушения, 3 балла — выраженные изменения. Клинико-неврологическое исследование позволило установить структуру клинических синдромов последствий перинатального гипоксического поражения нервной системы. Более выраженные проявления клинических синдромов отмечались у детей с гипоксической энцефалопатией. Синдром пирамидных нарушений умеренной степени выраженности наблюдался у детей 2-й группы в 11 из 25 случаев (44%) и у 30 из 75 пациентов (40%) 1-й группы. Синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии (гипертензионный синдром) имел место в 7 из 25 наблюдений (28%) у детей 2-й группы и у 20 из 75 детей (26,67%) 1-й группы. С целью диагностики синдрома доброкачественной внутричерепной гипертензии (гипертензионного и гидроцефального синдромов) в 88 случаях (88%) была проведена нейросонография. Оценка показаний проводилась по балльной системе (Е.А. Зубарева, 2004): 0 баллов — отсутствие нарушений; 1 балл — легкие нарушения (преходящее расширение желудочковой системы, проявляющееся увеличением глубины тел боковых желудочков до 5–8 мм); 2 балла — умеренные изменения (увеличение глубины тел боковых желудочков до 9–10

мм, небольшое равномерное расширение всех отделов боковых желудочков и третьего желудочка до 6 мм); 3 балла — выраженные нарушения (увеличение глубины тел боковых желудочков более чем на 10 мм, расширение третьего желудочка более 6 мм и расширение четвертого желудочка). В неонатальном периоде нейросонография была проведена 10 из 75 человек группы риска (13,3%) и 15 из 25 детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (60%). В восстановительном периоде нейросонография была проведена 65 детям 1-й группы (65,3%) и 11 — 2-й группы (44%). Нормальную картину по данным нейросонографии имели 29 ребенка (44,6%) из группы риска и 3 ребенка (27,3%) — в группе с гипоксической энцефалопатией. Легкие изменения наблюдались у 15 детей (23%) в 1-й группе и у 4 детей (36%) — во 2-й группе. К концу первого года жизни в большинстве случаев дети обследованных групп имели восстановление функций нервной системы, которое достоверно чаще наблюдалось у детей 1-й группы — у 67 (89,3%), в то время как у детей 2-й группы — у 15 (60%) ($p=0,001$). Практически в половине случаев (42%) дети с перинатальной энцефалопатией к концу первого года жизни имели различные резидуальные состояния и 1 ребенок — ДЦП. Было проанализировано использование лечебно-реабилитационных мероприятий у детей, наблюдающихся с диагнозом «перинатальная энцефалопатия», в амбулаторных условиях. Выявлено, что процент детей, получавших медикаментозное лечение на протяжении первого года жизни, достаточно высокий (в среднем у детей 1-й группы — 79%, у детей 2-й группы — 99%). Отмечено преобладание ноотропов и дегидратационных препаратов в лечении детей обеих исследуемых групп до 3-месячного возраста (в среднем в 87% случаев) и сосудистых средств в восстановительном периоде (в среднем в 79 % наблюдений). На 2-м месте по частоте применения до 3-месячного возраста у детей 2-й группы были мочегонные средства (49% случаев), а у детей 1-й группы при синдроме гипервозбудимости — седативные (44% случаев). В восстановительном периоде частота применения мочегонных и седативных средств в обеих группах не имела существенных различий.

Выводы. Заключение исследования позволило установить высокий уровень заболеваемости перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни. Выявлен высокий процент встречаемости факторов риска перинатального поражения нервной системы (медико-биологических — в 94% случаев, медико-организационных — в 78% и медико-социальных — в 56% наблюдений) при наличии большей отягощенности медико-биологическими социально-гигиеническими факторами риска, в том числе и экстрагенитальной патологией матерей, у детей с перинатальной энцефалопатией (в 99% случаев). Большая часть детей первого года жизни (63%) имеют легкие неврологические нарушения, которые дифференцируются как проявления гипоксически-ишемической энцефалопатии и изменяются обратной динамикой (в 73% случаев) в течение первого года жизни ребенка, что заставляет думать о преходящем (транзиторном, возрастно-обусловленном) отклонении функций нервной системы. Для детей с перинатальным гипоксическим поражением нервной системы характерно преобладание умеренной и тяжелой степени выраженности клинических синдромов, а также нарушений нервно-психического развития, в зависимости от возраста. При сочетании 6 и более медико-биологических факторов риска вероятен исход к первому году жизни в виде остаточных явлений поражения нервной системы. Выработаны диагностические критерии, прогнозирующие вероятности формирования перинатальной гипоксической энцефалопатии и дифференциальный подход к диагностике с преходящими отклонениями функций нервной системы у детей раннего возраста и обоснована тактика ведения пациентов.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии. Рос вестник перинат и педиатрии 2002; 1: 6—13.
2. Ефимова А.А. и др. К вопросу о диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы и связанных с ними лекарственных нагрузках. Вопросы современной педиатрии 2002; 1: 9—12.
3. Пальчик А.Б. Эволюционная неврология. СПб: Питер; 2002; 384 с.
4. Бондаренко Е.С., Зыков В.П. Перинатальная гипоксическая энцефалопатия. Рус мед журн 1999; 7(4): 169—173.
5. Володин Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия — дискуссионные вопросы семиотики, ранней диагностики и терапии. Рос педиатр журн 2001; 1: 4—8.
6. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М: Триада-Х; 2005; 672 с.

АсрориМухтор, Мустафакулова Н.И., Хакими Мухаммад Ага

частота и особенности течения осложнений гемофилии

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

Актуальность. Гемофилия — наследственное заболевание свертывающей системы крови, возникающее в результате дефицита фактора свертывания крови VIII — гемофилия А, или фактора свертывания крови IX (FIX) — гемофилия В. Носителями патологии являются женщины, а болеют мужчины, потому, что у женщин две X-хромосомы, а у мужчин всего одна. Женщины тоже болеют гемофилией, но крайне редко. Наиболее часто встречаются гемофилия А (87-92%) реже гемофилия В (8-13%) и гемофилия С (1-2%) [3]. Гемофилия А и В отличаются рецидивирующими кровотечениями, сопровождающиеся поражением синовиальной оболочки и хряща, приводящая к гемофильной артропатии [2].

На тяжесть течения гемофилии, несомненно, влияет и уровень активности дефицитного фактора. При тяжелой формы гемофилии в 90% случаев наблюдается внезапное обильное кровотечение в полость сустава, в результате чего в процесс вовлекается синовиальная, хрящевая и костная ткань. Наиболее чаще при гемофилии поражаются коленные, локтевые и голеностопные, тазобедренный и плечевой суставы [1, 4].

В дальнейшем развиваются субхондриальные изменения в виде остеопороза и кистозных образований. При тяжелых формах гемартрозе развиваются сращение суставных поверхностей (анкилозы), сопровождающуюся хронической болью [4].

Описаны случаи диффузного альвеолярного кровоизлияния в легких у пациентов с тяжелой формой гемофилии

[2].

Обнаружены проявления энцефалопатии в виде потеря сознания, генерализованных тонико-клонических судорог, миокардита и сердечной недостаточности [5]. Внутречерепное кровоизлияние (ВЧК) является наиболее серьезным заболеванием у больных гемофилией, приводящим к высоким показателям смертности и инвалидности [5]. Страдающие гемофилией, в 50 раз чаще умирают от заболеваний почек [1].

Несмотря на достигнутые успехи в различных странах мира по поводу гемофилии, в настоящее время в Республике Таджикистан различные формы гемофилии и их осложнения остаются не изученными как в теоретическом, так и практическом отношении.

Целью нашего исследования явилось изучить частоту и особенности течения наиболее часто встречающихся осложнений гемофилии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 93 мужчин с тяжелым течением гемофилии А (в возрасте 39 ± 10 лет) и 30 здоровых лиц (контрольная группа). При анализе клинической симптоматики с гемофилией А обращали внимание на анамнестические данные, частоту кровоизлияний и кровотечений, появление первого кровотечения в суставы, характер и степень болевого ощущения, частота поражений суставов. Субъективную интенсивность и качество боли оценивали с помощью числовых аналоговых шкал. Лабораторные методы обследования включали: общеклинические анализы крови – развернутый анализ крови, исследование гемостаза: активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени, тромбинового времени, концентрации – определение факторов VIII, IX, XI; уровень D-димера, магнитно-резонансная и компьютерная томография по показаниям.

Проводили рентгенологические методы исследования. Степень необратимых изменений суставов оценивали по оценке Петтерссона (путем оценки каждого из параметров по 0–2-балльной шкале максимально достигающая для данного сустава до 13 баллов) [3].

Результаты исследования. У пациентов с гемофилией А чаще обнаружены носовые кровотечения (57%), кровотечения из десен (49%) и кровоподтеки на коже живота (33%), рук (29%) и ног (17%); клинические проявления энцефалопатии: тошнота (43%), рвота (39%), тонические и клонические судороги (45%); кардиалгии (37%), сердцебиение (38%).

У пациентов с гемофилией А наиболее часто были обнаружены поражение коленных (77%), голеностопных (47%), локтевых (45%) и тазобедренный (39%) суставов. Частые кровотечения чаще были связаны с болевым (89%) и отеком синдромами в суставах (88%), деструкцией хряща (56%) и гипертрофией синовиальной оболочки (67%).

В 29% случаев обнаружено альвеолярное кровоизлияние в легких.

В 45% случаев было обнаружено субконъюнктивальное кровоизлияние, желудочно-кишечные гематомы (33%) и внутречерепное кровоизлияние (11%). У 9% пациентов выявили септическое поражение крови.

Выводы.

1. Тяжелое течение гемофилии А отличается кровоизлиянием и спонтанным кровотечением из органов, присоединением инфекционных и неинфекционных осложнений.
2. Для предотвращения грозных осложнений гемофилии А необходимо своевременная диагностика и терапия.

Литература.

1. Ayse B. Congenital Hemophilia A Presenting With Hashimoto's Encephalopathy and Myocarditis: The First Reported Case // *J Pediatr Hematol Oncol*. – 2018. – 40(7): 435–438.
2. Hemophilic arthropathy: current knowledge and future perspectives. *J Thromb Haemost*. – 2021. – 19(9). – 2112–2121.
3. Hotea I. Current therapeutic approaches in the management of hemophilia-a consensus view by the Romanian Society of Hematology. *Ann Transl Med*. – 2021. – 9(13). – 1091.
4. Clausen N. PedNet and Research of Determinants of Inhibitor development (RODIN) Study Group. Similar bleeding phenotype in young children with haemophilia A or B: a cohort study. *Haemophilia*. – 2014. – 20(6). – 747–755.
5. Ljung R. Inhibitors in haemophilia A and B: management of bleeds, inhibitor eradication and strategies for difficult-to-treat patients. *Eur J Haematol*. – 2019. – 102(2). – 111–122.

Ахмедов Б.Т., Хасанов Д.Дж., Иброгимов Х.Б.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ЛИЧНОСТИ

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. В изучении взаимосвязи копинг-стратегий и «зрелости» психологических границ личности имеет место особенностей протекания социальных процессов в современном обществе, приводящих к разрушению привычных стереотипов поведения, вынужденному выходу из зоны комфорта и затрагивающих целостность мировоззрения человека [1–5].

Цель исследования. Определить современное положение копинг-стратегии как индикатор состояния психологических границ личности.

Материал и методы исследования. Проведён анализ литературных данных, полученных в научном Интернет-ресурсе PubMed и Cyberleninka.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ научных трудов по изучению корреляции между копинг-стратегиями и психологическими границами. Копинг – способ взаимодействия личности с проблемной или кризисной для личности ситуацией. Впервые термин «копинг-стратегии» ввёл Л.Мэрфи в 1962 году. Расширил представление о копинге Р. Лазарус. В контексте транзактной когнитивной теории «копинг», или «копинг-стратегии» – это деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования. В свою очередь, занимаясь изучением копингов, Р. Лазарус и С. Фолкман выделили:

а) проблемно-ориентированные копинг-стратегии (цель – изменение ситуации). Например, принятие ответственности; планирование решения проблемы;

б) эмоционально-ориентированные копинг-стратегии (цель – регуляция эмоционального состояния, индуцированного оценкой проблемной ситуации). Например, конфронтация, дистанцирование. Все копинг-стратегии направлены на удержание психологических границ личности. Психологические границы – осознанное отделение собственного «Я» и его пределы. Олейник О.Ю. изучала зависимость между внутренним напряжением и степенью сформированности психологических границ личности и выделила 2 группы людей: первая – респонденты со сформированными психологическими границами, они проявляли внутреннее спокойствие, открытость, отпускание (не накопление) негативных эмоций; вторая – лица с психологическими границами, находящимися в стадии формирования с выраженным внутренним напряжением в направлении сохранения своего пространства, боязни вторжения извне, акцента на разграничение границ закрытости. Габбард Г. определил зависимость между психологическим напряжением и выбранными копинг-стратегиями. Он отметил, что группа людей с высоким уровнем психологического напряжения наиболее часто проявляет «Конфронтацию», «Дистанцирование», «Самоконтроль» и «Избегание» и по амплитуде проявления этих стратегий показывает высокое значение. Группа респондентов с низким уровнем психического напряжения выбирала «Положительную переоценку», «Планирование решения проблемы» со средними значениями по амплитуде. К такому же выводу пришёл и П. Соколов.

Выводы. В исследовании основной акцент был сделан на рассмотрении стресса и копинга, на попытке объединить различные конструкты в одну концепцию совладающего поведения. В рамках исследования выделяются: 1) выбор совладающей адаптивной копинг-стратегии самим клиентом по зарубежным методикам; 2) выбор методик повышения стрессоустойчивости по отечественным исследованиям. Авторами изложена и обоснована предварительная концепция подхода к эмпирическим исследованиям. Во-первых, копинг-стратегии будут рассматриваться нами как показатели степени адаптированности личности к стрессогенным условиям профессиональной деятельности. Во-вторых, в стратегии совладания можно включить методики повышения стрессоустойчивости, которыми могут пользоваться сотрудники ОВД самостоятельно, особенно в экстремальных условиях деятельности, где не всегда присутствуют психологи.

Перспективы. В дальнейшем это направление исследования копинг-стратегий поможет выработать целенаправленную унифицированную программу обучения будущих сотрудников ОВД (курсантов и слушателей) приемам, способам, методам и принципам успешного совладания с трудными жизненными ситуациями на всех этапах реабилитации и реадaptации к профессиональной деятельности. В дальнейших исследованиях мы уделим внимание результатам экспериментальных материалов, планируемых нами, с использованием методик выявления копинг-стратегий, которых мы не касались в настоящей статье.

Литература

1. Рассказова Е. И., Гордеева Т. О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 18.03.2020).
2. Човдырова Г.С. Личность в условиях социальной изоляции. Проблемы адаптации и повышения стрессоустойчивости. М., 2000. 288 с.
3. Лебедев И.Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресспреодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля., 2002. 42 с.
4. Александрова Л.А. Психологические условия адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2004. 24 с.
5. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–18.

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Одилзода И.Ё.
МЕТОТРЕКСАТ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА
Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Псориаз является одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, поражающее кожу, ногти, слизистые оболочки, которым страдает около 2-5% населения земного шара, при этом распространенность заболевания меняется в зависимости от условия жизни и географического положения популяции. Болезнь может начаться в любом возрасте. Псориаз может сопровождаться изменениями в различных органах и систем. Накопленные данные позволяют рассматривать это заболевание как системную [1, 4, 5].

В последние годы отмечен значительный рост заболеваемости псориаза, увеличение числа случаев его тяжелого течения, ведущих к значительному ухудшению качества жизни, потере трудоспособности и ранней инвалидизации [3, 4].

Сложность патогенеза заболевания во многом затрудняет выбор терапии. Специалисты полагают, что при назначении того или иного препарата следует принимать во внимание его долгосрочную эффективность, возможность развития неблагоприятных явлений, наличие форма псориаза, сопутствующих заболеваний [2, 3].

Поэтому крайне актуальным представляется своевременное назначение при псориазе лекарственных средств, снижающих вероятность необратимого повреждения кожи и суставов. В связи с невозможностью проведения этиотропной терапии псориаза основным направлением лечения является воздействие на процесс воспаления – ключевой патогенетический механизм болезни [1, 5].

Цитостатический препарат метотрексат в течение многих лет используется в лечении псориаза. Высокая терапевтическая эффективность этого препарата при псориазе доказана в многочисленных исследованиях, благодаря

высокой частоте случаев клинического улучшения и хорошей переносимости [1, 2, 5]. В настоящее время он остается препаратом выбора в лечении тяжелых форм этого заболевания.

Целью работы является анализ результатов применения метотрексата и гептрала при лечении тяжелой формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 28 больных псориазом, мужчин было 19, а женщин 9. Критериями включения в исследование был возраст от 20 до 58 лет с давностью заболевания от 5 до 30 лет. У 21 больного был диагностирован псориаз тяжелого течения (из них у 15 наблюдалась клиника псориатической эритродермии и у 6 пациентов – пустулезная форма псориаза).

Для анализа динамики кожного статуса у больных определяли индекс PASI до, во время и после лечения. Индекс PASI у больных в среднем составил 45,3 балла, что расценивается как «тяжелая» форма псориаза. Клинически значимыми показателями эффективности проводимой терапии считали уменьшение индекса PASI на 50, 75 и 90%. Результаты лечения оценивали по количеству больных, достигших клинического выздоровления, значительного улучшения и улучшения. Если улучшение по индексу PASI составляло 90% и более, констатировали клиническое выздоровление, 75-89% – значительное улучшение, 50-74% – улучшение.

Дополнительно у всех больных проводили клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови.

Тактику лечения определяли в соответствии с тяжестью кожного процесса, длительностью ремиссий после полученного ранее лечения, эффективностью применения различных видов системной терапии. Учитывая, этого мы использовали комбинированное (антигистаминные, гипосенсибилизирующие, улучшающий микроциркуляции сосудов; метотрексат по 2,5 мг х 2 раза во внутрь и гептрал по 400 мг в сутки) лечение. Наружное лечение проводилось только индифферентными мазями.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов в анамнезе отмечалось длительное применение глюкокортикостероидных препаратов как парентерально, так и перорально. Также имелись указания на неоднократное применение других видов системной терапии: преднизолон с метотрексата – 12 больных, циклоспорина А – 6 больных, ПУВА-терапии – 10 больных. На момент поступления в стационар ГУ «ГКБКБ» г. Душанбе 8 больных получали преднизолон в различных дозировках в течение нескольких месяцев, 4 больных – метотрексат в сочетании с преднизолоном в течение последних 3 месяцев, 3 пациента – циклоспорин в виде монотерапии или в сочетании с преднизолоном в течение длительного времени до госпитализации в стационар.

Метотрексат в сочетании с гептралом назначали больным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени в случае, если другие методы терапии не давало удовлетворительных результатов или было противопоказано. Переносимость препаратов в целом была хорошая. У двух больных после первого введения препарата отмечалось повышение уровня АЛТ и АСТ, не превышавшего двукратное верхнее значение нормы. В связи с повышением биохимических показателей функции печени были назначены гептрал. Терапия гептралом снижает негативное влияние метотрексата на функциональное состояние печени. Для анализа динамики кожного статуса у всех больных до начала терапии определяли величину индекса PASI. Через сутки после начала терапии пациенты отмечали значительное улучшение общего самочувствия. Через 2 недели у 24 больных наблюдался положительный эффект комбинированной терапии, который сохранялся на протяжении 14 недель.

Все больные перенесли лечение хорошо. Через 2 недели после проводимой терапии у 13 (46,4%) больных отмечалось уменьшение индекса PASI на 50% и более, у 4 (14,3%) больных – на 75% и более. Значительное улучшение состояния пациентов наблюдалось уже на 6-й неделе лечения, когда у 26 (92,9%), 21 (75,0%) и 7 (25,0%) больных, получавших комбинированное лечение, отмечалось снижение индекса PASI на 50, 75 и 90% соответственно. Тенденция к снижению индекса PASI сохранялась и на протяжении последующих 8 недель. Значительное улучшение на 14-й неделе терапии получено у всех больных, снижение индекса PASI на 75% и более отмечалось у 28 (100%) больных, на 90% и более – у 23 (82,1%) больных.

Заключение. Таким образом, применение комбинированной терапии приводило к быстрому и стойкому улучшению состояния больных псориазом с тяжелым течением. Среднее значение индекса PASI в группе больных снизилось с 35,8 балла перед началом лечения до 1,8 балла к концу 14-й недели терапии.

Комбинированный метод лечения является высокоэффективным методом лечения псориаза тяжелого течения. Он может быть использован в качестве терапии «первой линии» при лечении тяжелых случаев течения псориаза и позволяет добиться быстрого ответа на проводимое лечение, купирования тяжелого состояния больных. При применении препаратов наблюдалось быстрое и значительное уменьшение площади псориатических высыпаний. У большинства пациентов получено выраженное стойкое улучшение в течении кожного процесса.

В результате исследования была показана патогенетическая обоснованность и безопасность гептрала как средства, способствующего снижению гепатотоксического эффекта метотрексата, повышающего клиническую эффективность терапии тяжелых форм псориаза и медицинское качество жизни больных, что расширяет возможности выбора практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Матусевич С.Л. и др. Сравнительная оценка профиля безопасности современных препаратов, применяемых в терапии тяжелых форм псориаза. Медицинская наука и образование Урала. – 2019; – № 3: – С. 10-13.
2. Олисова О.Ю., Анпилогова Е.М. Системная терапия псориаза: от метотрексата до генно-инженерных биологических препаратов. Вестник дерматологии и венерологии. – 2020; – № 96 (3): – С. 7-26.
3. Асоскова А.В., Сычев Д.А., Кубанов А.А. Вопросы безопасности применения метотрексата в терапии псориаза. Вестник РАМН. –2021; – № 76 (3): – С. 254-267.

4. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Эпидемиология псориаза среди населения старше трудоспособного возраста и объемы оказываемой специализированной медицинской помощи больным псориазом в Российской Федерации в 2010–2019 гг. Вестник дерматологии и венерологии. – 2020; – № 96 (5): – С. 7-18.
5. García DS, Saturansky EI, Poncino D, et al. Hepatic toxicity by methotrexate with weekly single doses associated with folic acid in rheumatoid and psoriatic arthritis. What is its real frequency? Annals of Hepatology. 2019; 18 (5): p. 765-769.

Ахмедов¹ И.А., Амриллаев² У.Ш.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЛИЯНИЕ L-КАРНИТИНА НА МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.

1-ассистент кафедры внутренних болезней №1 Самаркандского Государственного медицинского университета

2- студент лечебного факультета Самаркандского Государственного медицинского университета

Цель работы: Оценка эффективности L-карнитина при мышечной слабости у пациентов с РА.

Материал и методы: В соответствии с целями и задачами данного исследования обследованы 106 пациентов 92 женщины (86,8%), 14 мужчин (13,2%) с РА в соответствии с критериями классификации ревматоидного артрита Американского колледжа ревматологии и Европейской лиги против ревматизма (ACR / EULAR).

Средний возраст больных составил – 42,1±1,3 лет, продолжительность заболевания – 9,3±6,2 лет. Больные системными поражениями сердца с развитием нарушения кровообращения, с тяжелыми поражениями почек, печени не были включены в группу обследования.

Жалобы пациентов на повреждение мышц выявлялись путем осмотра мышц, пальпации, оценки активных и пассивных движений, определения силы и тонуса мышц. Оценивались мышечная слабость, ограниченный диапазон движений и уровень мышечной боли. В анамнезе пациентов изучались время начала поражения мышц, его связь с другими видами заболеваний, наследственные особенности. При объективном обследовании основное внимание уделялось уровню развития мышц, симметрии, деформациям.

Для определения мышечной силы и работоспособности использовался опросник SARC-F для определения саркопении, а также денанометрия для определения компрессионной способности кисти руки.

В основной группе пациентов, участвовавших в исследовании, препарат L-карнитин был рекомендован в дозе 100 мг в / в в течение 10 дней с целью стимуляции мышц в сочетании со стандартным методом лечения РА. При оценке эффективности этих методов лечения изучалось состояние мышечной силы, функциональных способностей и качества жизни пациентов в обеих группах пациентов до и после лечения.

Результаты У 98 больных (92,4%) установлено медленно прогрессирующее, у 8 (7,6%) - быстро прогрессирующее течение заболевания. Низкая активность патологического процесса была диагностирована у 5 (4,7%), средняя – у 66 (62,3%), высокая у 36 (33%) больных. Серопозитивная форма заболевания была у 88 (83,0%), серонегативная - у 17 (17%) больных. I рентгенологическая стадия РА установлена у 5 (4,7%), II стадия – у 56 (52,8%), III стадия - у 32 (30,2%), IV стадия – у 13 (12,3%) больных. Функциональная способность у 7 (6,6%) больных была сохранена. У 18 (17%) установлена первая, у 57 (53,8%) - вторая, у 24 (22,6%) - третья степень нарушения функциональной способности.

При анализе опроса SARC-F показатели составили: в основной группе пациентов невозможность поднять более 5 кг у 63 пациентов (79,7%) до лечения и 49 пациентов (58,2%) (p <0,001) после лечения. В контрольной группе 20 пациентов (74%) были диагностированы до лечения и 18 пациентов (66,7%) после лечения (p <0,001). Функциональное состояние мышц ног оценивалось по низкой скорости ходьбы пациентов, что затрудняло самостоятельное передвижение пациентов. Результаты наблюдались у 48 (60,7%) пациентов после лечения, у 36 (45,6%) пациентов (p <0,001) в основной группе до лечения, у 16 (59,2%) пациентов до лечения и у 12 после лечения в контрольной группе. (29,6%) были пациентами (p <0,001).

В контрольной группе затруднения при вставании с кресла или кровати были обнаружены у 51 пациента до лечения (64,6%), у 29 пациентов после лечения (36,7%) (p <0,001) и у 18 пациентов до лечения (66,7%). выявлен у 14 пациентов (51,8%) (p <0,001) и сохранялся после лечения.

Трудности подъема по лестнице на 10 ступеней наблюдались у 64 пациентов (81%) до лечения в основной группе, у 31 пациента (39,2%) после лечения (p <0,001) и у 17 пациентов (62,9%) в контрольной группе до лечения. 12 пациентов (44,4%) сохраняли затруднения при вставании со стула или с постели после лечения (p <0,001).

Учитывая, что показания силы мышц кисти руки на динамометре тесно связаны с массой тела, сила мышц определялась отдельно в зависимости от силы и относительной силы, определенных на абсолютном динамометре, то

$$F = \frac{F_{абс} \cdot 100}{P},$$

есть веса тела. Используя эту формулу для определения относительной силы мышцы, абсолютное значение доминирующей силы натяжения пальца озеры на динамометре было умножено на 100, и значения, полученные путем деления на индекс массы тела, были выражены в процентах. Результаты, полученные после внутримышечного введения 10,0 мл L-карнитина, показали, что по результатам динамометрических измерений, проведенных доминирующей рукой, абсолютная сила мышц в основной группе увеличилась с 10,2 [0; 24] кг до 12,9 [3; 25] кг., сила мышц по отношению к массе тела увеличилась с 42,2% до 54,1% (p<0,001), в контрольной группе увеличилась с 8,1 [0; 20] кг до 9,89 [0; 21] кг (p <0,001).

Таким образом, по результатам исследования мы видим, что в обеих группах пациентов анализ динамометрических данных и опроса SARC-F показал значительное снижение мышечной силы. Снижение мышечной силы было очевидным у пожилых пациентов и при более длительном течении болезни.

Снижение мышечной силы привело к снижению способности пациентов к самообслуживанию и снижению

качества жизни. Это, в свою очередь, привело к дальнейшему обострению болезни. Поэтому для улучшения качества жизни пациентов с РА требуется всестороннее изучение изменений в мышцах и мышечно-стимулирующие методы лечения при лечении заболевания.

Обсуждение

Артрит играет важную роль в глобальной системе здравоохранения. Несмотря на распространенность, патогенез, клинику, новые диагностические возможности лечения и новые эффективные методы лечения в ближайшее десятилетие, болезнь РА остается одной из актуальных проблем, находящихся в центре внимания ревматологов всего мира.

Согласно статистике последних лет, более 20 миллионов человек во всем мире страдают РА. Ежегодно количество больных РА увеличивается на 3-4 процента.

Кроме того, с одной стороны, пациентам с РА часто приходится обращаться к врачу, проходить множество лабораторных и диагностических исследований, стоимость обычных лекарств, необходимость частого стационарного лечения. В среднем через 10 лет после начала заболевания у 1/3 пациентов возникают состояния суставов, требующие хирургического вмешательства.

С другой стороны, болезнь РА - это совокупность нескольких проблем, которые имеют социальное значение не только для самих пациентов, но и для членов их семей.

Затяжное хроническое обострение РА, обострение медико-социальных проблем у пациентов, потребность пациентов в социальной и медицинской помощи со стороны государства остаются главными проблемами медицины любой страны, в том числе и Узбекистана. В то же время пациент оказывает влияние как на экономику семьи, так и на экономику штата.

За первые два десятилетия нашего века мир медицины добился значительных успехов, проведя серию экспериментов по этиологии, патогенезу, клинике, новым высокоэффективным методам лечения и мерам по предотвращению развития инвалидности при заболеваниях суставов, в том числе РА. Сюда входит разработка высокоэффективных основных противовоспалительных препаратов или препаратов, полученных биологическим путем, которые расширили возможности патогенетического лечения заболевания, но очень высокая стоимость этих биологических препаратов создает экономические проблемы для пациентов.

Однако многие факторы, связанные с механизмами развития РА, остаются до конца неизученными или спорными. Это требует дальнейшего изучения болезни РА.

Применение комплексных лечебных мероприятий при ранней правильной диагностике и лечении поражения мышц при РА увеличивает период ремиссии заболевания и предотвращает раннюю инвалидность.

Н.В. Торопцова, О.В. Добровольская, А.О. Ефремова, О.А. Никитинская (2021) обнаружили, что у 42% пациентов развилась саркопения при скрининговом обследовании EWGSOP2, которое показало уменьшение силы и размера мышц у женщин с РА.

Н. Б. Губергриц, О. А. Голубова, Г. М. Лукашевич в своих экспериментальных исследованиях и на практике при определении анаболического действия L-карнитина. Согласно их выводам, L-карнитин участвует в синтезе некоторых аминокислот, повышает работоспособность, ускоряет истинную регенерацию тканей, способствует увеличению мышечной массы и мышечной силы.

По результатам исследований Л.А. Баликовой, О.М. Солдатов, Л.А. Ивянского, О.В. Ферапонтовой, L-карнитин повышает адаптацию организма к физическим нагрузкам и оказывает значительное лечебное действие на спортсменов со стрессовой кардиомиопатией. Сделан вывод о целесообразности применения L-карнитина (курсами по 1,5 мес в дозе 30—75 мг / кг в сутки в два приема) в играх вид спорта и видах спорта, тренирующий качество выраженности свойств, придает особую ценность.

В нашем исследовании скорость снижения мышечной массы и мышечной силы определялась с помощью обзора саркопии SARC-F. По данным саркопии, у 64 (60,3%) пациентов, включенных в исследование, наблюдалось значительное снижение мышечной массы и силы, а у 19 (17,9%) больных развились очень сильные симптомы саркопии ≤ 8 , что указывает на уменьшение мышечной массы и прямое уменьшение мышечной массы привело к снижению силы и функциональности.

Снижение мышечной силы было очевидным у пожилых пациентов и при более длительном течении болезни. Снижение мышечной силы приводит к снижению способности пациентов к самообслуживанию и снижению качества жизни. Это, в свою очередь, приводит к дальнейшему обострению заболевания и требует всестороннего изучения мышечных изменений и использования мышечно-стимулирующих методов лечения для улучшения качества жизни пациентов.

Выводы: В связи с этим можно сделать вывод, что использование L-карнитина в качестве мышечно-стимулирующей терапии в первые годы заболевания в комплексном лечении пациентов с РА может повысить мышечную функцию, и повысить способность пациентов к самообслуживанию и предотвратить ранняя инвалидность.

Литература:

1. Н.Б.Губергриц, О.А.Голубова, Г.М.Лукашевич / L-карнитин: от биохимических свойств к клиническому применению // Современная гастроэнтерология 2, 2012. 114-121,
2. Э.С.Тоиров, Н.Н.Абдуллаева, И.А.Ахмедов / Клинические особенности невротических нарушений при ревматоидном артрите // journal of neurology and neurosurgical research 1, 2020. Стр 19-22.
3. Т.Е.Sanatovich, A.I.Amrillaevich, S.I.Islomovich /Дисбаланс нервной и эндокринной системы при ревматоидном артрите // Журнал кардиореспираторных исследований 2 (1)
4. Э.С.Тоиров, И.А.Ахмедов / Ревматоид артрит касалигида мушаклар зарарланишларининг клиник, инструментал ва иммунологик тавсифи // Биология ва тиббиёт муаммолари. 6 ((124)), стр. 220-224.

Бадалова С.А., Гафаров М.С., Навджуванов И.М.
СОСТОЯНИЕ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АСПИРИНУ
 Кафедра внутренних болезней № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Тромбообразование играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС). В тоже время механизмы резистентности к аспирину и клопидогрелю становятся яснее, и остается необходимость выявления этих клинических ситуаций. В самом широком смысле, резистентность к антиагрегантам связана с продолжением возникновения ишемических событий, несмотря на адекватную антитромботическую терапию [1]. Отсутствие стандарта определения резистентности также как и отсутствие стандарта диагностических возможностей, препятствует обнаружению и лечению таких состояний. Между тем, терапевтическую резистентность более целесообразно рассматривать как изменения свёртывающей системы крови. В тоже время, необходима ясная и последовательная характеристика антиагрегантной резистентности, с последовательной коррекцией отдельных факторов. Понимание механизмов несостоятельности терапии путем улучшения диагностики этой клинической ситуации, может открыть новую эру индивидуализации антитромботической терапии с рутинным определением факторов свёртывания и антисвёртывания, что позволит своевременно изменить терапевтическую стратегию и, таким образом, кардинально повлиять на дальнейшее развитие заболевания [2].

Цель исследования Изучить состояние свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у пациентов с аспиринорезистентностью.

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».

Результаты исследования. При исследовании состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза обнаружено, что у рАСК пациентов в 1-е сут ОКС в периферической крови снижено содержание тромбоцитов как относительно контроля, так и в сравнении с чАСК пациентами (табл.1). Так, число тромбоцитов у резистентных к АСК составило $143,0 \pm 4,5$, что статистически значимо меньше по сравнению с контрольными показателями и группой пациентов с АСКч, соответственно ($205,0 \pm 2,5$ и $208,0 \pm 4,0$ тыс/мкл). Следовательно, можно предположить, что риск спонтанной агрегации тромбоцитов у рАСК пациентов на терапии АСК сохраняется выше контрольных значений.

Нарушение целостности эндотелия неизбежно сопровождается повышением активности фактора Виллебранда, что подтверждается и нашими исследованиями. Так, активность ФВ оказалась повышенной в сравнении с контролем ($112 \pm 2,0\%$) у обеих групп пациентов и составила соответственно $136 \pm 1,5$ и $159 \pm 3,5\%$, что статистически значимо по сравнению с контрольными показателями.

Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ). т.е. показатель, позволяющий оценить внутренний путь свертывания крови (факторы XII, XI, IX, VIII) по результатам нашего исследования АЧТВ у АСК-ч достоверных различий в уровне тромбопластинового времени не регистрировалось и в среднем соответствовало контрольным показателям. При этом необходимо отметить, что у резистентных к АСК пациентов отмечается тенденция к укорочению АЧТВ и составляет $35,7 \pm 3,6$ сек. Следует также отметить, что помимо диагностики нарушений системы гемостаза, метод широко применяется для контроля за адекватностью гепаринотерапии.

Аналогичная ситуация обстоит и с показателями тромбинового времени (ТВ). ТВ- время характеризует конечный этап свертывания крови. Так, контрольные показатели ТВ составили $17,1 \pm 1,1$ сек не имея достоверных различий с показателями АСКч –пациентов. Незначительная тенденция к укорочению ТВ регистрировалась у пациентов с АСКр, составляя в среднем $15,0 \pm 1,5$ сек. Более важное значение для контроля эффективности оральных антикоагулянтов имеет протромбиновое время (ПТВ), поскольку позволяет внешний путь свертывания крови (фактор VII). По результатам исследования статистически значимые различия имеются в группе пациентов с АСКр, у которых ПТВ можно считать повышенным $89,1 \pm 5,8\%$.

Таблица 1

Показатели свертывающей системы крови у лиц с аспиринорезистентностью

Показатели	Контроль (20)	АСК ч (n=20)	АСК р(n=20)
Тромбоциты, тыс/мкл	$205,0 \pm 2,5$	$208,0 \pm 4,0$	$143,0 \pm 4,5^*$
АЧТВ, сек.	$40,4 \pm 2,1$	$42,3 \pm 3,3$	$35,7 \pm 3,6^*$
ТВ, сек.	$17,1 \pm 1,1$	$18,0 \pm 1,2$	$15,0 \pm 1,5$
ПТВ, %	$83,2 \pm 7,5$	$84,0 \pm 3,3$	$89,1 \pm 5,8^*$
Конц-я Фг, г/л	$3,0 \pm 0,47$	$3,44 \pm 0,58$	$3,32 \pm 0,46$
АТ-III, %	$78,7 \pm 4,5$	$85,5 \pm 6,5$	$77,5 \pm 3,5$
Протеин С, %	$90,1 \pm 7,5$	$92,1 \pm 4,6$	$93,1 \pm 5,0$
ФВ (%)	$112 \pm 2,0$	$136 \pm 1,5^*$	$159 \pm 3,5$
Вязкость крови, сп	$3,55 \pm 0,04$	$3,48 \pm 0,04$	$3,76 \pm 0,02$ P<0,001
Вязкость плазмы, сп	$1,04 \pm 0,01$	$1,05 \pm 0,05$	$1,01 \pm 0,02$ P<0,001

*-статистически значимые различия с контрольными показателями
 Фактор Виллебранда, % 1 12

АЧТВ - активированное частичное тромбопластиновое время.
чАСК - чувствительные к ацетилсалициловой кислоте пациенты;
рАСК - резистентные к ацетилсалициловой кислоте пациенты;
ТВ- тромбиновое время
ПТВ- протромбиновое время
АТ-III- антитромбин

Уровень фибриногена в крови не претерпевает статистически значимых различий в группах и в сравнении с контрольными показателями. Так, при контроле $3,0 \pm 0,47$ г/л уровень фибриногена в группах колеблется от $3,44 \pm 0,58$ до $3,32 \pm 0,46$ г/л оставаясь в пределах нормативных данных. Так, снижение концентрации Фг наблюдается при избыточной тромболитической терапии, а истинная Гипер-фибриногенемия не всегда свидетельствует о развитии тромботических состояний, она может быть следствием повышения Фг - как белка острой фазы.

Антикоагулянтная система представлена показателями естественных антикоагулянтов в крови, в частности Антитромбин III (АТ-III). Данный показатель имеет принципиальное значение в проведении планового и экстренного стентирования, а также операционных мероприятий. Снижение концентрации естественного антикоагулянта может приводить как к тромбообразованию. Так, по данным результатов исследования у АСКр пациентов имеется снижение уровня антиромбина и составляет в среднем $77,5 \pm 3,5\%$ при контроле $78,7 \pm 4,5\%$. Помимо этого показателя имеется статистически значимое снижение протеина С, что можно рассматривать как фактор риска тромбообразования. Протеин С своей активированной формой тормозит процесс свертывания крови. Активируется тромбином в присутствии ионов Са, фосфолипидов и протеина S.

Изменения и нарушения исследуемых показателей свёртывающей и антикоагулянтной системы крови неизбежно должны влиять на состояние вязкости крови и плазмы. В этом плане 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 $-3,55 \pm 0,04$).

Результаты исследования показателей свёртывающей системы крови показали некоторые различия, принципиально не влияющие на качество жизни пациента. Однако, как нам известно, при патологических сдвигах в организме состояние крови может быстро переходить в гипер или гипокоагуляционное состояние с риском формирования тромбов или кровотечений. Особенностью сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у рАСК пациентов является увеличение агрегации тромбоцитов причём у рАСК пациентов риск тромбообразования определяется на фоне пониженного количества тромбоцитов в периферической крови в 0,5 раза. В зависимости от чувствительности к АСК, наиболее выраженные различия при ОКС выявляются со стороны сосудисто-тромбоцитарного звена. повышается активность фактора Виллебранда. На двойной антитромбоцитарной терапии АСК у рАСК пациентов сохраняется высокий уровень агрегации тромбоцитов и пониженное содержание тромбоцитов при повышенной активности фактора Виллебранда.

Выводы. У пациентов с острым коронарным синдромом имеется повышенный уровень фактора Виллебранда 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.

Литература:

1. Сулимов В.А. Резистентность к антитромбоцитарным препаратам у пациентов подвергающихся elective стентированию коронарных артерий /В.А.Сулимов, Е.В. Мороз//Рациональная фармакотерапия в кардиологии.- 2012.- Т. 8.- № 1. С. 23-30.
2. Сергеева Е.О. Изучение влияния сочетанного применения препаратов «Аспирин-кардио» и «Зилт» на свертывание крови и плазменный (коагуляционный) гемостаз /Е.О. Сергеева, Л.А. Саджая, И.В. Скульте // В сборнике: Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции.- Пятигорск, 2015.- С. 245-248

Баротов И.И., Бандаев И.С., Рахмонов Ё.Х.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ ЗАКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ ЯВАНСКОГО РАЙОНА

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

Актуальность. Повышение качества и доступность медицинского обслуживания населения напрямую связано с реформированием первичной медико-санитарной помощи и построением ее по принципу семейной медицины. Развитие общих врачебных практик, является одной из актуальных проблемы здравоохранения. Здоровье народа является важнейшим фактором развития и благосостояния страны. С этой точки зрения здравоохранение должно рассматриваться не как сфера потребления, а как сфера доходных капиталовложений, направленных на сокращение бедности, мобилизацию ресурсов, привлекающих внимание международного сообщества.

Социальная и экономическая нестабильность достаточно негативно отразилась на состоянии системы здравоохранения. При этом малоэффективную систему оказания медицинской помощи усугубил разрыв экономических связей, спад производства, финансовые и другие трудности. Соответствующее снижение статуса здоровья сельского населения способствовало осознанию острой необходимости в проведении реформ в секторе здравоохранения сельской местности с целью стабилизации и улучшения создавшегося положения (Концепция реформы системы здравоохранения 2002г.)

В условиях внедрения семейной медицины семья возводится в статус пациента, что сопровождается необходимостью поиска критериев оценки здоровья семьи, с целью планирования лечебно-профилактической помощи, определения форм и методов работы с ней врача общей практики, организации первичной медико-социальной помощи по семейному принципу.

Цель исследования. Изучение медико-социальное и психо-социологическое характеристика семей обслуживаемого населения семейными врачами Яванского района.

Материал и методы исследования. Для решения этой проблемы нами была использована программа медико-социальной и психо-социологической оценки потребностей семьи как пациента службы ПМСП. Разделы программы охватывают все области изучения семьи и включают в себя социально-демографическую (состав, возраст членов семьи, количество детей в ней); социально-гигиеническую (уровень образования, социальное положение, место и условия работы членов семьи); медико-биологическую (состояние здоровья каждого члена семьи на основании субъективной и объективной оценки, наличие факторов риска для здоровья, медицинскую активность, отношение к необходимости сохранения и поддержания здоровья членов семьи) и психо-социологическую (психологический климат в семье, состояние душевного равновесия членов семьи и причины его нарушения) характеристики; материально-экономическую сторону жизни (жилищные условия, уровень дохода).

Объектом наблюдения явились взрослые члены семей всех возрастных групп, различного социального положения, материального обеспечения и состояния здоровья, что позволило получить репрезентативные результаты. Опрос пациентов производился по специально разработанной анкете, содержащей 30 вопросов. Полученные сведения обработаны математически и представлены в виде показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего проанкетировано 450 пациентов врачей общей практики, а анализу подвергнуто 400 анкеты. Среди опрошенных было 37,5% мужчин и 62,5% женщин. Лица трудоспособного возраста (с 20 до 59 лет) составили 262 (65,5%) (мужчины 35,1% и женщины 64,9%). Респонденты пожилого (пенсионного возраста) - 126 (31,5%), среди анкетированных данной возрастной группы мужчин оказалось - 42,1%, женщин - 57,9%. Лица моложе 20 лет составили - 3,0%. Распределение респондентов по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение респондентов по возрасту и пола

Возраст	Мужчины, n	Женщины, n
До 20 лет	5 (3,3%)	7 (2,8%)
20-29 лет	36 (24,0%)	38 (15,2%)
30-39 лет	25 (16,6%)	53 (21,5%)
40-49 лет	21 (14,0%)	46 (18,3%)
50-59 лет	10 (6,6%)	33 (13,1%)
60-69 лет	50 (33,4%)	48 (19,1%)
70 лет и старше	3 (2,1%)	25 (10,0%)
ВСЕГО	150 (37,5%)	250 (62,5%)

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

В данном исследовании в качестве пациента выступает семья. Мы старались информацию, полученную от респондентов связывать с их семьями, и включили в структуру семьи три основных элемента: численность, состав, число поколений и была составлена классификация обследованных семей. Результаты анкетирования показали, что одиноко проживающих респондентов составили 10,4%, холостые или незамужние, живущие с родителями составили 8,0%.

Также были выделены малые семьи, состоящие из меньше 3-х человек - 30,5%, от 3-5 членов - 40,9%, большие из 5 и более человек 28,6%. Брачный пар без детей оказалось - 8,0%, семей, имеющих одного ребенка - 9,6%, двух детей - 16,0%, трех - 24,1 %, и более трех детей составил 42,3%. Для дальнейшего исследования мы акцентировали внимание на одиноко проживающих респондентах, членах неполных и полных семей, которые составили соответственно 9,7%; 27,4%; 62,9%.

Интересные данные получены при изучении состава семей в разных возрастных группах. Более трети (40,3%) семей молодого возраста (до 30 лет) проживает с родителями, что, вероятно, естественно и оправданно в нынешних условиях экономического неблагополучия. В этом возрасте роль родителей велика еще и с точки зрения оказания помощи по уходу ребенком. В тоже время настаивает тот факт, что почти такая же доля (35,4%) семей в возрасте 30-39 лет продолжает проживать с родителями. Это, скорее всего, является вынужденной мерой, с одной стороны, из-за трудностей улучшения жилищных условий в период экономической трудности в стране, а с другой - совместное проживание помогает преодолевать материально-экономические затруднения.

Для лиц старшего поколения (старше 60 лет) более благоприятным является проживание вместе с детьми. По данным нашего исследования, семьи пенсионеров составляют 10,1%. Из них одиноко проживают - 8,9%. Причем, удельный вес одиноких с возрастом увеличивается (среди 60-69 летних их 10,3%, а 70 и более лет - 20,7%). В малых семьях живет 40,7% лиц пожилого возраста, в больших семьях - 32,0%. Полученные данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Возрастная характеристика типов семей

Возраст	Одинокие	неполные семьи	полные семьи
Всего:	9,7	27,4	62,9
В том числе:			

До 20 лет		1,3	1,4
20-39 лет	15,3	12,9	9,3
30-39 лет	18,9	26,9	25,0
40-49 лет	8,9	26,2	25,0
50-59 лет	25,9	18,3	14,0
60-69 лет	10,3	8,8	13,2
70 и более	20,7	5,6	12,1
Итого	100,0	100,0	100,0

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

Изучение многодетности мы осуществляли среди семей в возрасте до 50 лет, так как в виду отдельного проживания детей у респондентов старшего возраста, мы получили неполные и, следовательно, недостоверные сведения. Данные о количестве детей в обследованных семьях отражены в табл. 3.

Таблица 3

Распределение семей разных возрастных групп по количеству детей

Количество детей	До 20 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	Всего семей
нет	85,2	7,1	5,9	7,2	26,3
один	11,4	36,5	20,3	26,2	28,1
двое	3,4	46,0	60,2	49,4	35,1
Трое и более		10,4	11,8	14,5	10,5
всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание: % - от общего количество опрошенных бенефициаров

Анализ данных, представленных в таблице, позволяет сделать вывод, что среди обследованных семей в возрасте от 30 до 50 лет преобладают семьи с двумя - тремя и более лет ребенком (40,1), но с удлинением продолжительности семейной жизни количество детей увеличивается. Так, в возрастной группе 40-49 лет доля семей, имеющих троих и более детей составила 53,3%, а у 30-39 летних родителей 31,4%.

Уровень образованности респондентов, оказывающий влияние на тип семьи, её состав, количество детей, стиль и образ жизни, представлен следующим образом: 19,1% из них имели только начальное образование. Незаконченное среднее образование получили 12,5% анкетированных, среди которых преобладают женщины старших возрастных групп. Среднее образование у 26,5% респондентов, профессионально-техническое – у 11,9% (среди мужчин 26,3%, женщин – 6,8%). 26,4% опрошенных имеют средне специальное образование (17,1% мужчин и 31,8% женщин). Высшее образование у 22,7% (14,5% мужчин и 11,1% женщин).

Выводы.

1. Таким образом, преобладающим образованием анкетированных пациентов врачей общей практики (семейные врачи) является среднее, средне специальное. Мужчины оказались более образованными: 44,7% из них имеют средне специальное, и высшее образование (среди женщин такой уровень образования отметили только 31,6%).
2. Уровень образования в определенной степени отражается на типе семьи и семейном положении респондентов. С увеличением уровня образованности уменьшается количество детей (в полных семей на 10,0 % -15,0%, в неполных семей на 5-7%).
3. Удельный вес замужних и женатых, напротив, повышается с повышением уровня образования от 45,4% до 51,1%.
4. Корреляционный анализ взаимосвязи семейного положения респондентов, типом их семьи и уровнем образования показал наличие слабой связи ($r = 0,21 \pm 0,7$ и $0,11 \pm 0,3$ соответственно).

Заключения. С целью доступности медико-социальных услуг населению необходимо отметить, что принципиальным вопросам в реализации программы развития сельского здравоохранения становится формирование рациональная кадровая политика, укрепление первичного сельского здравоохранения с целью решения социально бытовых проблем. Немаловажное значение имеет формирование нормативно-правовой и методической базы для сопровождения деятельности семейных врачей в сельской местности.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллоева Н.Ш. Оценка качества жизни детей дошкольного возраста в г.Душанбе / Н.Ш. Абдуллоева // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022.-№4.- С.42-43.
2. Азизов З.А. Медико-социальные аспекты охраны и укрепления здоровья лиц пенсионного возраста /З.А. Азизов, Ф.П.Магзумова // Здравоохранение Таджикистана. – 2021.- №4.- С. 16-19.
3. Ахунова Н.Т. Качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями / Н.Т.Ахунова, З.У.Холова, М.Асрори, З.Ш.Сафаров //Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4.- С.23-27.
4. Гоибов А.Г.Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан / А.Г.Гоибов, Н.Т.Мирзоали, Х.К.Каримзода, Р.А.Турсунов// Вестник Авиценны. – 2019. Т.21. - №3. – С. 415-419.
5. Камалова С.С. Психологические аспекты положения пожилых людей /С.С.Камалова, Н.Х.Меликова, С.Н.Мавланова, Н.М.Навджувонов //Здравоохранения Таджикистана.- 2021. - №4. – С. 53-56.
6. Мадаминава З.А. Проблемы оказания паллиативной помощи детям в Республике Таджикистан / З.А.Мадаминава,

- М.Н.Умарова, Н.Р.Хайталиева//Здравоохранения Таджикистана. – 2022. - №4. – С.96-97.
7. Мунавварова У.М. Новые ориентиры по оказанию комплексной медико-социальной помощи пожилым людям и инвалидам на уровне общин в рамках десятилетия здорового старения (2021-2030гг.) / У.М.Мунавварова // Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4. – С. 64-70.
 8. Павлова С.В. Ранняя помощь детям и их семьям, пути развития в Российской Федерации / С.В.Павлова, А.В.Сокуров, Т.В.Ермоленко, В.В.Лорер, С.В.Малькова, И.С.Ишутина//Здравоохранения Таджикистана.- 2022.- №4. – С. 63-67.
 9. Раджабзода С.Р.Анализ статуса и ресурсов вертикальных центров на уровне ПМСП в районах республиканского подчинения / С.Р.Раджабзода, Б.Ю.Джонова, Дж.Х.Дустов// Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022. - №4.- 14-15.

Баротов И.И., Бандаев И.С., Рахимова Д.С.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕННОСТЬ К УЛУЧШЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

Актуальность. В последние годы в Таджикистане не изучалась динамика состояния здоровья населения и влияние ее на перспективу развития общества в дальнейшем. После получения независимости социально-экономический кризис, изменил картину здоровья населения и вывел на первые места различные варианты неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания, заболевания других органов и систем, онкологию, сахарный диабет и другие.

По оценкам мировых специалистов более 70% населения мира живет в состоянии застойного психоэмоционального и социального стресса, которые истощают приспособительные и компенсаторные механизмы, поддерживающие здоровья.[3; 5]Особенно втяжелом экономическом и социальном положении оказались пожилые люди, лица с хроническими заболеваниями, инвалиды, неполные семьи с нетрудоспособными членами. По мнению ряда авторов, при оценке терапевтических возможностей врач кроме медицинского статуса должен учитывать отношение населения к собственному здоровью, болезням и готовности семьи принять на себя ответственность за обеспечение, уход и лечение членов семьи.[5]. Именно врачи общей практики (семейные врачи) первыми встречаются с населением и осуществляют профилактическую работу по повышению мотивации населения в укреплении здоровья, и профилактики болезней, что говорить о их важной роли в медико-социальной области здравоохранения. При этом семейный врач имеет, несомненно, преимущественно перед другими специалистами. Семейный врач, ответственный за здоровье всей семьи, для успешного лечения болезней должен обладать доскональными знаниями о таких семейных проблемах, как недостаточная материальная обеспеченность, неадекватные жилищные условия, плохое питание. При этом пожилые и престарелые пациенты вынуждены доверять врачу не только своё здоровье, но и семейные проблемы и тайны. Выявлено, что в Таджикистане более 80% пожилых людей имеют те или иные хронические заболевания, среди которых ведущая роль принадлежит болезням сердечно-сосудистой системы, из них на ишемическую болезнь сердца (ИБС) приходится 48,5%, на цереброваскулярные болезни 25,3% и 19,6% гипертоническую болезнь [2]. При этом для лиц этого возраста характерно множественность комарбидных патологий. Так, по данным ряда авторов, из числа наблюдаемых больных, пожилого возраста, только 3,4% имели одно заболевание; 18,5% - два; 25,9% - три; 37,4% - четыре, и у 14,8% - пять и более заболеваний.[2; 3; 5] Установлено также, что все противоречия современной семьи непосредственно затрагивают образ жизни пожилых людей и их здоровье, поэтому семейная поддержка значительно влияет на здоровье и качество их жизни.

Цель исследования. Изучение общей заболеваемости на территориальных семейных участках за периоды 2020–2022 гг.

Материал и методы исследования. Нами проведен углубленный анализ как общей, так и впервые выявленной заболеваемости сельского населения за 2020-2022 годы. Для этого использовались статистические данные Агентства статистики при Президенте Республики Таджикистан «Отчет о заболеваемости в медицинских центрах» по форме 12 и 31. А также информация собрана из 400 амбулаторных карт жителей Яванского района. Среди обследуемого контингента населения соотношение мужчин и женщин составили 30,3% и 69,7% соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование, проведенное на основе государственной статистической отчетности документации ЛПУ Яванского района, Хатлонской области и Республики Таджикистан за 2022-2022 годы (форма №12, №31), позволило выявить следующие закономерности. Табл.1

Таблица 1

Общая заболеваемость Яванского района, Хатлонской области и по Республике Таджикистан за период 2022 – 2022 годы

	2020			2021			2022		
	всего	Мужч	жен	Всего	мужч	жен	всего	мужч	жен
Яванский район	32669	9556	23113	28468	8143	20325	31396	8094	23302
Хатлонский область	338158	98652	239506	275183	78323	196860	295287	76516	218771

по республике	1047873	318419	729454	872145	255127	617018	912302	254059	658243

Как видно из таблицы уровень общей заболеваемости в 2020 году указывает на тенденцию к росту заболеваемости как по регионам так и в республике. Тогда как в 2021 году отмечалось снижение роста общей заболеваемости в республике на 16,8% и в 2022 году на 4,6% соответственно.

В Хатлонской области такая же тенденция, в 2021 году отмечается снижение уровня общей заболеваемости на 18,6%, и на 7,3% в 2022 году. В Яванском районе в 2021 году снижение роста заболеваемости на 12,8%, однако в 2022 году отмечился подъем заболеваемости на 10,3%. По нашему мнению большинства одной из причин роста заболеваемости в 2020 году можно связать с пандемией COVID-19 и его осложнениями.

Наибольший прирост заболеваемости во всех рассматриваемых регионов отмечается тенденция среди женского пола. Так в 2020 году в Яванском районе заболеваемость среди женщин регистрировалась на уровне 70,7% от общего числа, в 2021 – 71,4% и в 2022 – 74,2% соответственно. В Хатлонской области этот цифра составляла 70,8%; 71,5% и 74,1% по годам соответственно. В республике 69,6%; 70,7 и 72,1% по годам соответственно.

Исследование показало, что одной из причин роста заболеваемости среди женщин - это недостаточно поставлены уровень поликлинической службы, т.е. плохое диспансерное наблюдение среди девушек-подростков, женщин репродуктивного возраста и пожилых лиц. Часто недоступность к медицинским услугам связана с отдаленностью медицинских учреждений; нехваткой кадров на уровне сельских центров здоровья; малой оснащенностью первым необходимым медицинским оборудованием, или же необученными специалистами в работе с новым оборудованием. С другой стороны среди населения отмечается халатное отношение к своему здоровью.

Выводы. Таким образом, по республике, Хатлонской области и Яванском районе отмечается в 2021 году снижение роста общей заболеваемости на 16,8%; 18,6 и 12,8 соответственно и тогда как в 2022 году отмечается рост общей заболеваемости на 4,6%; 7,3% и 10,3% соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

- Азизов З.А. Медико-социальные аспекты охраны и укрепления здоровья лиц пенсионного возраста /З.А. Азизов, Ф.П.Магзумова // Здравоохранения Таджикистана. – 2021.- №4.- С. 16-19.
- Ахунова Н.Т. Качество жизни у больных с различными ревматическими заболеваниями / Н.Т.Ахунова, З.У.Холова, М.Асрори, З.Ш.Сафаров //Здравоохранения Таджикистана. – 2021. - №4.- С.23-27.
- Гоибов А.Г.Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан / А.Г.Гоибов, Н.Т.Мирзоали, Х.К.Каримзода, Р.А.Турсунов // Вестник Авиценны. – 2019. Т.21. - №3. – С. 415-419.
- Раджабзода С.Р.Анализ статуса и ресурсов вертикальных центров на уровне ПМСП в районах республиканского подчинения / С.Р.Раджабзода, Б.Ю.Джонова, Дж.Х.Дустов // Вестник медико-социального института Таджикистана. – 2022. - №4.- 14-15.
- Раджабзода С.Р. Заболеваемость членов семей находящихся под наблюдением врачей общей практики (семейных врачей) / С.Р.Раджабзода, Ф.П. Магзумова // Здравоохранения Таджикистана. – 2008.-№1.- 3-4.

Бикмурзин А.К., Романов М.Д., Левина Т.М.

ПЕЙСМЕКЕРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БРАДИАРИТМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва». Россия.

Актуальность. Ведущей причиной развития пейсмекерного синдрома у пациентов с брадиаритмической формой ИБС, в комплексном лечении которых применяется электрокардиостимуляция (ЭКС), является ретроградное проведение возбуждения с желудочков на предсердия, сокращение которых происходит при закрытых АВ клапанах [1]. Длительная АВ-диссинхрония приводит к развитию митральной регургитации, дисфункции левого желудочка, пейсмекер-индуцированной кардиомиопатии, которая возникает после 2 – 4 лет однокammerной ЭКС у 10-20% пациентов при доле стимуляции правого желудочка >20% [2]. В основном пейсмекерный синдром развивается при однокammerной стимуляции в режиме VVI, но может наблюдаться и при двухкамерной ЭКС, работающей в режиме DDD, только значительно реже [3], ведущей причиной его возникновения является игнорирование собственной АВ-проводимости при программировании ЭКС [4]. Двухкамерная ЭКС обеспечивает синхронизацию предсердий и желудочков, сохраняет физиологическую АВ-задержку, что позволяет рекомендовать её применение пациентам пожилого возраста, однако пациентам старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией или при выраженном ограничении подвижности показано выполнение однокammerной кардиостимуляции [2].

Цель исследования.

Изучение пейсмекерного синдрома у пациентов диспансерной группы с аритмическим вариантом ИБС, в лечении которых использована постоянная ЭКС.

Материал и методы исследования.

Диспансерную группу больных с аритмическим вариантом ИБС (63 человека) составили 39 (61,9 %) пациентов с АВ блокадой и 24 человека (38,1 %) – с синдромом слабости синусового узла. В зависимости от режима ЭКС были сформированы две группы больных. В первую группу (n=30/47,6%) включены пациенты с ЭКС типа «560-SR», «ЮНИОР-SR», работающие в режиме VVI. Вторую группу (n=33/52,4%) составили больные с ЭКС типа «Altrua 50», «460-DR», запрограммированными в режиме DDD. У пациентов 1 группы сроки после имплантации ЭКС составили 3,1±0,5 лет, во 2 группе – 3,4±0,4 года (p>0,05). Возраст пациентов 1 группы составлял 72,1±7,9 года и во 2 группе – 70,4±8,7 лет (p>0,05).

Мужчин в 1 группе было 14, во второй группе – 12, женщин соответственно – 16 и 21 человек. У всех пациентов были изучены результаты клинико-биохимических исследований крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру. Результаты статистической обработки количественных данных представлены в виде $M \pm SD$. Различия показателей считали достоверными при $p < 0,05$. На проведение исследования получено одобрение локального этического комитета Медицинского института ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва» (протокол № 112 от 27.12.2022 г.). Все исследуемые пациенты дали письменное добровольное информированное согласие на предложенный вариант обследования и лечения.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе жалоб, анамнеза и данных инструментальных методов обследования у 4 (6,34%) из 63 пациентов были выявлены признаки пейсмерного синдрома: у 3 человек с ЭКС, работающим в режиме VVI, и у 1 – в режиме DDD. Пациенты отмечали жалобы на выраженную слабость, чувство тяжести за грудиной, головокружение, головные боли. В среднем подобные признаки пациенты наблюдали от 1 до 3 суток, и после обращения к участковому терапевту они были направлены на госпитализацию в экстренном порядке. На ЭКГ у всех пациентов обнаружены синусовый ритм, удлинение интервала PQ до $0,22 \pm 0,04$ с, и у 3 пациентов – признаки АВ-диссоциации. На ЭхоКГ выявлены признаки митральной регургитации I степени у одного и II степени – у 3 больных, а также снижение фракции выброса левого желудочка до $48,6 \pm 6,7\%$, тогда как средняя величина данного показателя у остальных пациентов составляла $59,6 \pm 10,7\%$. Признаки пейсмерного синдрома у пациента с ЭКС, работающего в режиме DDD, исчезли после перепрограммирования с установкой оптимальной АВ-задержки. Клинико-инструментальные признаки пейсмерного синдрома у пациентов с установленным режимом VVI купированы с помощью замены на двухканальные ЭКС типа «460 DR», работающие в режиме DDD. Для иллюстрации эффективности данного мероприятия приводим клинический пример: Больная Г. (76 лет), госпитализирована в 10 кардиологическое отделение для больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости в ГБУЗ РМ "Республиканская клиническая больница № 4" с 10.08.2022 г. с жалобами на редкий пульс, выраженную слабость, чувство тяжести за грудиной, головокружение, головные боли. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 3 дней. В анамнезе – инфаркт миокарда неизвестной давности. Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Аускультация сердца: тоны приглушены, ритм сердечных сокращений правильный. Шумы не выслушиваются. ЧСС – 46 уд/мин, АД – 150 и 90 мм. рт. ст. На ЭКГ от 10.08.2022 г.: Ритм ЭКС с ЧЖС 50-65 уд/мин. Магнитный тест: ритм ЭКС с ЧЖС 100 уд/мин. На ЭхоКГ от 10.08.2022 г.: Уплотнение стенок аорты, кальциноз АК и МК I ст. МР I ст., ТР I ст. ЛР I ст. Небольшая гипертрофия МЖП. Гипокинез перегородочных сегментов ЛЖ на среднем уровне. ФВЛЖ - 67%; ЛП - 3,3 см, V - 48 мл; КДРЛЖ - 5,2 см; КСРЛЖ - 3,2 см; КДОЛЖ - 80 мл; МЖП - 1,2 см; ПЖ - 2,6 см; ПП - V - 30 мл; СДЛА - 25 мм. рт. ст. ЦДС БЦА от 11.08.2022 г: Атеросклероз внечерепных отделов БЦА со стенозом: правой ОСА в области бифуркации 40 % и левой ОСА 35 %, правой ВСА в устье до 80% (прирост ЛСК в области ОЗА до 380 мм/сек), левой ВСА в устье 40%. Признаки макроангиопатии и шейного остеохондроза. Установлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз неизвестной давности. ЧКВ: ТБА со стентированием ОА-МВ от 24.07.2022 г. Имплантированный ЭКС (15.03.2022, Юниор SR) по поводу полной АВ-блокады. Нарушение ритма по типу персистирующей формы фибрилляции предсердий. Осложнения: ХСН I ст. с сохраненной ФВ 67%, II ФК. Пейсмерный синдром. Сопутствующие: Гипертоническая болезнь III ст. Контролируемая артериальная гипертензия. ХБП 3а. (СКФ=55). Атеросклероз внечерепных отделов БЦА со стенозом: правой ОСА в области бифуркации 40% и левой ОСА 35%; правой ВСА в устье до 80 %, левой ВСА в устье 40%. Риск IV. Целевое АД <130/80 мм. рт. ст. Эрозивный гастрит. ЖКБ. Холецистэктомия (2017) г. Хронический панкреатит в стадии ремиссии. Дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки. 12.08.2022 г. произведена замена ЭКС на «460 DR» с двухкамерной стимуляцией в режиме DDD. ХМЭКГ от 15-16.08.2022 г.: Ритм ЭКС – 2-х камерная стимуляция с частотой сокращения желудочков 60-90 уд/мин. Макс. RR – 1,11 сек. Короткий эпизод пейсмерной тахикардии с ЧСС 102-115 уд/мин. После операции больная отмечает улучшение общего состояния, жалоб не предъявляет. 19.08.2022 г. выписана домой. Таким образом, данное наблюдение демонстрирует эффективность замены на ЭКС, работающим в режиме DDD при наступлении пейсмерного синдрома у пациентов с ЭКС в режиме VVI. Подводя итог полученным результатам, можно констатировать, что при выборе способа кардиостимуляции в целях профилактики пейсмерного синдрома необходимо строгое соблюдение необходимых условий: возраст пациента, уровень его активности и физических нагрузок, наличие собственной проводимости, а также результаты инструментального обследования.

Выводы.

1. Пейсмерный синдром наблюдался у 3 (10%) из 30 пациентов с режимом электрокардиостимуляции VVI, и у 1 (3%) пациента с режимом DDD.
2. Купирование клинико-инструментальных признаков пейсмерного синдрома у пациентов с кардиостимуляторами, работающими в режиме VVI, произошло после замены на двухкамерные частотно-адаптивные ЭКС.
3. Пациенту с ЭКС, работающим в режиме DDR, пейсмерный синдром устранен путем его перепрограммирования с установкой оптимального времени АВ-задержки.

Список литературы.

1. Искендеров, Б.Г. Патофизиологические аспекты и терапевтические эффекты постоянной электростимуляции сердца / Б.Г. Искендеров, А.В. Зайцева // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2019. №7 (24). – С. 5–13. DOI: 10.24412/2311-1623-2019-24-4-13.
2. Рекомендации ESC по электрокардиостимуляции и сердечной ресинхронизирующей терапии (2021) // Российский кардиологический журнал. – 2022. – № 27(7). – 5159 с. doi:10.15829/1560-4071-2022-5159.
3. Khurwolah M.R. Pacemaker syndrome with sub-acute left ventricular systolic dysfunction in a patient with a dual-chamber pacemaker: consequence of lead switch at the header / M.R. Khurwolah, B.Z. Vezi // Cardiovasc. J. Afr. – 2017. – № 28(2). – P. 134–136. doi: 10.5830/CVJA-2016-081.
4. AV timing in pacemaker patients with first-degree AV block: which is preferable, intrinsic AV conduction or pacing? / Y.

Бобиева Н.Х., Набиев П.З.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП), в том числе и её стадии, которые характеризуются стойким снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и, следовательно, ассоциированы с большим ухудшением долгосрочного прогноза, всё чаще встречаются в общей популяции именно среди пожилых [1]. Популяционный сдвиг, приводящий к заметному постарению населения Земли, оказывает значительное влияние на структуру заболеваемости и смертности населения и требует, с учётом прогнозируемой динамики этого процесса, серьёзного усиления внимания к патологии старости [2]. Почки, являющиеся главенствующими в поддержании гомеостаза, с возрастом также подвергаются структурным и инволютивным изменениям, в следствие чего нарастает ограничение резервов их функциональных возможностей. Заболевания почек не могут не оказывать влияния на становление и течение старческой патологии, так же как и она не может не воздействовать, иногда решающим образом, на структуру и функциональное состояние почек. Показателем инволютивных изменений стареющей почки является её атрофия, т.е. гибель функционирующих нефронов и атония мочевыводящих путей, приводящих к нарушению пассажа мочи [3].

Цель исследования. Изучить особенность коморбидных состояний у пожилых больных с хронической болезнью почек.

Материалы и методы исследования. На базе нефрологического отделения ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» произведён ретроспективный анализ историй болезней 78 пациентов в возрасте от 60 и выше лет с различной патологией почек, осложненной хронической почечной недостаточностью за период 2022 год. Все больные с учётом нозологии распределены на 4 группы: 1 группа состоит из 38 (48,7%) с хроническим пиелонефритом в сочетании сахарным диабетом; 23 (29,5%) пациента с хроническим пиелонефритом с гипертонической болезнью составили 2 группу; 3 группа – хронический гломерулонефрит в сочетании с ИБС13 (16,6%) больных; хронический пиелонефрит протекающим с амилоидозом почек 4 больных (5,1%) составил 4 группу.

Для оценки состояния больных использованы следующие методы исследования: динамическое наблюдение показателей кровообращения (А/Д, ЧСС, ЭКГ); общий анализ и функциональные пробы мочи; биохимические анализы крови, коагулограмма, ультразвуковое исследование почек.

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel пакета MS Office 2007.

Результаты и их обсуждение.

Анализ материала показывает, что течение ХПН во всех группах протекало с выраженными симптомами азотемии (мочевина 14,2-20,8 ммоль/л, креатинин 180,2-536,7 мкмоль/л); проявлениями гиперкоагуляции (гиперфибринемия, тромбоцитоз, увеличение АЧТВ); снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ 40-15 мл/мин), на ЭКГ отмечалось гипертрофия левого желудочка, нарушение ритма по типу единичных желудочковых экстрасистол, признаки гиперкалиемии (увеличение амплитуды зубца Т с укорочением электрической систолы желудочка и удлинением интервала Р-Q), однако течение у 30 (78,9%) больных первой группы проходило более быстрым нарастанием симптомов, приводящих к терминальной стадии. Во 2 группе, помимо симптомов азотемии, у 16 (69,5%) больных отмечалось стойкое повышение артериального давления, которая трудно поддавалась терапии. В 3 группе у 11 (84,6%) больных симптомы азотемии нарастали гораздо быстрее и носили более жёсткий характер. У всех больных (100%) 4 группы при сочетании амилоидоза с пиелонефритом, помимо азотемии наблюдались выраженные отёки, вплоть до анасарки и полисерозитов. Важнейшей характеристикой ХПН у лиц пожилого возраста является её коморбидность в морфологическом аспекте (сочетание пиелонефрита с нефроангиосклерозом или диабетической нефропатией, гломерулонефрита с пиелонефритом или амилоидозом почек), а также и в функциональном аспекте, т.е. влияние на течение ХПН нарушения уродинамики, в том числе с возникновением рефлюксов на различных уровнях, нарушения центральной и почечной гемодинамики при гипертонической болезни, воспалительные заболевания других органов, увеличивающих риск инфицирования почек (простатит, аднексит, холецистит, пневмония и др.).

В результате проведенного исследования установлено, что влияние коморбидной патологии на клиническое проявление, диагностику, прогноз и лечение ХПН многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний и возраста изменяет клиническую картину, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс. Синдромологический анализ ХПН у данной категории больных, который обусловлен полиморбидностью старческой патологии, весьма труден.

Вывод. Коморбидные состояния являются факторами риска неблагоприятного прогноза у пожилых больных. Данная наиболее трудная для ведения категория группа больных требует тщательной коррекции имеющихся факторов риска, междисциплинарный избирательный подход к определению лечебной и реабилитационной тактики ведения, что даст не только возможность предотвратить прогрессирование каждой нозологии, но и существенно улучшит отдалённый прогноз.

Список литературы.

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 8-й выпуск. // Сахарный диабет. – 2019. Т.20, №1S. – Стр. 1-121.
2. Нефрология. Клинические рекомендации / под ред. Е.М. Шиловой, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 816 с.

Бобиева Н.Х., Субханова З.И., Набиев П.З.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Актуальность. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является исходом многих заболеваний почек. Распространённость в популяции ХПН – 120 человек на 1 млн. населения [3,4]. У большинства больных при развитии ХПН наблюдается поражение миокарда, которое, в свою очередь, значительно влияет на тяжесть состояния и прогноз жизни у этих больных [3]. Миокардиальные заболевания являются наиболее частой причиной смерти в терминальной стадии ХПН (14-50% от всех причин смерти). Современный термин кардиомиопатия подразумевает развитие концентрической или эксцентрической гипертрофии миокарда, ведущих со временем к систолической или диастолической дисфункции левого желудочка и к формированию сердечной недостаточности [1,2]. В ответ на объёмную перегрузку формируется эксцентрическая гипертрофия, а в ответ на перегрузку давлением – концентрическая. Разнообразие геометрических моделей левого желудочка свидетельствует о многообразных нарушениях регуляторных механизмов в процессе эволюции ХПН, результирующее влияние которых и определяет структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у каждого конкретного больного [1].

Развитие гипертрофии левого желудочка при ХПН связывают с влиянием целого ряда факторов, важное место среди них занимают перегрузка левого желудочка давлением вследствие артериальной гипертензии и перегрузка левого желудочка объёмом вследствие анемии, активация ренин – ангиотензин – альдостероновой системы и симпатической системы, вторичный гиперпаратиреоз и наличие уремических токсинов. Гипертрофия левого желудочка рассматривается рядом исследователей как изначально компенсаторный структурный ответ на хроническую гемодинамическую рабочую перегрузку. При прогрессировании гипертрофия левого желудочка постепенно становится неадекватной, что приводит к развитию дисфункции левого желудочка, коронарной недостаточности и нарушению электрической активности сердца. Частота гипертрофии левого желудочка материалам аутопсий больных, находившихся на лечение диализом, довольно близка к таковой по данным эхокардиографических исследований у пациентов с почечной недостаточностью и составляет 74 – 86 % [1].

Первоначальными факторами, способствующими развитию уремической кардиомиопатии являются уремические токсины, хроническая гиперволемия, анемия, избыток циркулирующих катехоламинов, дефицит L-карнитина и вторичный гиперпаратиреоз (кальцификация сосудов). Хотя многофакторность патогенеза кардиомиопатии, связанной с ХПН очевидна, но несмотря на коррекцию факторов, ГЛЖ продолжает оставаться высоко распространённой и преждевременной у пациентов с ХПН [1,4].

Цель исследования. Исследовать клинические и эхокардиографические характеристики изменений миокарда у больных с почечной недостаточностью в зависимости от стадии ХПН без клинических признаков сердечной недостаточности и ИБС.

Материал и методы исследования. Работа проведена на базе нефрологического отделения ГУНМЦРТ «Шифобахш». Обследован 71 пациент с ХПН без наличия признаков ишемической болезни сердца, аритмий и пороков сердца. Среди обследованных 6 (%) человек с ХПН латентной стадии (0 стадия), 21(%) человек с ХПН начальной стадии (I стадия), 21 (%) человек с ХПН интермиттирующей стадии (II стадия) и 23 (%) человек с терминальной стадией почечной недостаточности (III стадия). Этиологией, лежащей в основе данной категории больных, являлись хронический пиелонефрит (ПН) (23,9%), хронический гломерулонефрит (ГН) (59,2%) и диабетическая нефропатия (ДН) (16,9%). При ХПН латентной стадии имелась патология почек, но скорость клубочковой фильтрации находилась в пределах нормы. Средний возраст обследуемых больных составил $42,4 \pm 2,1$ года, из которых 42 пациента с ГН, 17 больных с ПН и 12 больных с ДН. Длительность ХПН составила $5,5 \pm 0,6$ лет.

Для комплексной оценки состояния миокарда у больных с хронической почечной недостаточностью проводились следующие методы исследования: ЭхоКГ, определение диастолического артериального давления (ДАД), систолического артериального давления (САД), определение частоты сердечных сокращений (ЧСС). При исследовании использованы следующие Эхо-параметры: фракция выброса, отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения, отношение времени ускорения потока ко времени выброса систолического потока в легочную артерию.

Пациентам проводились заборы крови на анализы определения уровня креатинина, мочевины, натрия, калия и кальция сыворотки крови, уровня гемоглобина.

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel пакета MS Office 2007.

Результаты и их обсуждение. Основными клиническими проявлениями ХПН у обследованных явились: слабость (79,1%), снижение работоспособности (43,8%), сердцебиение (51,2%), кожный зуд (44,7%), боли в поясничной области (25%), головная боль (67,7%), сонливость (41,3%), одышка (63%). При физикальном обследовании выявлено: сухость кожи (36,2%), пастозность нижних конечностей (15,3%), положительный симптом Пастернацкого (13,9%), приглушенность тонов сердца (23,7%), набухшие шейные вены (15,2%), гиперпигментация (19,3%). Данные симптомы встречались с различной частотой в зависимости от стадии ХПН.

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по стадиям ХПН распределялась следующим образом: при ХПН 0 стадии – $75,4 \pm 4,7$ мл/мин/1,73 м², при ХПН I стадии – $52 \pm 4,3$ мл/мин/1,73 м², при ХПН II стадии – $19,5 \pm 1,7$ мл/мин/1,73 м², при III стадии ХПН – $6,9 \pm 0,6$ мл/мин/1,73 м².

Анемия наблюдалась, начиная со II стадии ХПН и достоверно нарастала к III стадии ХПН. Содержание калия в

первых двух группах пациентов находилось в пределах нормы, однако отмечено достоверное увеличение калия во II и III стадиях ХПН ($6,1 \pm 0,6$ и $7,2 \pm 0,9$ ммоль/л соответственно). Гипокальциемия появлялась в стадии ХПНII и существенно увеличивалась к III стадии ХПН ($1,2 \pm 0,6$ ммоль/л), а содержании натрия в плазме крови во всех группах пациентов держалась на нижней границе нормы.

Статистически значимые различия параметров при различных стадиях ХПН свидетельствуют о том, что уровень артериальной гипертензии соответствует степени тяжести ХПН. Наблюдаемое увеличение ЧСС указывает на появление начальных проявлений сердечной недостаточности в терминальной стадии ХПН.

При исследовании использованы следующие Эхо-параметры: фракция выброса, отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения, отношение времени ускорения потока ко времени выброса систолического потока в легочную артерию.

Анализ параметров диастолической функции показывает, что признаки диастолической дисфункции у некоторых больных проявлялись, начиная уже с I стадии ХПН. В I стадии ХПН отмечается нормальный тип ДД, во II и III стадиях отмечается рестриктивный тип ДД.

Заключение.

У больных с ХПН уже в I стадии имеются признаки диастолической дисфункции ЛЖ и легочной гипертензии. При прогрессировании ХПН нарастает легочная гипертензия, диастолическая дисфункция при сохраненной систолической функции ЛЖ, тем самым снижается функциональный статус пациентов. У пациентов с ХПН имеется гипертоническая реакция на физическую нагрузку.

Выраженность структурных изменений в миокарде зависит от тяжести хронической почечной недостаточности.

Список литературы.

1. Волгина Г.В. Клиническая эпидемиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточности // Нефрология и диализ. 2000. – т. 2. С.25-32.
2. Зотов Д.Д., Громова А.В. Современные методы функциональной диагностики в кардиологии / Под. ред. Ю.Р. Ковалёва. СПб: Фолиант. – 118 с.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 8-й выпуск. // Сахарный диабет. – 2017. Т.20, №1S. – Стр. 1-121.
4. Нефрология. Клинические рекомендации / под ред. Е.М. Шиловой, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 816 с.

Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г., Умаров А.А.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО СНА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Актуальность. На протяжении последних десятилетий артериальная гипертензия (АГ) остается актуальной проблемой в современной медицине. В первую очередь, это связано с широкой распространенностью заболевания и тем, что АГ является одним из главных факторов риска сердечно-сосудистых катастроф (инфаркт миокарда и инсульт), приводящих к стойкой утрате работоспособности и летальному исходу [1]. Согласно рекомендациям ВОЗ по диагностике и лечению распространенность АГ составляет 43,4%, с возрастом увеличивается и у лиц старше 60 лет достигает до 60–70%. [3,5]. В настоящее время ряд исследований посвящены изучению других менее изученных факторов, которые способны повлиять на течение АГ и прогноз. Известно, что в норме артериальное давление (АД) во время сна значительно ниже по сравнению с периодом бодрствования, а циркадианные колебания АД вероятнее всего связаны с регулирующим влиянием гормона — мелатонина. Уменьшение его секреции приводит к ухудшению сна, к отсутствию адекватного снижения АД во время сна у пациентов с АГ, несмотря на прием гипотензивных препаратов. В большом количестве экспериментальных исследований с участием животных со спонтанной гипертензией установлено, что введение фармакологических и физиологических доз мелатонина приводит к снижению цифр среднего АД, систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), урежению частоты сердечных сокращений (ЧСС) [1,2,4].

Цель исследования. Изучить особенности циркадных колебаний АД в зависимости от уровня мелатонин сульфата у пожилых больных АГ с нарушением сна.

Материал и методы исследования. В исследование принимали участие 50 пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова г. Душанбе с диагнозом АГ II–III степени, из которых 28 женщины и 22 мужчины. Возраст обследованных составил в среднем $69,4 \pm 4,5$ лет. Больные с постоянной формой фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью IIБ–III стадии, инфарктом миокарда, перенесшие инсульт, страдающие хронической болезнью почек III–IV стадии, сахарным диабетом были исключены из исследования. Всем пациентам, кроме стандартной гипотензивной терапии был назначен мелатонин в дозе 3-мг в 21:00ч. Всем пациентам кроме общеклинических исследования, проводилось суточное мониторирование АД (определяли уровень среднесуточного систолического АД (САД), среднесуточного диастолического АД (ДАД), пульсового АД (ПАД), среднего АД и степени ночного снижения АД (CHСАД)), тестирование для определения качества сна (Питтсбургский опросник, при значении индекса >5 качество сна оценивалось как плохое), а также определение мелатонин сульфата в утренней порции мочи.

Результаты исследования. По результатам исследования уровень мелатонин сульфата в моче составил $10,4 \pm 9,5$ нг/мл ($1,6$ – 40 нг/мл), цифры максимального систолического артериального давления (САД) $196,5 \pm 11,3$ мм.рт.ст., максимального диастолического артериального давления (ДАД) $104,3 \pm 5,9$ мм рт. ст., адаптированного САД

137,0±10,8 мм рт. ст., адаптированного ДАД 86,9±6,3 мм рт. ст. Результаты исследования показали, что индекс качества сна у обследованных пациентов составил 7,36±1,3. При проведении корреляционного анализа установлена умеренная обратная корреляционная связь между уровнем мелатонин сульфата в моче и цифрами максимального САД ($r=-0,46$, $p=0,001$), и максимального ДАД ($r=-0,48$, $p\leq 0,001$). Наиболее тесная обратная корреляционная связь между уровнем мелатонин сульфата в моче и цифрами адаптированного САД ($r=-0,85$, $p\leq 0,001$) и адаптированного ДАД ($r=-0,75$, $p\leq 0,001$). Уровень мелатонин сульфата в моче слабо обратно коррелировал с индексом качества сна ($r=-0,27$, $p=0,003$).

Выводы. Таким образом, была установлена обратная корреляционная связь уровня мелатонин сульфата с цифрами максимального, адаптированного систолического и диастолического артериального давления, индексом качества сна. Наряду с этим использование мелатонина способствовало усилению гипотензивного эффекта основной терапии АГ и скорректировало нарушение сна у пациентов с АГ.

Список литературы.

1. Роль мелатонина в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний / А.В.Будневский, Е.С.Овсянников, Н.В. Филина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2016. — №5. — С. 97-101.
2. Мелатонин и артериальная гипертензия: возможная роль в комплексной терапии/ А.В.Будневский, Е.С. Овсянников, Н.В. Резова и др. // Терапевтический архив. — 2017. — Т. 89, №12. — С. 122-126.
3. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2018 г. — слово за европейскими экспертами / И.Е.Чазова, Ю.В. Жернакова // Системные гипертензии. — 2018. — Т. 15, №3. — С. 6-10.
4. Взаимосвязь тиреоидного статуса и показателей суточного мониторинга артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией /А.А.Феськова,А.Я. Кравченко //Фарматека. — 2018. — №10 (363). — С. 43-45.
5. 2018 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart J. — 2018; Vol. 39. — P. 3021–3104.

Бобоходжаев О.И.¹, Пулатова С.Дж.², Абдуллоев Н.Н.³

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ COVID-19, ТУБЕРКУЛЁЗА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ

¹Кафедра фтизиопульмонологии,

²Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино»,

³ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района». Таджикистан.

Актуальность. Развитие первых систем искусственного интеллекта для определения патологии легких на основе CAD (Computer aided diagnosis) пришлось на период пандемии COVID-19 [1]. Системы CAD используют предварительную обработку изображений (повышение контрастности, определение границ легких, уменьшение теней костных структур) для того, чтобы объекты, отражающие патологические изменения, стали более заметными [2]. Сложность применения CAD в скрининге туберкулеза легких напрямую связана с большим разнообразием рентгенологических форм данного заболевания [3]. В настоящее время разработан CAD-алгоритм для определения на рентгенограммах полостей распада, которые зачастую свидетельствуют о бактериовыделении у пациента и опасности возникновения тяжелых осложнений [4]. Развитие искусственного интеллекта в области диагностики туберкулеза достигло высоких результатов, некоторые алгоритмы не уступают показателям врачей и могут использоваться для первичного прочтения, однако для этого требуется соответствующая нормативно-правовая основа и специальное обучение [5].

Цель исследования. Изучить эффективность и возможности практического применения искусственного интеллекта при интерпретации рентгенограмм при различных фтизио-онкопульмонологических заболеваниях легких.

Материал и методы исследования. В Республике Таджикистан первые цифровые передвижные рентгеноустановки с инсталляцией в них программы искусственного интеллекта были приобретены для противотуберкулезной службы при поддержке партнеров по развитию. Сегодня на таких установках работают обученные врачи в 18 регионах страны. Мы изучили эффективность применения этих установок путем осуществления мониторинговых визитов в эти регионы.

Результаты исследования и их обсуждение. Как мы указывали выше, в Таджикистане алгоритм CAD используется в 18 регионах страны. Следует подчеркнуть, что каждый из этих установок может выполнить до 200 снимков в день. Однако, наши мониторинговые визиты выявили крайне недостаточное их применение. Принимая во внимание тот факт, что эти установки являются передвижными и не нуждаются в постоянном энерго-обеспечении (имеется зарядное устройство), мы рекомендуем его использование для проведения массовых скринингов в полевых условиях, на заводах и фабриках. Более того, принимая во внимание, что эти установки проводят дифференциальную диагностику между 12 различными болезнями легких, включая фтизио-онко-пульмонологические заболевания, необходимо интегрировать их применение и организовать обмен полученными результатами между семейными врачами, фтизиатрами, рентгенологами и пульмонологами.

Самые высокие показатели точности при применении искусственного интеллекта достигаются в разделении нормы и патологии, а также в ранней в диагностике отдельных заболеваний легких. Наилучшие результаты достигнуты в области диагностики туберкулеза легких. Сегодня CAD имеет точность, превышающую точность врачей-рентгенологов, может использоваться как вспомогательный инструмент, так и в автономном режиме в условиях нехватки людских ресурсов для выявления признаков туберкулеза и дальнейшего дообследования. Имеющиеся данные об использовании искусственного интеллекта в определении признаков рака легкого свидетельствуют, что в настоящее

время отдельные алгоритмы полезны как вспомогательный инструмент для врача-рентгенолога, позволяющий уменьшить количество диагностических ошибок и подтвердить наличие патологии.

Выводы. Машинный анализ данных компьютерной томографии органов грудной клетки вследствие более высоких разрешающих возможностей метода и отсутствия принципиальных недостатков рентгенографии, в том числе эффекта суммации теней, наличия «слепых» зон и т. д., находит все большее применение как в сфере диагностики, так и скрининга заболеваний органов дыхания.

Список литературы

1. Apostolopoulos, I.D. Covid-19: automatic detection from X-ray images utilizing transfer learning with convolutional neural networks / I.D. Apostolopoulos, T.A. Mpesiana // Phys. Eng. Sci. Med. – 2020. – № 43. – P. 635-640.
2. Ather, S. Artificial intelligence and radiomics in pulmonary nodule management: current status and future applications / Ather S., Kadir T., Gleeson F. // Clin. Radiol. – 2020. – № 75 (1). – P. 13-19.
3. Behzadi-Khormouji, H. Deep learning, reusable and problem-based architectures for detection of consolidation on chest X-ray images / H. Behzadi-Khormouji [et al.] // Comput Methods Programs Biomed. – 2020. – № 185. – P. 105162.
4. Chassagnon, G. Artificial intelligence applications for thoracic imaging / G. Chassagnon [et al.] // Eur. J. Radiol. – 2020. – № 23. – P. 108774.
5. Морозов, С.П. Клинические аспекты применения искусственного интеллекта для интерпретации рентгенограмм органов грудной клетки / С.П. Морозов [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2021. – Т. 99, № 4. – С. 58-64. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2021-99-4-58-64>.

Боев С.Н., Талабова М.М., Охонова О.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРЬЕЗНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование способов адекватной терапии, сохраняющееся снижение продолжительности жизни пациентов с ревматоидным артритом (РА), по-прежнему остаётся актуальной проблемой в современной ревматологии [1,2]. В этом аспекте данные, представленные в литературе последних лет однозначно свидетельствуют о том, что одной из основных причин преждевременной летальности у больных РА являются коронарогенные сердечно-сосудистые осложнения (ССО), обусловленные ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов, и частым присоединением артериальной гипертензии (АГ) [2-4].

В литературе встречаются различные, нередко диаметрально противоположные, суждения о причинах и патогенетических механизмах развития ССО у больных РА. Эти разногласия, в первую очередь, касаются вопроса, одной стороны, о значении и вкладе традиционных (в рамках шкалы SCORE) и, так называемых «болезнь-РА-обусловленных» (в рамках шкалы SCORE/EULAR, 2010 г.) факторов риска (ФР) в развитие и прогрессирование ССО при РА и формирование суммарного кардиоваскулярного риска (КВР), с другой, - о роли активной контролируемой терапии в рамках стратегии «Treat to Target – T2T» - «Лечение до достижения цели» в отношении снижения суммарного кардиоваскулярного риска (КВР) у пациентов данной категории [1-5].

Цель исследования. Поиск, идентификация и анализ распространенности традиционных и «РА-обусловленных» ФР развития ССО у пациентов с активным развернутым РА и сравнительная оценка указанных факторов в формирование суммарного КВР.

Материал и методы. Всего обследовано 68 больных (59 женщин и 9 мужчин) с достоверным активным развернутым РА, соответствующим классификационным критериям Американской коллегии ревматологов (1987 г.) последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в отделениях ревматологии и кардиологии Городского медицинского центра им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Обследованные пациенты (n=68) в зависимости от наличия и отсутствия АГ были разделены на две группы. В I группу вошли 27 больных РА без АГ, во II – 41 пациент с РА в сочетании с АГ.

Всем обследованным больным проведен спектральный анализ и оценка распространенности общепринятых традиционных ФР развития коронарогенных ССО (АГ, дислипидемия, избыточная масса тела, курение, наличие ранней кардиоваскулярной патологии (КВП) коронарогенного генеза в семейном анамнезе, гиподинамия) с определением суммарного КВР по шкале SCORE. В качестве так называемых «РА-обусловленных» ФР развития ССО нами были изучены и оценены: активность и серопозитивность РА, наличие висцеральных проявлений заболевания, а также характер проводимой терапии с определением суммарного КВР по шкале SCORE/EULAR, 2010 г.

Результаты и обсуждение. Данные, которые нами были получены в результате поиска, спектрального анализа и оценки распространенности традиционных ФР развития коронарогенных ССО у пациентов I и II группы по сравнению с данными контрольной группы представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Спектр и распространённость традиционных ФР развития коронарогенных ССО у больных РА I и II группы

Показатель	I группа (n=27)	II группа (n=41)	Контроль (n=40)
Возраст, годы	44,6±3,8	53,8,±4,6	52,6±4,4
АГ, n (%)	0 (0)	41 (100)	8 (20,0)
ОХС >5,1 ммоль/л, n (%)	9 (33,3)	20 (48,6)	7 (17,5)

ТГ>1,8 ммоль/л, n (%)	7 (25,9)	18 (43,7)	7 (17,5)
ИМТ (>25 кг/м ²), n (%)	8 (29,6)	14 (34,0)	9 (22,5)
Курение, n (%)	4 (14,8)	8 (19,4)	6 (15,0)
Наследственность по КВП, n (%)	5 (18,5)	15 (36,3)	9 (22,5)
СД 2-го типа, n (%)	4 (14,8)	9 (21,9)	4 (10,0)
Абдоминальное ожирение, n (%)	10 (37,0)	19 (46,2)	7 (17,5)
Гиподинамия, n (%)	9 (33,3)	18 (43,7)	2 (5,0)

Примечание: ОХС –общий холестерин, ТГ – триглицериды, ИМТ – индекс массы тела.

Из данных, представленных в таблице 1 следует, что подавляющее большинство больных I и II группы имело по крайней мере два и более факторов риска развития ССО. При этом было установлено, что, наряду с АГ у пациентов I и II группы другими распространенными традиционными ФР являлись: дислипидемия (соответственно у 33,3 и 46,2% больных), абдоминальное ожирение (соответственно у 37,0 и 46,8% больных) и СД 2-типа (соответственно у 14,8 и 21,9% больных), гиподинамия (соответственно у 33,3 и 43,7% больных). Ранее аналогичные результаты о распространенности традиционных ФР ССО были продемонстрированы в работах других современных исследователей [1,2,4].

После всестороннего анализа и оценки распространенности традиционных ФР ССО у обследованных пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ нами была проведена работа по активному поиску и идентификации так называемых "РА-обусловленных" факторов риска развития коронарогенных ССО (рисунок 1).



Рисунок 1. - Спектр и распространённость "РА-обусловленных" ФР развития ССО у пациентов с активным развёрнутым РА в сочетании с АГ (n=41)

В результате активного поиска и спектрального анализа нами, также как и другими исследователями [2-5] было установлено, что у больных с активным и развернутым РА наиболее распространёнными и прогностически важными "РА-обусловленными" ФР развития ССО являются следующие факторы (рисунок 1): активность иммунновоспалительного процесса, давность (>10 лет) и серопозитивность РА, наличие висцеральных проявлений заболевания, аутоиммунная анемия и практически постоянное присутствие кардиоваскулярной токсичности противовоспалительной терапии.

Суммарный КВР, рассчитанный по шкале SCORE у пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ (n=41) в среднем составил 2,6±0,8. При этом у 31,6% больных имел место высокий риск (более 5%) развития коронарогенных ССО. После определения суммарного КВР с помощью шкалы SCORE у обследованных пациентов с активным развернутым РА в сочетании с АГ с целью более реалистической оценки ожидаемого суммарного КВР был осуществлён пересчёт уровня суммарного КВР с помощью шкалы SCORE/EULAR, 2010 г. (множитель 1,5). В целом в результате реклассификации суммарного КВР с помощью SCORE/EULAR, 2010 г. доля больных РА с высоким КВР возросла с 31,6% до 46,2%, то есть были реклассифицированы 14,6% пациентов, что подтверждает участие так называемых "РА-обусловленных" ФР развития ССО в формировании суммарного КВР у пациентов данной категории.

Выводы.

1. У пациентов с высокоактивными формами развернутого РА традиционные ФР развития коронарогенных ССО, с одной стороны являются многочисленными, а с другой, - имеют высокую распространенность.

2. Адекватная оценка и реалистическая стратификация уровня суммарного кардиоваскулярного риска, направленная на идентификацию пациентов высокого риска среди больных активным и развернутым РА требует активного поиска, спектрального анализа и мониторинга, так называемых «РА-обусловленных факторов риска» (в рамках шкалы SCORE/EULAR, 2010 г.).

1. Ревматоидный артрит и сердечно-сосудистые заболевания: близкие родственники или друзья? / А.В. Гордеев [и др.] // Современная ревматология. – 2023. - №17 (2). – С. 16-22.
2. Оценка кардиоваскулярного риска у больных ранним ревматоидным артритом в рамках исследования РЕ-МАРКА (предварительные данные) / Д.С. Новикова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2015. - №53 (1). – С. 24 – 31.
3. Попкова Т.В. Абатацепт и риск сердечно-сосудистых осложнений при ревматоидном артрите: современные данные / Т.В. Попкова // Современная ревматология. – 2017. - №11 (4). – С. 56-61.
4. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ревматоидным артритом на фоне длительной терапии метотрексатом / Е.В. Герасимова [и др.] // Терапевтический архив. – 2015. - № 5. – С. 26-31.
5. Олюнин Ю.А. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у больных с высоким кардиоваскулярным риском / Ю.А. Олюнин [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2017. – №55 (3). – С.321-323.

Боев С.Н., Талабова М.М., Махмудзода Х.Р..

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Согласно данным, представленным в литературе последних лет, патологическое ремоделирование миокарда, проявляющееся в виде гипертрофии и дилатации сердечных полостей, нарушения геометрии отделов сердца играет ключевую роль в прогрессировании коронарогенных патологий сердца [1,2]. В результате у пациентов данной категории постепенно формируются как систолическая, так и диастолическая дисфункции желудочков сердца. По современным представлениям о патофизиологии ремоделирования левых отделов сердца (ЛОС) и синдрома хронической сердечной недостаточности (ХСН), систолическая дисфункция левого желудочка (СДЛЖ) рассматривается как один из компонентов, наряду с нарушением диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) и формированием диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) [1,3,4]. По данным современных исследователей у более 30% больных с ХСН клиническая симптоматика сердечной недостаточности обусловлена формированием ДДЛЖ [1,3,5].

Однако, несмотря на серию исследований, посвящённых изучению ремоделирования ЛОС, которые вносят существенный вклад в прогрессирование кардиоваскулярного континуума в целом, распространенность, возможные этиопатогенетические аспекты и отличительные особенности формирования ДДЛЖ у пациентов с высокоактивными формами РА, особенно в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) остаются малоизученными и дискуссионными.

Цель исследования: комплексный анализ и оценка параметров трансмитрального диастолического потока (ТМДП) и идентификации отдельных форм ДДЛЖ у больных активным развернутым РА в сочетании с АГ.

Материал и методы. Всего обследовано 58 больных (49 женщин и 9 мужчин) с достоверным активным развернутым РА, соответствующему классификационным критериям АСР, 1987 г. последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в отделениях ревматологии и кардиологии Городского медицинского центра им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Обследованные пациенты (n=58) в зависимости от наличия и отсутствия АГ были разделены на две группы. В I группу вошли 23 больных РА без АГ, во II – 35 больных РА в сочетании с АГ.

С целью анализа и оценки состояния морфофункциональных показателей ЛОС и ТМДП всем обследованным пациентам проводилась ЭхоКГ по стандартной методике [1]. С целью верификации наличия ДДЛЖ и идентификации её разновидности у обследованных больных были изучены и оценены следующие параметры ТМДП: максимальная скорость раннего диастолического потока (Е), максимальная скорость предсердной систолы (А), отношение Е/А, время изоволюмического расслабления (ВИР - IVRT), время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (ВЗРДН - DT), конечное диастолическое давление (КДД) в полости ЛЖ [1].

Результаты и обсуждение. Общая характеристика и выявленных нарушений со стороны параметров, характеризующих состояния ТМДП у пациентов I (РА без АГ) и II (РА в сочетании с АГ) группы в сравнении с группой контроля представлена в таблице 1.

Таблица 1. Спектр ведущих параметров, характеризующих состояние ТМДП у больных РА без АГ (I группа) и в сочетании АГ (II группа)

Показатель	Группа контроля	I группа (n=23)	II-а группа (n=22)	II-б группа (n=13)
Скорость Е, м/с	0.82±0.04	0.72±0.04*	0.64±0.06*	0.93±0.03*
Скорость А, м/с	0.58±0.02	0.64±0.03	0.71±0.03*	0.62±0.02
Е/А, у.е.	1.4±0.02	1.1±0.02	0.9±0.03*	1.5±0.04
ВИР (IVRT), м/с	65.08±1.04	87.03±1.08*	98.03±1.06**	79.6±1.06
ВЗРДН (DT), мс	189.6±2.42	212.6±8.4**	229.2±7.6**	188.4±7.8*
КДД ЛЖ (мм рт. ст.)	9.42±0.32	10.8±0.22	11.38±0.24	14.8±0.03*

Примечание: *-P<0.05; **-P<0.01; ВИР – время изоволюмического расслабления, ВЗРДН – время замедления раннего диастолического наполнения, КДД – конечное диастолическое давление.

При этом (таблица 1) пациенты II группы (РА в сочетании с АГ, n=35) в зависимости от степени нарушения

ТМДП идентифицированного типа ДДЛЖ были распределены на две подгруппы: II- а (n=22) – у которых было верифицировано наличие ДДЛЖ по 1 типу («замедленной релаксации») и II- б (n=13) – у которых было верифицировано наличие ДДЛЖ по II типу («псевдонормальный тип»).

Данные, которые были получены в процессе комплексного анализа и оценки состояния параметров ТМДП и представлены в таблице 1, свидетельствуют о формировании у значительной части (36,0%) пациентов I группы (РА без АГ) и у большинства (51,3%) пациентов II группы (РА в сочетании с АГ – II-а) ДДЛЖ по 1 типу (тип «замедленной релаксации»), о чем свидетельствуют статистически достоверные ($p < 0,05-0,001$) изменения таких параметров ТМДП, как скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (скорость E), скорость потока предсердной систолы (скорость A), отношение E/A и DT, по сравнению с контрольной группой. Аналогичные результаты ранее были продемонстрированы в работах других современных исследователей [2-4].

Результаты настоящего исследования согласуются с данными других исследователей и свидетельствуют, с одной стороны, о том, что АГ является достаточно распространенным коморбидным спутником у больных РА, а с другой, - АГ у пациентов с РА обычно становится активным инициатором прогрессирования и осложненного течения атеросклероза и ремоделирования ЛОС [3,4]. Данное предположение нашло своё отражение в результатах нашего исследования, согласно которому у больных РА в сочетании с АГ (II группа) показатели ТМДП, в отличие от пациентов I группы (РА без АГ), претерпевают более сложные изменения. В результате у значительной части пациентов II группа (25,6%) постепенно формируется более неблагоприятный тип ДДЛЖ - "псевдонормальный". Наличие ДДЛЖ II типа - «псевдонормальный» у пациентов РА в сочетании с АГ (подгруппа II- а) нами было верифицировано на основании статистически достоверного ($p < 0,05-0,001$) повышения скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (скорость E), заметного снижения трансмитрального кровотока во время систолы левого предсердия (скорость A) с значительным ростом соотношения E/A, сокращением ВПР и времени ВЗРДН (таблица 1).

Отличительными особенностями пациентов I и II группы у которых наблюдались формирование ДДЛЖ различного типа являлись: высокая активность РА, наличие висцеральных проявлений заболевания. Пациенты данной категории длительное время и практически без особого контроля принимали нестероидные противовоспалительные препараты и кортикостероиды.

Выводы.

1. Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей и показывают, что наиболее ранним и чувствительным маркером функциональной неполноценности миокарда ЛЖ у больных активной РА, особенно в сочетании с АГ, является ДДЛЖ по I типу.

2. У больных РА в сочетании с АГ (II группа) показатели ТМДП, в отличие от пациентов I группы (РА без АГ), претерпевают более сложные изменения и в результате у значительной части пациентов II группа (25,6%) постепенно формируется более неблагоприятный тип ДДЛЖ - "псевдонормальный".

Литература

1. Алехин М. Н. Эхокардиографическая оценка диастолической функции левого желудочка сердца у пациентов с сохранной фракцией выброса / М. Н. Алехин, А. М. Гришин, О. А. Петрова // Кардиология. – 2017. – Том 57, № 2. – С. 40-45.
2. Полякова С.А. Структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка у женщин репродуктивного возраста, больных ревматоидным артритом/ С.А. Полякова, Т.А. Раскина // Современная ревматология. - 2013. - № 1. - С. 41-46.
3. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочков у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии/ И.Г. Кириллова [и др.] // Терапевтический архив. - 2015. - № 5. - С. 17-22.
4. Структурно-функциональное состояние левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом: связь с клинико-иммунологическими особенностями заболевания и артериальной гипертензией / Д.А. Халилова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2013. - № 51 (1). - С. 21-27.
5. Типы ремоделирования левого желудочка у больных ревматоидным артритом / И.А. Кривотулова [и др.] // Современная ревматология. – 2020. - №14 (2). – С. 62-68.

Бозоров С.С., Гафоров А.А., Мухамадиева К.М.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Гнездная алопеция (ГА) является хроническим аутоиммунным воспалительным заболеванием, характеризующимся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластин, стойким или временным нерубцовым выпадением волос [1,2]. Среди всех заболеваний кожи гнездная алопеция встречается в 0,7—3,8% случаев [1], а в общей популяции частота данной патологии составляет 1:1000. У здоровых людей в течение жизни риск возникновения гнездной алопеции выявлен в 1,7% случаев [1,2,3]. В структуре дерматозов заболеваемость гнездной алопецией составляет около 2,1 % [1,3]. Данные литературы указывают, что в развитии гнездной алопеции важное значение имеют генетические расстройства, иммунные нарушения и заболевания внутренних органов и систем. Одним из важных регуляторных механизмов нормального цикла волос является накопление и экспрессия рецепторов витамина Д на кератиноцитах, а при отсутствии этих рецепторов задерживается рост волосяного фолликула [4]. Данные литературы предполагают, что витамин Д, благодаря своему иммуномодулирующему эффекту, может участвовать в патогенезе гнездной алопеции, так как во многих исследованиях было зарегистрировано снижение содержания витамина Д в сыворотке крови этих больных по сравнению со здоровыми лицами [3,4]. По данным других исследователей наблюдается

корреляция между уровнем витамина Д и количеством очагов поражения, а также с продолжительностью заболевания [5]. Некоторыми исследователями выявлена зависимость содержания витамина Д в крови в зависимости от фототипа кожи. Было доказано, что белая кожа производит витамин Д более эффективно, чем темная. Более того, белая кожа способна синтезировать витамин Д даже при меньшем количестве солнечного света в начале и конце летнего сезона, а также в пасмурные дни [5,6]. То есть, содержание витамина Д может быть связано с биологическими причинами и факторами окружающей среды.

Цель исследования изучить влияние фототипа кожи и содержания витамина Д в крови у больных с гнездной алопецией, проживающих на разных высотах Таджикистана

Материал и методы исследования. Обследовали 94 (57,3%;164) пациента в возрасте от 4 до 18 лет, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении с уточненным диагнозом «гнездная алопеция». Обследуемые больные явились жителями следующих климатогеографических регионов Таджикистана: 53 (56,4%; 94) пациента проживали в климатических условиях низкогогорья (г. Душанбе, Вахдат, Гиссар, Рудаки, Шартузский район), а 41 (43,6%; 94) – в условиях среднегогорья (Дарваз, Ш. Шохин, Ховалинг, Айни). Контрольную группу составили 40 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту (20-жители низкогогорья, 20- среднегогорья). Оценка фототипа кожи проводили по классификации Т.Фицпатрика (1975 г). Для оценки сывороточного уровня 25(ОН) D3 использовали иммунохемолуминисцентный количественный анализ *in vitro*. Оценка Д-витаминного статуса проводилась по следующим критериям: 30–80 нг/л – норма; 20–30 нг/л - недостаточность, 10–19 нг/л — дефицит, а < 10 нг/л — выраженный дефицит витамина Д.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ распространенности ГА в зависимости от фототипа кожи показал, что наиболее часто ГА встречалась у детей с III фототипом кожи. Среди детей с ГА, проживающих в среднегогорье в 22 (53,7%) случаях, был выявлен III фототип ($n=41$), то есть в 1,4 раза чаще, чем среди детей с данным фототипом, проживающих в условиях низкогогорья ($n=53$), где их число составило 20 (37,7%) случаев ($p<0,05$). II фототип кожи встречался у 15 (36,6%;41) детей с ГА, проживающих в среднегогорье, что оказалось в 1,5 раза больше, по сравнению с 13 (24,5%;53) случаями ГА у детей, проживающих в низкогогорных регионах. Однако, IV фототип кожи чаще встречался у детей с ГА, проживающих в низкогогорных регионах, где их число составило 20 (37,7%;53) случаев, что в 3,8 раза больше, по сравнению с 4 (9,8%;41) больными с ГА, проживающих в среднегогорных регионах ($p<0,01$).

То есть, ГА чаще развивается у детей с IV фототипом, проживающих в низкогогорных регионах, и у детей с III фототипом, проживающих в среднегогорных регионах. Светлый II фототип кожи в 1,5 раза чаще встречается у детей с ГА, проживающих в среднегогорье, чем в низкогогорье, то есть в 15 (36,6%;41) против 13 (24,5%;53) случаев.

Анализ изучения состояния Д-витаминного статуса показал, что у 82(87,2%) детей с ГА выявлено снижение уровня 25(ОН)D3 различной степени выраженности и только у 12 (12,8%) наблюдалось его нормальное содержание.

Нами был проведен анализ содержания уровня 25(ОН)D3 в зависимости от фототипа кожи. Было выявлено, что у детей со II фототипом кожи чаще наблюдается недостаточность витамина Д по сравнению с его дефицитом. При этом, у них не наблюдалось ни одного случая выраженного дефицита витамина Д. Наибольшее количество детей с ГА с выраженным дефицитом витамина Д было выявлено при IV фототипе, где их число составило 14 (58,3%;24) случаев. У детей с ГА имеющих III фототип кожи, чаще наблюдалась недостаточность витамина Д, частота которой составила 15 (35,7%;42) случаев, что в 1,4 раза чаще, чем выраженный дефицит, выявленный у 11 (26,2%;42) пациентов с этим фототипом кожи. У детей с II фототипом кожи не выявлялось выраженного дефицита витамина Д, а у детей с IV фототипом не выявлялось нормальных показателей 25(ОН)D3.

То есть, чем темнее фототип кожи, тем больше частота случаев выраженного дефицита витамина Д. Кроме того, было выявлено, что у лиц с II фототипом в 25 (71,4%;35) наблюдалась легкая степень ГА, а средняя степень тяжести ГА наблюдалась в 3,6 раза реже, чем легкая степень, то есть в 11 (19,6%;56) против 26 (71,4%;35) случаев.

Выводы. Гнездная алопеция в 2,4 раза чаще встречается у детей с темными, чем со светлыми фототипами кожи, то есть, в 66 (70,2%;94) против 28 (29,8%;94) случаев. У детей с ГА, проживающих в низкогогорье, по сравнению с жителями среднегогорья в 2 раза чаще выявляется выраженный дефицит витамина Д (18 (34,0%;53) против 7 (17,1%;41) случаев) и в 1,4 раза чаще встречается тяжелая степень заболевания (16 (30,2%;53) против (9 (22,0%;41) случаев).

Список литературы

1. Patient characteristics and disease burden of alopecia areata in the Danish Skin Cohort /Y.M. Andersen [et al.]// BMJ Open. – 2022. –V. 16, №12. –P. 531-537.
2. A Large Cross-Sectional Survey Study of the Prevalence of Alopecia Areata in the United States / M. Benigno [et al.] //Clinical, cosmetic and investigational dermatology. – 2020. – V. 13. – P. 259.
3. Childhood alopecia areata—data from the National Alopecia Areata Registry / I. Wohlmuth Wieser [et al.] //Pediatric dermatology. – 2018. – V. 35, № 2. – P. 164-169.
4. Assessment of vitamin D receptors in alopecia areata and androgenetic alopecia /Fawzi M.M. [et al.]//J. CosmetDermatol. -2016. - V.15, №4. –P. 318-323.
5. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes /H.A. Bischoff-Ferrari// Am. J. Clin.Nutr. – 2016. - V. 84. –P. 18–28.
6. Курако, И.А. Влияние уровня витамина D на клинику гнездной алопеции / И. А. Курако, К. Л. Войнилов // Молодежь, наука, медицина. – 2017. -С. 558-559.

Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Абдурахмонова М.М.
ХУСИСИЯТҲОИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГӢ ВА ТАБОБАТИ ЭШЕРИХИОЗҲО ДАР КӢДАКОНИ
СИНУ СОЛИ БАРВАҚТИ

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ «ДДТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон.

Мухимият.

Эшерихиоз (сироятҳои коли) як гурӯҳи бемориҳои сироятӣ бактериявии антропонозӣ (ангезандаҳои беморӣ дар шароити табиӣ танҳо дар бадани инсон кодиранд заҳролуд кунанд), ки аз штаммҳои патогении *Escherichia coli* ба вучуд меоянд. Ташҳиси патогенро соли 1886 педиатри немис Т.Эшерих кашф карда буд, ки робитаи байни дарунравӣ ва илтиҳоби коли, ки аз рӯдаҳои кӯдакон ҷудо карда шудааст, пешниҳод кардааст. Ба патоген номи ӯ гузошта шудааст - *Escherichia coli*. Дар натиҷаи паст шудани масуният ва муқовимати организм эшерихиӣ ғайрипатогенӣ патогенӣ табдил ёфта, бемории боиси эшерихиоз мегардад, ки осеби роҳҳои меъдаю рӯда ва аломатҳои заҳролудшавии умумии оварда мерасонад [1-5].

Мақсади таҳқиқот.

Омӯзиши хусисиятҳои сарирӣ-вогирӣ, муолича ва самаран муолиҷаи эшерихиоз дар кӯдакони сини соли барвақти.

Усулҳои мавод ва тадқиқот.

Маводи тадқиқот 29 нафар кӯдакони сини соли барвақти гирифтори эшерихиоз, дар соли 2021-2023 дар Беморхонаи шаҳрии клиникӣ бемориҳои сироятӣ шаҳри Душанбе бистарӣ шудаанд. Ташҳиси гирифтори эшерихиоз, дар асоси шикоят, маълумоти сарирӣ ва озмоишгоҳӣ бактериологӣ муқаррар карда шуда буд.

Натиҷаи таҳқиқот ва баррасии он.

Аз шумораи умумии кӯдакони бемор духтарон – 17 нафар (58,6%), писарон 12 нафар (41,4%) нафарро ташкил доданд. Сини соли кӯдакон аз 1 моҳа то 6 моҳа - 3 (10,4%), 6 моҳа то 1 сола 11 (37,9%), 1 сола то 2 сола 15 (51,7%) буд. Ҳамаи кӯдакони бемор дар рӯзҳои 1-3-юми беморӣ 22 (75,9%), 3-7 рӯзи 7 (24,1%) аз оғози беморӣ ба беморхона қабул карда шуданд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо.

Беморон дар ҳолати вазнинии миёна ва вазнин дар давоми 3-5 рӯз қабул карда шуданд. Аз ш. Душанбе 11(38%) ва аз деҳот 18 нафар (62%). Бо ҳолати вазнинии миёна 6 нафар (20,7%) ва вазнин 23 нафар (79,3%) мурочиат намудаанд. Беморӣ дар кӯдакон бо баланд шудани ҳарорати бадан то 38°C дар 20 (69%), то 38-39°C дар 9 (31%), заҳролудшавии бадан беҳолӣ, бемодорӣ 29 (100%), безоботагӣ 25(86,2%), дилбеҳузурӣ буд 24(82,8%), дилбеҳузурӣ набуд 5(17,2%), қайқунӣ буд 26 (89,7%), қайқунӣ набуд 3 (10,3%) Нишонҳои камобшавии аёни бадан 29 (100%). Дар тамос беморон будан 6 (20,7%), дар тамос набудан 23 (79,3%). Микдори дарунравӣ то 5-6 бор дар як шабонарӯз 9 (31%), 7-10 бор 6(20,7%), 6-10 бор 14(48,3%), таркиби фазла обакӣ 26 (89,7%), суст 3(10,3%) ранги фазла зард 21 (72,5%), зарду-сабз 5(17,2%), сабз 3(10,3%), таъгири патологӣ фазла луобпарда 29 (100%), хунобча 13(44,8%) дида мешуд. Беморон бемории ҳамрадиқ доштаанд аз он ҷумла гипотрофия 11(37,9%), рахит 14(48,3%), камхуни 18(62%).

Ҳамаи беморон табобати асосиро гирифтанд, аз рӯи нақшаи МДР «А», «Б» 22 (75,9%), «В» 2(6,9%), ки речаи бистарӣ, парҳези №4, нушокии зиёд, биопрепаратҳо ва ферментҳо синк 29 (100%), пиобактериофаг 23 (79,3%), поливитаминҳоро дар бар мегирифт. Ба беморони гирифтори заҳролудшавии шадид, дохили варид маҳлули Декстроза 5%, маҳлули хлориди натрий 0,9% гирифтаанд, инчунин антибиотик қабул кард, 21 (72,4%) қабул накард 8(27,6%). Дар рафти табобат беҳтар шудани ваъзияташон дар рӯзи 5-6-уми беморӣ ба қайд гирифта шуд. Баъди муътадил шудани ҳарорати бадан аз байн рафтани дарунравӣ, ба иштиҳо омадан ва бо 5 рӯзи ҳолати қаноатбахш 4(13,8%), дар 7 рӯзи ҳолати қаноатбахш 19(65,5%) ва 7-10 рӯзи ҳолати қаноатбахш 6(20,7%) ва гирифтани таҳлилҳои озмоишӣ кишти бактериологӣ манфӣ таҳти назорати табиби оилавии ҷои зисташон ҷавоб дода шуданд.

Хулосаҳо.

Дар шароити муосир, эшерихиоз дар кӯдакон муҳимияти ҳудро нигоҳ медорад ва бо дарназардошти муҳочирати зиёди аҳоли ва қисми зиёди эшерихиӣ дарунравӣ дар сохтори омилҳои «дарунравии сайёҳон», инчунин аҳамияти дар рушди ҷунин мушкилии хатарнок ба монанди синдроми гемолитикӣ-уремикӣ, этиологӣ аҳамияти ҳудро нигоҳ медорад ва онро афзоиш медиҳад. Бо хавфи баланди марг ва инкишофи бемории музмини гурда хос аст. Ташҳиси лаборатории сирояти *Escherichia coli* дар бисёр минтақаҳо дар солҳои охир ба таври назаррас беҳтар шудааст, аммо мушкilot дар санҷиши микроорганизмҳо боқӣ мондаанд. Қарори онҳо асосан ба сабабҳои иқтисодӣ вобаста аст. Алгоритмҳои табобати эшерихиоз дар кӯдакон, ки аз ҷониби категорияҳои гуногуни патогенҳо ба вучуд омадаанд, таҳия карда нашудаанд. Интиҳоби терапияи этиотропӣ аксар вақт ба хулосаи қарорҳои асосӣ меёбад ва дар сурати мавҷуд набудани маълумот дар бораи равиши муқовимати патоген ба доруҳои зиддибактериявӣ душвор аст. Масъалаҳои муайяншуда ҳалли ҳудро барои ҳифзи саломати аҳолии кӯдакон ва баланд бардоштани сифати зиндагии калонсолоне, ки ба тарбияи кӯдакон машғуланд, талаб мекунанд.

Адабиёт.

1. Горелов, А.В. Эволюция эшерихиозов у детей за 25 лет / А.В. Горелов, А.В. Бондарева //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2013. - №5. - С. 46-50.
2. Манкевич, Р.Н. Шигеллезы и эшерихиозы у детей / Р.Н. Манкевич, Л.И. Матуш, Г.М. Лагир. // Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ. – 2019. – 40 с.
3. Молекулярно-генетическая характеристика шига-токсинпродуцирующих *Escherichia coli*, выделенных при вспышке пищевой инфекции в Санкт-Петербурге в 2013 г. / Г.Г. Онищенко [и др.] //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. - №. 70(1). – С. 70-81.
4. Пронько, Н.В. К вопросу об особенностях течения энтерогеморрагического и других эшерихиозов / Н.В. Пронько, В.М. Цыркунов, Т.В. Якусевич // Атуальная инфектология. – 2016. – №3(12). DOI: 10.22141/2312-

5. Усенко, Д.В. Острые кишечные инфекции в практике педиатра: возможности диагностики и терапии. / Д.В. Усенко, А.А. Плоскирева, А.В. Горелов // Вопросы современной педиатрии. – 2014. - №. 13(3). – С.12-20.

Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Махмадова Х.Ф.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕШЕНСТВА ПО ДАННЫМ ГКИБ Г. ДУ-
ШАНБЕ

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

Актуальность.

Бешенство (другие названия: рабиес (лат. rabies), устаревшее - гидрофобия, водобоязнь) - острое инфекционное заболевание, возникающее после укуса зараженного животного, протекающее с тяжелым поражением нервной системы и заканчивающееся, как правило, смертельным исходом.

Бешенство было известно людям задолго до нашей эры и описано в различных древнейших книгах. Уже в египетских папирусах, индийских священных книгах Ведах, греческих и римских письменных источниках, а затем и в Библии рассказывалось о бешенстве, которое передается людям от взбесившихся животных (диких и домашних). Об опасности этой болезни писали в средневековье, эпоху Возрождения и позднее.

Всевозможные рекомендации по предупреждению и лечению бешенства - уничтожение взбесившихся животных, прижигание каленым железом мест укуса у людей - эффекта не давали. Почти каждый укушенный бешеным животным человек был обречен на смерть. До 80-х годов XIX века человек не располагал надежным средством защиты от этой страшной болезни.

Великому ученому французскому Луи Пастеру принадлежит честь создания вакцины против бешенства (антирабической вакцины, от слова Rabies - бешенство), успешно примененной впервые 6 июля 1885 г. Тогда, благодаря вакцинации, был спасен мальчик, укушенный бешеной собакой. А некоторое время спустя в одной французской деревне на играющих детей напала бешеная собака. Защищая их, пятнадцатилетний пастух Жан Жюпиль совершил настоящий подвиг. Ему удалось связать морду собаки ремнем и кнутом и убить ее своим деревянным башмаком. Но все тело мальчика было покрыто ранами. Жана, едва живого, привезли в Париж. Пастер спас героя [1-4].

Цель исследования.

Изучить клинико-эпидемиологические особенности течения бешенства у детей по материалам ГКИБ г. Душанбе.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования явились 11 больных детей с бешенством, находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе в течение последних 5 лет. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза (укус собаки) и клинических данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного анализа было установлено, из общего количества больных девочек - 1(10%), мальчиков было 10 (90%). что 6 (54,5%) больных составляли дети в возрасте от 1 года до 10 лет, в возрасте от 11 до 15 – 3(27,3%), в возрасте от 16 до 18 – 2(18,2%). Больные в основном были жители села госпитализированы с районов Рудаки 5 (45,4%), Вахдат 3 (27,3%), Гиссар 2(18,1%) и Рашт 1(10%)

Из общего количества больных 4 (36,4%) учились в общеобразовательной школе, остальные 7 (63,6%) неорганизованные. Больные заболели в апреле 5(45,4%), март 4(36,4%), августе (18,2%). Все больные после укуса бродячих собак заболели. Места укуса собак: глаза 1(90,9%), лицо 3(27,3%), горло 3(27,3%), шея 2(18,2%), нога 2(18,2%).

Инкубационный период по данным анамнеза составили от 25 дней до 3-месяцев и в среднем составили 59,4±4,5 дня. Больные поступали в состоянии средней тяжести на 1-2 день от начала болезни. Заболевание у больных начиналось с повышением температуры тела до 38⁰С у 8(72,7%), гидрофобия 11(100%), аэрофобия 10(90,9%), психоз 11(100%), бессонница 9(81,8%), слабость, недомогания 11(100%), страх 11(100%), ограничения движения 4(36,4%), тошнота и рвота 11(100%), недостаточности дыхания 6(54,5%),

Все больные получали патогенетическую терапию, которая включала строгий постельный режим, инфузионная, противосудорожная и седативная терапия (кетамин), при необходимости вводили мышечные релаксанты, наркотические средства для купирования приступов возбуждения и судорог. Ставили назо-гастральный зонд для парентерального питания больного, введение жидкости.

Выводы.

Таким образом, клиническая картина бешенства в последние годы в РТ протекает по классическому варианту с наличием синдрома интоксикации, периода предвестников, с повышением рефлекторной возбудимости и нарушением психики, которые могут быть объединены в так называемый симптомокомплекс тревоги и периода разгара болезни (стадия гидрофобии, аэрофобия и акустикофобия). Основным резервуаром и источником инфекции в условиях Таджикистана являются инфицированные бешенством собаки. Заражение детей происходит в основном при укусе и при ослушении поврежденной кожи собаками. В связи с этим, для предупреждения заражения бешенством необходимо проводить курс профилактической иммунизации назначаем антирабической вакцины.

Список литературы.

1. Два случая гидрофобии в Республике Татарстан: прижизненная и постмортальная лабораторная диагностика / Н.А. Хисматуллина // Вопросы вирусологии. - 2015. №. 60(2). - С. 18-24.
2. Диагностика бешенства (клинический случай) / В.Х. Фазылов [и др] // - Практическая медицина. - 2014. №. 83(7). – С. 121-3.
3. Зверев, В.В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология / Зверев В. В., Бойченко М.Н. // учебник. -

Боймуродов А.А., Умарова Дж.А., Самиева Ф.Ш.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность.

Пневмония - это острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируется по синдрому дыхательных расстройств или физикальным данным при наличии очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме. Наличие этих рентгенологических признаков «золотой стандарт», по мнению ВОЗ с высокой долей вероятности свидетельствует о бактериальной этиологии процесса и позволяет исключить из круга заболеваний, определяемых как пневмония, большинство поражений нижних дыхательных путей: бронхиты, в том числе обструктивные, вызываемых респираторными вирусами и не нуждающихся в антибактериальном лечении. Широкое распространение острых пневмоний представляет большую опасность для детей. Пневмония является важнейшей отдельно взятой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Она является причиной всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире. Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии позволяет полному выздоровлению детей от пневмонии, снижению осложнений и летальности от пневмоний. Пневмонии делятся на вне и внутрибольничные. Внебольничные пневмонии возникают у ребенка в обычных условиях, внутрибольничные через 72 часов пребывания в стационаре или в течение 72 ч после выписки оттуда. Выделяют также пневмонии новорожденных [1-5]. *Streptococcus pneumoniae* является наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии. Наряду с этим значительную роль играют атипичные возбудители пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella* sp., *Chlamydia pneumoniae*), которые вместе ответственны за возникновение примерно 40% случаев внебольничной пневмонии, в качестве основных или ко-патогенов, при этом летальность может увеличиваться и достигать 25%.

Цель исследования.

Изучить клинику, диагностику, течение и эффективность лечения больных детей с пневмонией.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования явились 45 больных детей с пневмонией, находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе за период 2021-2022 г. Из общего количества больных 12(26,7%) дети посещали детский сад, 23 (51,1%) учились в общеобразовательной школе, остальные 10(22,2%) были неорганизованные. Диагноз пневмонии устанавливался на основании анамнеза, клинических, лабораторных, рентгенологических данных. Критериями диагностики пневмонии: общее состояние больного, наличие одышки, нарушения терморегуляции, перкуторные, аускультативные, рентгенологические данные.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из общего количества больных девочек - 20(44,4%), мальчиков было 25 (55,6%). Возраст детей составил от 3 года до 7 лет - 19 (42,2%), 7 - 10 лет 16 (35,6%), 10 - 14 лет 10 (22,2%). Все больные дети поступили в клинику поздно на 3-5 день 27(60%) больных, на 5-7 день от начала болезни 18(40%) детей.

Заболевание у детей начиналось с лихорадки до 38°C у 30(67,7%), до 38-39°C 15(33,3%), слабости, вялости, боли в грудной клетке, сухого кашля у 14(31,1%), а у 31(68,9%) наблюдался влажный кашель. У всех больных не было аппетита. Одышка было у 7(15,5%), ринорея у 11(24,4%), боли в ухе у 8(17,7%), фарингит у 12(26,6%). Результаты клинико-рентгенологического обследования пациентов позволили диагностировать у 25 (55,6%) детей правостороннюю очаговую бронхопневмонию, у 5(11,1%) левостороннюю очаговую бронхопневмонию, у 12 (26,7%) - двустороннюю очаговую бронхопневмонию, у 3 (6,67%) – нижнедолевую очаговую бронхопневмонию, у 10 (24,3%) – верхнедолевую очаговую бронхопневмонию. При физикальном обследовании больных выявлялись невыраженные хрипы (сухие или влажные мелкопузырчатые), перкуторно чаще всего изменений не обнаруживалось.

Больные дети получали базисную терапию, которая включала постельный режим, диету №5, обильное питье и поливитамины. Детям с выраженной интоксикацией было назначено внутривенное введение раствора Рингера, 5% декстрозы, 0,9% раствора натрия хлора, а также антибиотики цефтриаксон у 30(66,7%), цефепим у 12(26,6%), меропенем у 3(6,67%) в возрастных дозировках. После проведенного лечения, исчезновение одышки и улучшение состояния было отмечено в среднем на 5,6±1,1 день с момента лечения. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии. Полный эффект регистрировался при падении температуры ниже 38,0°C (без жаропонижающих) и улучшении общего состояния, появлении аппетита, рентгенологическая картина при этом может улучшиться или остаться прежней, а также при исчезновении одышки. С нормализацией температуры тела больные были выписаны из больницы под наблюдение врача инфекциониста в поликлинике по месту жительства.

Выводы.

В нашем наблюдении пневмонии встречались у детей, не иммунизированных против пневмококковой инфекции. В клинической картине у большинства пациентов наблюдались сочетание респираторного, интоксикационного синдромов и локальное укорочение перкуторного звука. Литературные данные свидетельствуют о высоком значении в диагностике внебольничной пневмонии объективного осмотра пациента, позволяющего в 50–70% случаев определить локальные симптомы, свидетельствующие о заболевании. Чувствительность сочетания лихорадки, тахипноэ, локального ослабления дыхания и мелкопузырчатых влажных хрипов в диагностике данного заболевания составляет

около 94%. Практическое значение исследования заключается в подтверждении диагностических критерии пневмонии, что особенно актуально для диагностики бактериальной пневмонии в настоящее время и дифференциальной диагностики с вирусным поражением легких. Также показана роль пневмококка в этиологии заболевания, что имеет значение для выбора этиотропной терапии. Грамотное и четкое соблюдение вакцинального календаря и массовый охват вакцинацией против пневмококковой инфекции детей первых лет жизни будут способствовать снижению заболеваемости бактериальной внебольничной пневмонией у детей и подростков.

Список литературы.

1. Таточенко, В.К. Внебольничные пневмонии у детей проблемы и решения / В.К. Таточенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2021. - С. 125-150
2. Вечеркин, В.А. Деструктивные пневмонии у детей. / В.А. Вечеркин, Д.А. Тома, В.А. Птицын, П.В. Коряшкин // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2019. - С.108–115.
3. Малахов, А.Б. Внебольничная пневмония у детей: алгоритмы диагностики и антибактериальной терапии /А.Б. Малахов// Практическая пульмонология. - 2019. - №2. - С. 18-26.
4. Современные представления об облитерирующем бронхолите у детей. /Е.С., Петрайкина [и др.] // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. - 2020. - № 99 (2). - С. 255-262.
5. Геппе, Н.А. Внебольничная пневмония у детей: проблемы диагностики, лечения и профилактики / Н.А. Геппе // Доктор. Ру. - 2015. - №13 (114). - С. 20-27.

Боймуродов А.А., Сафаралиев М.К., Нумонов Х.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ

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

Актуальность.

Лейшманиозы - группа трансмиссивных протозойных заболеваний человека и животных, возбудителями которых являются простейшие рода *Leishmania*. Переносчиками возбудителей служат инфицированные самки moskitov. В зависимости от вида лейшманий лейшманиоз может протекать, как тяжелое системное заболевание с поражением внутренних органов (висцеральный лейшманиоз), в виде кожных изъязвляющихся и неизъязвляющихся (инфильтраты) поражений (кожный лейшманиоз - КЛ), а также кожно-слизистых поражений с последующим разрушением носовой хрящевой ткани (кожно-слизистый лейшманиоз). В течение последних нескольких десятилетий лейшманиозы продолжают оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения в тропических и субтропических странах в связи с высоким уровнем заболеваемости (регистрация кожной формы болезни достигает 105 миллионов случаев в год и висцеральной - 500000), сложностью клинко-лабораторной диагностики, лечения, а также длительным заразным периодом [1-3].

В настоящее время лейшманиозы встречаются в 98 странах мира. Основными эндемическими очагами висцерального лейшманиоза являются Месопотамия, бассейн Средиземного моря, Индия и Китай, кожной формы - Афганистан, Иран, Бразилия и Перу. В СССР до проведения плановой борьбы с лейшманиозом в 1950-1970 гг. природные очаги были установлены в Средней Азии, где болезнь чаще поражала детей. В настоящее время на территории стран СНГ заболевание встречается в Азербайджане, Казахстане, Туркменистане, Узбекистане, где за год отмечается не менее 10 случаев. В Российской Федерации в основном наблюдаются завозные случаи висцерального лейшманиоза. В Таджикистане единичные случаи висцерального лейшманиоза в основном отмечались в приграничных районах с Афганистаном (Дарвазский, Ишкашимский, Ванчский, Тавильдаринский районах), то к настоящему времени ареол заболеваемости среди населения имеет тенденцию к явному распространению [4-5].

Цель исследования.

Изучить клинику, диагностику, течение и эффективность лечение больных детей висцеральным лейшманиозом.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования явились 24 больных детей с висцеральным лейшманиозом, находящихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе за период 2018-2023 гг. Из общего количества больных 2 (8,3%) учились в общеобразовательной школе, остальные 22 (91,7%) неорганизованные. Диагноз висцерального лейшманиоза устанавливался на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из общего количества больных девочек - 9(37,5%), мальчиков было 15 (62,5%). Возраст детей составил от 3 мес. до 1 года - 5(20,8%), 1-2 года 12 (50%), 2-8 лет 7 (29,2%). Больные в основном были жители села госпитализированы с районов: Пенджикент 13 (54,2%), Айни 6 (25%), Истрвшан 1 (4,17%), Дарваз 2(8,33%), Ишкашим 1(4,17%) и Ванч 1(4,17%). В стационар дети с висцеральным лейшманиозом поступали в разные сроки от начала болезни. Заболевание у детей начинались с повышением температуры тела до 38°C у 16(66,7%), до 38-40°C 8(33,3%), слабость, вялость 24(100%), кахексия 9(37,5%), потеря аппетита 22(91,7), вздутие живота 16(66,7%), потливость 6(25%), диарея 1(4,2%), тошнота 5(20,8%), рвота 3(12,5%), сухой кашель у 15(62,5%), анемия у 24(100%) больных. Результаты клинко-рентгенологического обследования пациентов позволили диагностировать у 20 (83,3%) детей правостороннюю очаговую бронхопневмонию, у 3(12,5%) левостороннюю очаговую бронхопневмонию, у 18 (75%) - двустороннюю очаговую бронхопневмонию, у 2 (8,33%) - нижнедолевую очаговую бронхопневмонию, у 10 (41,7%) - верхнедолевую очаговую бронхопневмонию. При перкуссии - над легкими отмечалось притупление перкуторного звука справа у 11(45,8%), слева у 13 (54,2). При аускультации - у 11(45,8%) больных дыхание было жесткое, выслушивались влажные единичные мелкопузырчатые хрипы справа. У больных живот увеличен в объеме, мягкий, болезненный при пальпации, отмечается урчание по ходу кишечника. Печень выступает из-под края реберной дуги, селезенка у некоторых больных достигала до малого таза.

Больные получали базисную терапию, которая включала постельный режим, обильное питье и поливитамины. У больных с выраженной интоксикацией было назначено внутривенное введение раствора Реосорбилакт, раствор Декстроза 0,5%, антибиотики ротафер у 8(33,3%), цефотаксим у 2(8,3%), цефтриаксон у 3(12,5%) в/м в возрастных дозировках. А также железосодержащие препараты феррол 3(12,5%), феррум лек 5(20,8%), фолевая кислота 16 (66,7%). Все больные дети получали препарат глюкантим (меглюмина антимононат) из расчёта 60 мг/кг веса 1раз в сутки, внутримышечно. После применения глюкантима быстрее исчезали клинические симптомы болезни и повышалась концентрация гемоглобина. После проведенного лечения, улучшение состояния было отмечено на 5-6 день болезни. Эффективность терапии в острый период заболевания оценивалась по обратной динамике клинических симптомов и прежде всего, по нормализации температуры тела, уменьшению размеров селезёнки, печени, лимфатических узлов, нормализации показателей крови. Все дети были выписаны с нормализацией температуры тела в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача инфекциониста в поликлинику по месту жительства.

Приводим следующее наблюдение: больной Ш.М., 3 года 2 месяца, житель Ванчского района, поступил в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе 13.09.2023. Со слов матери, ребёнок болен в течение 1 месяца. Заболевание началось с повышения температуры тела, общей нарастающей слабости, озноб, кашель, потливость, тошноты и рвоты, снижения аппетита, вялости, вздутия живота. Дома получала жаропонижающие препараты парацетамол, нурофен, а также лечилась амбулаторно в Язгулонском районе ГБАО, однако эффекта от лечения не наблюдалось и была направлена в город Хорог с диагнозом бронхопневмонией и анемией. Ребёнка положили в больницу Хорога, где он находился с 31.08.2023 до 05.09.2023. После осмотра педиатром у ребёнка был заподозрен лейшманиоз и направили в г. Душанбе. После кратковременных периодов ремиссий ребёнок продолжал сильно лихорадить. По мере прогрессирования болезни нарастала бледность кожных покровов, снижалась масса тела, отмечалось постепенное увеличение объёма живота за счёт гепатоспленомегалии (край печени выступал из-под края реберной дуги на 3см, край селезёнки - на 6 см.). 12.09.2023 больной был направлен в гематологическое отделение Республиканского медицинского центра МЗ РТ. При поступлении в клинику в общем анализе крови: гемоглобин - 60,0 г/л, эритроциты - $2,50 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 25 мм/час. В связи с прогрессирующей анемией и исключения висцерального лейшманиоза была проведена стерильная пункция с последующим исследованием пунктата костного мозга, выявившего следующие изменения: гранулоцитарный ряд, характеризуется клетками нейтрофильного ряда с задержкой созревания на уровне миелоцитов, наблюдается сужение белого ростка костного мозга и гиперплазия красного ростка. При обзорном просмотре мазков были обнаружены единичные *L.donovani*, до 3-5-7 в поле зрения и в групповых скоплениях, в связи с чем больной был направлен в ГКИБ г. Душанбе с диагнозом "Висцеральный лейшманиоз".

В стационаре больному был назначен противолейшманиозный препарат глюкантим в дозе 3,2 мл х 1 раз в день в/м в течение 28 дней. На фоне проводимой специфической терапии наблюдалась лихорадка гектического характера с подъемом температуры тела по утрам до $39^{\circ}C$ в течение 9 дней. С 10-ого дня лечения наблюдалось постепенное улучшение самочувствия больного: температура тела снизилась до нормы, появился аппетит, началось сокращение размеров печени и селезенки. К моменту выписки селезёнка выступала из-под края рёберной дуги на 2см. Больной был выписан домой 11.10.2023 г. в относительно удовлетворительном состоянии под наблюдение врача кабинета инфекционных заболеваний поликлинику по месту жительства.

Выводы.

Висцеральный лейшманиоз является серьезной проблемой для здравоохранения в странах, эндемичных по данному заболеванию. Клиническая картина заболевания (лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) неспецифична, поэтому диагностика заболевания при отсутствии эпидемиологической настороженности представляет собой непростую задачу. В описанном наблюдении установление диагноза в первую очередь требовало проведения дифференциальной диагностики с патологией, сопровождающейся лихорадкой. Несмотря на встречаемость в Республике Таджикистан, висцеральный лейшманиоз в ряде случаев должен быть учтён при выработке тактики обследования пациента, особенно при наличии соответствующей клинической картины и эпидемиологического анамнеза. Выявление различных лабораторных эпифеноменов (в том числе признаков аутоиммунных заболеваний) не исключает висцеральный лейшманиоз и требует продолжения дифференциально-диагностического поиска.

Список литературы.

1. Потапенко, В.Г. Вторичный гемофагоцитарный синдром как осложнение висцерального лейшманиоза: клиническое наблюдение. /В.Г. Потапенко [и др.] // Онкогематология. - 2022. - 17(3). - С. 89-97.
2. Чуелов, С.Б. Паразитарные болезни в практике педиатрического многопрофильного стационара. /С.Б. Чуелов [и др.] // Детские инфекции. - 2020. - 19(1). - С. 48-53
3. Обгольц, Ю.Н. Инфекционная патология в практике врача-гематолога: висцеральный лейшманиоз у ВИЧ-инфицированного пациента / Ю.Н. Обгольц [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. - 2019 - 39 (1) - С. 72-76.
4. Баранец, М.С., Ермак Т.Н., Понировский Е.Н. Клинико-эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в Республике Крым. / М.С. Баранец, Т.Н. Ермак, Е.Н. Понировский // Терапевтический архив. - 2017. - 89(11). - С. 100
5. Ермак, Т.Н. Рубцова Н.В. Висцеральный лейшманиоз - новая угроза при ВИЧ-инфекции. Материалы 9-го Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием; Март 27-29. / Т.Н. Ермак, Н.В. Рубцова // Инфекционные болезни. - 2017. - С. 94

Бораджабова Н.Б., Азонов Д.А., Одинаев Ш.Ф.
ПРОНИЦАЕМОСТЬ КОЖНЫХ И БРЮШНЫХ КАПИЛЛЯРОВ

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан, ОИТ НИИ фундаментальной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. Воспалительный процесс состоит из весьма сложных и тесно взаимосвязанных компонентов, каждый из которых играет определенную роль в патогенезе данного процесса. Установлено, что эфирные масла и препараты на их основе обладают противовоспалительными, мембран стабилизирующими и антиоксидантными свойствами [1, 2, 3].

Среди эфирных масел кориандровое эфирное масло, в том числе установлено, что данное эфирное масло обладает, гепатопротекторными, желчегонными и умеренными антиоксидантными свойствами, что делает это вещество особенно ценным при лечении воспалительных процессов со спастическим генезом [2]. В связи с тем, что нами были изучены противовоспалительные свойства карвиоловой мази, разработанной на основе, кориандрового эфирного масла, для подтверждения данного эффекта была поставлена задача изучить влияние данного эфирного масла в отношении экссудативной фазы воспалительного процесса на белых крысах.

Цель исследования. Изучение влияния кориандрового эфирного масла на проницаемость кожных и брюшных капилляров.

Материалы и методы. Противовоспалительные свойства кориандрового эфирного масла изучали на модели повышенной проницаемости кожных капилляров по методу Ю. Н. Нуралиева и Г.Л. Медника, 1970, на 18 белых крысах массой 190-200гр. Характер действия эфирного масла в отношении реактивности кожных капилляров оценивали по скорости окрашивания лапки в синий цвет.

Влияние кориандрового эфирного масла на проницаемость брюшных капилляров изучали на 18 белых крысах: животным за 10 мин до внутрибрюшинной инъекции формалина 5,0мл (0,5%- го раствора) внутри-желудочно вводили 0,02-0,04 г/кг массы тела испытуемые вещества или бутадием. Через 4 часа от начала введения формалина животных забивали путем декапитации. После вскрытия брюшной полости собирали и измеряли объем накопленной жидкости. По разнице объема асцитической жидкости, полученной из брюшной полости подопытных и контрольных крыс, судили о характере действия изучаемого средства на проницаемость брюшных капилляров.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным результатам, представленным на рисунке 1, время окрашивания кожи лапки контрольных крыс после нанесения ксилола наступило в среднем через $170,0 \pm 4,6$ сек. предварительного внутрижелудочного введения испытуемого вещества подопытным животным в дозах 0,01-0,02 кг массы, сопровождалось удлинением времени окрашивания лапок по сравнению с контрольными сериями на 41,1 и 64%, а в сериях леченных препаратом сравнения бутадием в дозе 0,02 гр/кг массы время окрашивания лапок по сравнению с контрольными составило 76% , что на 12% лучше чем эффект кориандрового эфирного масла, однако следует учесть то, что бутадием при длительном применении оказывает множество побочных влияний на органы желудочно кишечного тракта. В свою очередь эфирные масла при длительном применении не оказывают подобных действий, что является преимуществом испытуемого препарата перед бутадием.

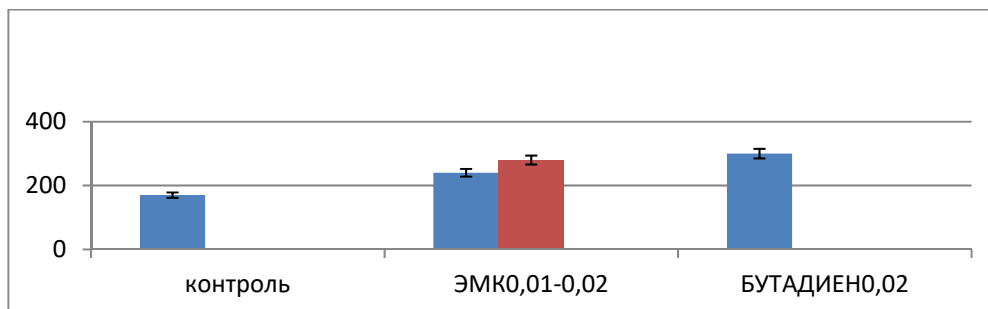


Рисунок 1. Влияние кориандрового эфирного масла на проницаемость кожных и брюшных капилляров.

Наряду с этим кориандровое эфирное масло, активно влияет на повышенную проницаемость брюшных капилляров. Согласно рисунка 2, в сериях, получавших испытуемое средство в дозах 0,01-0,02, за 40 мин. до введения формалина, количество асцитической жидкости по сравнению с контрольными крысами уменьшается на 31,5% и 47% соответственно, а в сериях получавших бутадием в указанной дозе количество жидкости по сравнению с контрольными уменьшается на 42%.

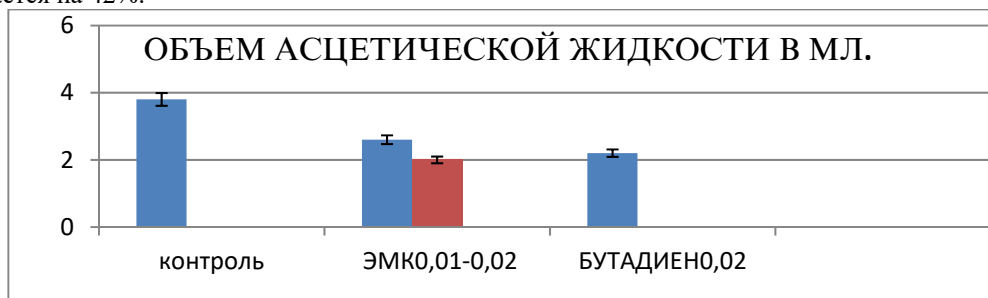


Рисунок 2. Влияние кориандрового эфирного масла на проницаемость брюшных капилляров.

Сравнительный анализ показал, что испытуемое средство в дозе 0,02 гр/кг по сравнению с бутадиеном оказывает более эффективное влияние на течение повышенной проницаемости брюшных капилляров.

Выводы; Таким образом полученные результаты, свидетельствуют о том что, кориандровое эфирное масло обладает выраженными противовоспалительными свойствами, что по всей вероятности связано с мембран стабилизирующими, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами эфирных масел.

Список литературы

1. Азонов Д.А. Лечебные свойства гераноретинала и эфирных масел. (Монография) \ Д.А. Азонов., А.К. Холов., Г.В. Разыкова \ Душанбе «Матбуот» 2011, 135 стр
2. Шарипов Х.С. Сравнительное изучение гепатопротекторных свойств кориандрового, лавандового эфирных масел и олиметина при токсическом поражении печени СС14/Х.С. Шарипов., Д.А. Азонов // Здоровоохранение Таджикистана. - №1.-2009.-С.60-64
3. А.К. Холов. Желчегонные свойства холетола в норме и подостром токсическом гепатите. \ А.К. Холов., Д.А. Азонов \ Science and world №8-(120).2023.-С59-64.
4. Нуралиев Ю.Н., Медник Г.Л. Методика изучения реактивности капилляров кожи мышей к воздействию воспалительных раздражителей. // Бюлл. эксперим. биол. -1970,-8,-С.119-120.

Булычева Е.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОТСКОВ 15-17 ЛЕТ

кафедра сестринского дела ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Актуальность. Формирование пищевого поведения происходит в детском и подростковом возрасте [1]. В связи с активными нейроэндокринными перестройками в подростковом периоде возрастает риск формирования расстройств пищевого поведения, что на фоне нестабильности и несовершенства работы эндокринной системы [2] может способствовать либо набору лишней массы тела, либо к формированию её дефицита. В этой связи очень важно на доклиническом этапе выявлять первые признаки расстройств пищевого поведения у подростков.

Цель исследования – провести анализ особенностей формирования расстройств пищевого поведения у подростков и на основании этих данных предложить метод диагностики и коррекции расстройств пищевого поведения среди подростков 15-17 лет.

Материал и методы исследования. В исследование включено 201 подросток. 2 человека выбыло по причине отказа от измерения массы тела и роста и 3 человек, которые не прошли анкетирование. Для анализа результатов обследовано 196 подростка (101 девушек и 95 юношей) в возрасте от 15 до 17 лет (средний возраст составил $16,8 \pm 0,91$ лет). Избыточная масса тела была выявлена у 12 подростков (10,6%); дефицит массы тела у 42 подростков (21,3%); нормальная масса тела у 142 подростков (72,2%).

Для выявления особенностей проявления расстройств пищевого поведения среди подростков проведено анкетирование, включающее в себя три блока. Первый блок включал вопросы по уточнению возраста, пола подростка, его массы тела и роста. Второй блок анкеты включал вопросы из голландского опросника пищевого поведения DEBQ. Опросник разработан для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстерналичного пищевого поведения. Для научного обоснования содержательной части разрабатываемого метода диагностики и коррекции пищевого поведения у подростков проведен сравнительный анализ выраженности трех главных компонент расстройств пищевого поведения: ограничительного, эмоциогенного и экстерналичного; как среди всей совокупности подростков, так и у с учетом возраста и индекса массы тела, определяющего соответствие массы росту подростка.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные, представленные в таблице свидетельствуют о том, что у подростков с избыточной массой тела преобладал ограничительный тип расстройства пищевого поведения, тогда как в сравнении с подростками с нормальной массой тела установлен преимущественно экстерналичный тип. В группе подростков с дефицитом массы тела выявлены особенности с учётом пола обследуемых, где для девушек был характерен экстерналичный тип пищевого поведения, а у юношей – ограничительный тип пищевого поведения.

Таблица 2. Распределение подростков с учётом выраженности шкал расстройств пищевого поведения (%)

Группы подростков с:	Пол	Шкалы расстройств пищевого поведения					
		шкала ограничительного пищевого поведения		шкала эмоционального пищевого поведения		шкала экстерналичного пищевого поведения	
		норма	патология	норма	патология	норма	патология
	д	-	100,0	20,0	80,0	20,0	80,0
	ю	50	50,0	75,0	25,0	75,0	25,0
	д	63,6	36,4	63,6	36,4	27,3	72,7
	ю	40,0	60,0	40,0	60,0	20,0	80,0
	д	40,5	59,5	50,0	50,0	45,2	54,8
	ю	65,2	34,8	65,2	34,8	30,4	69,6

На основании полученных данных была разработана программа для ЭВМ (свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2022664456, выданное Федеральной службой по интеллектуальной собственности

29.07.2022 г.). Программа подразумевает компьютерное анкетирование, где основой для опросника является вышеуказанный международный опросник DEBQ. По итогу прохождения тестирования программа формирует заключение (Рисунок 1).

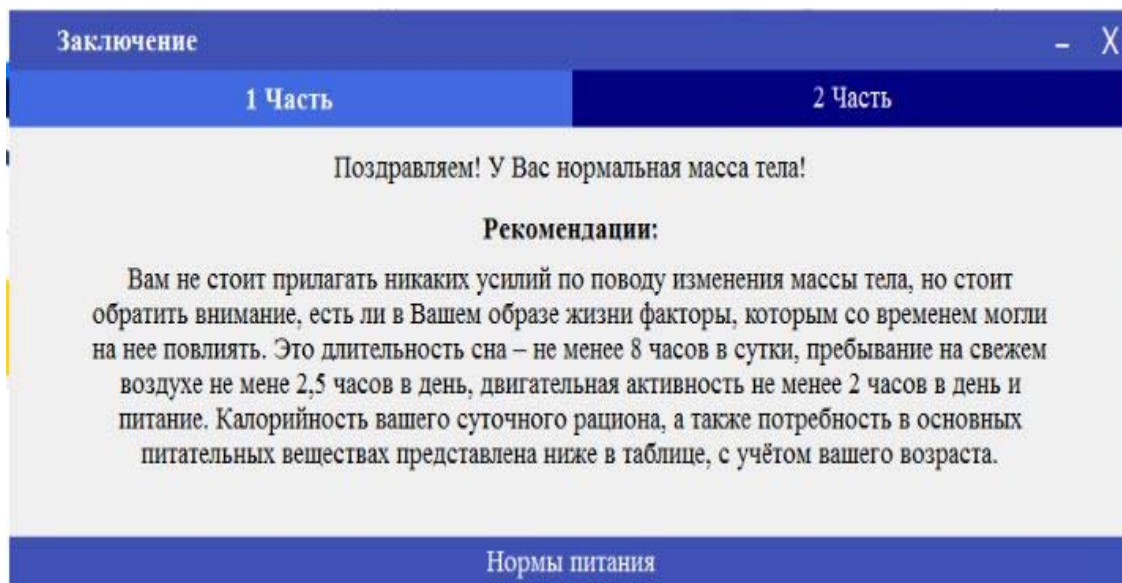


Рисунок 1 - Пример формируемого заключения программой «Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения, индекса массы тела у подростков старшего школьного возраста»

В данном окне программы имеется ряд вкладок, дополняющих диагностику. Вкладка «1 Часть» открывается автоматически, где выводится информация о достаточности массы тела и общие рекомендации. В нижней части расположена кнопка «Нормы питания» (Рисунок 2), при нажатии которой появляется новое окно с таблицей, содержащей суточные нормы в энергии, пищевых веществах, витаминах, минеральных веществах с разделением по полу и возрасту.

При нажатии на кнопку «2 Часть» выводятся рекомендации, согласно выявленным проблемам у подростка в виде таблицы (Рисунок 3). Снизу находится кнопка «В помощь учителю», при нажатии которой открывается окно с общими рекомендациями для преподавателей (Рисунок 4).

Нормы питания					
№	Показатели (в сутки)	Возрастные группы			
		11—14 лет***		15—17 лет***	
		мальчики	девочки	юноши	девушки
Энергия и пищевые вещества					
1	Энергия, ккал	2 500	2 300	2 900	2 500
2	Белок, г	75	69	87	75
	в т. ч. живот- ный (%)	60			
	** г/кг массы тела	–	–	–	–
3	Жиры, г	83	77	97	83
	Холестерин, мг	< 300			
4	Углеводы, г	363	334	421	363
	Пищевые во- локна, г	20	22		
5	Витамины				
	Витамин С, мг	70	60	90	70

Рисунок 2 – Пример рекомендуемых норм потребления в основных нутриентах программой «Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения, индекса массы тела у подростков старшего школьного возраста»

Заключение				
1 Часть			2 Часть	
Ограничительное пищевое поведение	3,3	Паталогия	Настоятельно рекомендуется не есть на ходу, из рук, стоя и т. д. Следует постепенно научиться есть в строго определенное время, в одном и том же удобном месте, за хорошо сервированным столом, в комнате или столовой, а не на кухне. Пища должна быть насыщенной и свежей. Можно включить любимую успокаивающую музыку. Не стоит бояться оставить на тарелке недоеденное, тарелка пусть будет меньших размеров, чем обычно. Незадолго до окончания еды сделайте перерыв на 5 минут – после него, возможно, досдать до конца не захочется.	Рекомендации врача
Эмоциональное пищевое поведение	1,8	Норма		
Экстернальное пищевое	4,1	Паталогия	Необходимо забыть про слово диета, понять разницу между следованием ограничительной диете и изменением своих пищевых привычек, выстроить здоровые отношения с едой. Старайтесь ощущать вкус потребляемой пищи, прочувствовать, что вы едите. Осознайте, почему вам нравится то, что вы съели,	Рекомендации врача
В помощь учителю				

Рисунок 3 – Пример оценки пищевого поведения подростка и рекомендации программой «Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения, индекса массы тела у подростков старшего школьного возраста»

Для учителя	
Общие рекомендации для преподавателей: 1. Обратите внимание на то, какие продукты подросток предпочитает есть в столовой. Просит ли он добавки, стремится ли употреблять блюда одной категории. Возможно, что он пытается выменять это, предлагая взамен что-то другое. Покупает ли он часто (!) что-то в школьном буфете, и какие это продукты. Если ученик регулярно берет салат из квашеной капусты, это меньший повод для беспокойства, чем если бы он регулярно брал по 3 булочки с сахаром. 2. Обращайте внимание на то, как дети принимают пищу (обстановка, разговор, скорость поедания продуктов). Выносят ли они с собой еду из столовой, стараются ли есть наедине. 3. Если вы подозреваете нарушения пищевого поведения у кого-то из детей, обратите внимание на то, какое положение в неформальной социальной иерархии он занимает. Есть ли у него конфликты с другими детьми/учителями. Целесообразно разрешить эту ситуацию, чем навязывать ученику нормы пищевого поведения.	

Рисунок 4 – Пример рекомендации для учителей программой «Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения, индекса массы тела у подростков старшего школьного возраста»

Выводы. Учитывая проблему избыточной массы тела и её дефицит среди подростков, использование разработанной программы «Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения, индекса массы тела у подростков старшего школьного возраста» (свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2022664456, выданное Федеральной службой по интеллектуальной собственности 29.07.2022 г.) позволит своевременно выявлять ранние признаки расстройств пищевого поведения и на основании формулируемых программой рекомендации корректировать их даже в условиях образовательной организации.

Список литературы.

1. Чубаров Т.В. Факторы риска развития ожирения в различные периоды детства / Т.В. Чубаров, А.В. Бессонова, О.А. Жданова и др. // Ожирение и метаболизм. – 2021. - №18(2). – С.163-168.
2. Булычева Е.В. Нейробиологические основы формирования поведения и употребления подростками психоактивных веществ (обзор литературы). // Гигиена и санитария. – 2022. – Т.101. - №4 – С.449-452.

Бычкова Н.Ю., Липова Е.В., Глазко И.И.

КОСМЕТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической и лабораторной диагностики МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ им. А.И. Буназяна, Россия

Актуальность

Коронавирус SARS CoV-2 повлек за собой большое количество медицинских, социальных и психологических последствий. Установлено, что вирус первично поражает кожу, нарушая функционирование эпителиоцитов, эндотелиоцитов и клеток иммунной системы, что приводит к появлению ряда характерных симптомов [2,5]. У ряда пациентов наблюдается полное выздоровление, а часть из них испытывает так называемый постковидный синдром или Long COVID. Постковидный синдром — возникает у лиц после коронавирусной инфекции с подтвержденным заражением

SARS-CoV-2, либо у лиц с подозрением на коронавирусную инфекцию, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом.

Основные кожные проявления COVID-19 и их длительность.

В исследовании, проведенном Девонем МакМахоном и соавторами в 2020 году, было проанализировано 1030 случаев COVID-19 с дерматологическими проявлениями [2]. Их длительность составила в среднем 13 дней. Кореподобная сыпь регистрировалась в течение 7 дней, а уртикарные высыпания наблюдались у большинства в течение 4 дней с максимальной продолжительностью до 28 дней. Папуло-сквамозные высыпания длились до 20 дней, при этом в одном случае сыпь сохранялась до 70 дней, а «псевдообморожение» наблюдалось в среднем 15 дней. Данный анализ выявил ранее не зарегистрированную подгруппу пациентов, у которых наблюдаются длительные симптомы COVID-19 с преобладанием дерматологических заболеваний, что вызывает вопросы о стойком воспалении даже у пациентов, которые изначально перенесли относительно легкое течение заболевания.

После перенесенного COVID-19 регистрируются не только дерматологические симптомы, но и «ускоренное старение» [3,4]. Пациенты предъявляют жалобы на выраженную сухость кожи, тусклый цвет лица, углубление складок и борозд, выпадение волос, наличие отека и эритемы. Протоколы коррекции данных состояний в настоящее время не разработаны, а ряд препаратов, традиционно применяемых в косметологии, в частности препараты гиалуроновой кислоты, могут приводить к развитию отсроченных воспалительных реакций (DIR - delayed inflammatory response) вследствие гомологии фрагментов гиалуроновой кислоты и спайкового белка вируса SARS-CoV-2. Учитывая разнообразные иммунологические нарушения, неконтролируемую активацию иммунной системы (гипериммунная реакция), спровоцированную острой вирусной инфекцией, косметологическая реабилитация пациентов, перенесших COVID-19, является актуальной и сложной задачей. Рекомендации, непосредственно связанные с проведением процедуры, включают строгое соблюдение мер асептики, учет возможного воспаления, аллергические и аутоиммунные реакции, сложный тканевой ответ и вероятность мультисистемного воспалительного синдрома у взрослых даже без признаков предшествующей инфекции SARS-CoV-2. Косметологическую коррекцию целесообразно начинать не ранее 3 месяцев после заболевания, либо через один месяц после окончания вакцинации. Предпочтительнее применять моно/олигокомпонентные препараты, содержащие минимальное количество гиалуроновой кислоты, использовать малоинвазивные способы имплантации с применением наноигл (тонкостенных игл с увеличенным внутренним диаметром) или канюль, отдавать предпочтение регулирующим, а не стимулирующим методам.

Применение гидролизата плаценты человека (hPH) для лечения коронавирусной инфекции

В базе данных ВОЗ по исследованиям COVID-19 имеются публикации, демонстрирующие эффективность гидролизата человеческой плаценты (hPH) при лечении коронавирусной инфекции. В исследовании [1], проведенном Ким Ын Ха в 2021 году было установлено, что стандартизированный гидролизат плаценты человека **Laennec®** (Japan Bio Products CO, Япония) обладает противовирусной эффективностью против SARS-CoV-2 и может быть многообещающим терапевтическим средством для лечения инфекции SARS-CoV-2, он безопасен и улучшает состояние здоровья пациентов с гиперферритинемией и COVID-19. Лечение гидролизатом человеческой плаценты (hPH) **Laennec®** ослабляло репликацию вируса дозозависимым образом *in vitro* и *in vivo*.

В комплексных протоколах косметологической реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, перспективно мезотерапевтическое применение гидролизата человеческой плаценты (hPH) **CURACEN®** (Japan Bio Products CO, Япония), разработанного для применения в косметологии, который, в соответствии с инструкцией к применению, оказывает воздействие на клетки дермы и компоненты внеклеточного матрикса, регулирует работу клеток иммунной системы и уменьшает воспаление, активируя механизмы саморегуляции и восстанавливая работу сигнальных путей, эффективно уменьшая сухость, отечность, тусклость и другие кожные симптомы, развившиеся у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Препарат содержит регуляторные пептиды, факторы роста, аминокислоты и нативную гиалуроновую кислоту.

Клинический случай

На прием обратилась пациентка 46 лет с жалобами на ухудшение внешнего вида после перенесенной коронавирусной инфекции (UO7.1), вызванной SARS CoV-2, средней степени тяжести (ПЦР от 31.07.2021 положительный), двусторонней полисегментарной пневмонии средней степени тяжести, КТ-2. Лечилась амбулаторно. При обращении предъявляет жалобы на появление сухости кожи, отека лица, больше в области нижних век, считает, что стала выглядеть «значительно старше». Кожные покровы бледные, без эпидермального блеска, тургор снижен. Наблюдается отечность в периорбитальной области, больше в области нижних век, углубление носогубных складок и губнокраевых борозд (рис.1 а,б). Регистрируются поверхностные эпидермальные и дермальные морщины в области межбровья и в области шеи, жалобы на эти изменения пациентка не предъявляет. Субъективно отмечает дискомфорт, ощущение стягивания после умывания, возросла потребность в креме.

Материалы и методы

Был проведен курс процедур, включающий интрадермальную имплантацию биокорректора **CURACEN** (Japan Bio Products CO, Япония). Препарат хорошо переносится, не вызывает аллергических реакций и не требует использования аппликационной анестезии. Учитывая вероятные нарушения в системе иммунитета после COVID-19 и высокий риск развития воспалительных реакций, важной задачей являлась минимизация травмы при выполнении инъекционной процедуры. Это было достигнуто путем применения наноигл и имплантацией препарата по малоинвазивной методике, в участки, где больше выражены структурные нарушения дермы. Интрадермальное введение биокорректора **CURACEN** выполнялось при помощи наноигл 34G в количестве 0,1-0,2 миллилитра на один участок имплантации. Общее количество препарата на процедуру – 2,0 миллилитра (1 ампула). Инъекции выполнялись 1 раз в 10-14 дней, количество процедур – 5. После курса терапии сухость кожи не наблюдалась, прошла отечность, улучшился цвет лица, уменьшились признаки возрастных изменений (рис.1 в,г). Кожные покровы физиологической окраски, тургор повы-

сил, появился эпидермальный блеск. Отечности не наблюдается, уменьшилась глубина носогубных складок и губно-краевых борозд. Поверхностные эпидермальные и дермальные морщины в области межбровья и в области шеи без динамики. Субъективно: дискомфорта не отмечает, ощущение стягивания после умывания прекратилось, уменьшилась потребность в косметических средствах.



Рис.1 Уменьшение выраженности проявлений ускоренного старения при проведении косметологической реабилитации пациентки, перенесшей COVID-19 (а,б – при обращении, в,г – после курса коррекции).

Заключение.

Биокоррекция – это новое направление в реабилитации пациентов после COVID-19. Результаты проведенных экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что гидролизат плаценты человека оптимизирует процессы репаративной регенерации, что проявляется высоким качеством восстановления ткани и сокращением сроков реабилитации. Это позволяет отнести hPH к классу природных физиологических активаторов регенерации и применять в медицинской практике в качестве биокорректоров после перенесённых инфекционных заболеваний.

Список литературы.

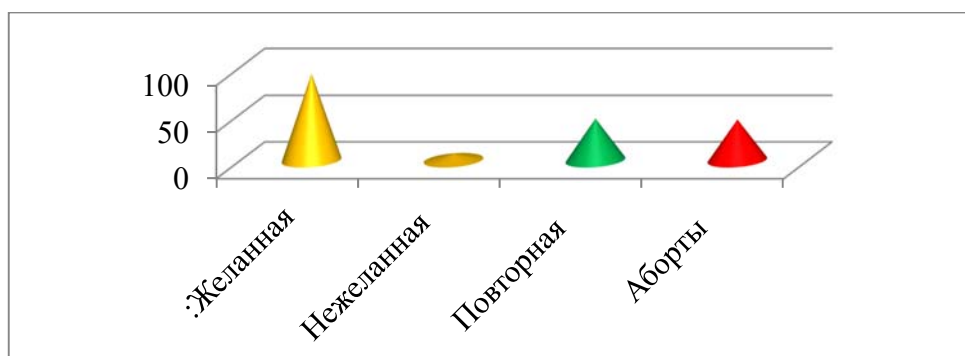
1. Kim, EH., Kim, Yi., Jang, SG. et al. Antiviral effects of human placenta hydrolysate (Laennec®) against SARS-CoV-2 *in vitro* and in the ferret model. J Microbiol. 59, 1056–1062 (2021). doi: [10.1007/s12275-021-1367-2](https://doi.org/10.1007/s12275-021-1367-2).
2. McMahon DE, Gallman AE, Hruza GJ, Rosenbach M, Lipoff JB, Desai SR, French LE, Lim H, Cyster JG, Fox LP, Fassett MS, Freeman EE. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. Lancet Infect Dis. 2021 Mar;21(3):313-314. doi: [10.1016/S1473-3099\(20\)30986-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30986-5). Epub 2021 Jan 15. PMID: 33460566; PMCID: PMC7836995.
3. Sohn E. How the COVID-19 pandemic might age us. Nature. 2022 Jan;601(7893):S5-S7. doi: [10.1038/d41586-022-00071-0](https://doi.org/10.1038/d41586-022-00071-0). PMID: 35046589.
4. Tayeri K, Asadollahi K, Madani N, Haghjooy Javanmard S. Does COVID-19 Escalate Aging Process? A Possible Concern. Adv Biomed Res. 2022 Nov 28;11:106. doi: [10.4103/abr.abr_350_21](https://doi.org/10.4103/abr.abr_350_21). PMID: 36660763; PMCID: PMC9843595
5. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Проценко Д.Н., Кожевникова Г.М., Демина О.М., Голуб В.П., Рассохина О.И., Хлыстова Е.А. Клиническая характеристика кожных проявлений при новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2. Клиническая дерматология и венерология. 2020;19(3):271-286 doi:[10.17116/klinderma202019031271](https://doi.org/10.17116/klinderma202019031271)

Актуальность проблемы. Высокий уровень цивилизации, интенсивность производственных процессов, усиливающийся поток информации сказываются на всех областях деятельности человека. Известно, что даже физиологически протекающая беременность оказывает определенное влияние на психику женщины, а некоторые авторы рассматривают ее даже как кризисную ситуацию [1, 2]. Беременность является особым этапом в жизни женщины, во время которого формируются бинарные образования "мать-плод". Особенно уязвимым в данной системе является нейрогуморальное звено [3,4]. В этот период психосоматическое состояние женщины неразрывно связано с потенциальным здоровьем ребенка. Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [5].

Цель и задачи исследования. Целью работы явилось изучение различных психических расстройств, возникающих у беременных при нормальном течении беременности. Методами исследования было анкетирование (опрос), психометрическая шкала депрессии Hamilton [HADS], шкала депрессии Бека, шкала тревоги Spilberger.

Результаты исследования и обсуждение. Нами было обследовано 100 беременных женщин с нормально протекающей беременностью. Были изучены различные демографические показатели: возраст, образование, длительность замужества, условия жизни, социальный статус. При исследовании возраста беременных было установлено, что наибольшее число составили беременные в возрасте 20-25 (23,0%) и 26-30 (33,0 %) лет. Это указывает на тот факт, что данный возрастной диапазон совпадает с наиболее репродуктивным периодом женщины, о чем свидетельствует малое число беременных в возрасте до 20 и 36-40 лет.

Наши исследования показали (диаграмма 1), что у 93% женщин беременность была желанной, у 7% - нежеланной; у 45% женщин беременность была 3-й или 3-й, у 55% - первая беременность; 44% женщин ранее делали аборт.



В процессе клинико-психопатологического и патопсихологического обследования 100 беременных, нами было установлено, что в течение беременности у них были выявлены различной степени тяжести психические расстройства. Так, шкалы депрессии Zung-a и Bek-a у 20% беременных выявили легкую, у 17%-да среднюю степень депрессивных расстройств (табл. 1).

Таблица 1

Оценка состояния беременных по шкале Zung-a и Bek-a

Шкала депрессии Zung-a	Абс.	%
20-49 – Норма	63	83,0
50-59 – Легкое депрессивное расстройство	20	20,0
60-69 – Депрессивное расстройство средней степени	17	17,0
Шкала депрессии Bek-a		
0-9 – отсутствие депрессивных расстройств	63	83,0
10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)	20	20,0
16-19 – средняя депрессия	17	17,0

Наряду с этим, при применении шкалы тревоги Spilberger-a у 36% беременных были выявлены тревожные расстройства средней или выраженной тяжести (табл. 2).

Таблица 2

Оценка состояния беременных по шкале Spilberger-a

Шкала тревоги Spilberger-a	Абс.	%
До 30 баллов – легкая тревога	64	64,0
До 31 – 44 баллов – тревога средней степени	26	26,0
Выше 45 баллов – выраженная тревога	10	10,0
Всего	100	100,0

Таким образом, среди выявленных расстройств основное место (66,0%) занимали невротические расстройства

(неврозоподобные расстройства и невротические реакции беременных), на втором месте находились различной степени тяжести депрессивные расстройства (34,0%).

Что касается структуры выявленных психических расстройств установлено, что они в основном проявлялись в рамках указанных выше невротических и аффективных расстройств (табл. 7).

Таблица 3

Клиническая структура психических расстройств

№	Д-з по МКБ-10	Клиническая форма	Абс.	%
1	00	Психически здоровые беременные:	63	63,0
		Предболезненные расстройства	18	18,0
		Беременные с риском дезадаптации	45	45,0
5	F3	Аффективные расстройства	12	12,0
6	F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	20	20,0
7	F6	Расстройства личности в зрелом возрасте	5	5,0
Всего			100	100,0

Невротические расстройства у беременных развивались вследствие бытовых психотравмирующих ситуаций (44,0%), у 31,8% психотравмы носили смешанный характер. Спецификой обсессивно-фобического-го синдрома у беременных является фабула навязчивых страхов и опасений: в абсолютном большинстве они отражают тревогу и страх за исход беременности и здоровье ребенка. В генезисе не психотических нарушений ведущее значение имеют личностные особенности женщины в сочетании с мотивацией деторождения, уровнем личностной тревожности, особенностями течения беременности и предыдущим акушерским опытом. Одной из причин несвоевременной диагностики депрессивно-невротических расстройств является то, что соматические симптомы депрессии – такие, как изменение сна или аппетита, – могут быть отнесены к физиологическим изменениям при нормально протекающей беременности. Даже те женщины, которые относятся к группе высокого риска, редко получают своевременное лечение. Наряду с этим, у 25 беременных отмечена отягощенная наследственность по психическому расстройству.

Заключение. Высокая распространенность невротических и депрессивных расстройств у беременных свидетельствуют о необходимости проводить скрининг расстройств настроения во время беременности для своевременного применения стратегий профилактики, чтобы свести к минимуму заболеваемость и смертность, ассоциированные с перинатальными психическими расстройствами. Ведение беременных женщин с невротическими расстройствами и расстройствами настроения, которые ранее не принимали психотропные препараты, должно начинаться с психотерапии с использованием интерперсональных и когнитивно-поведенческих техник. При проведении когнитивно-поведенческой психотерапии пациенты изучают, как их мысли влияют на клиническую картину болезни и как следует позитивно изменить свое мышление. Все это сопровождается использованием соответствующих поведенческих техник. Поскольку семейные проблемы часто являются причиной депрессивных расстройств, даже чаще, чем собственно перинатальные расстройства настроения, возрастает роль семейной психотерапии. Наряду с этим необходимо разработать и внедрить психогигиеническую службу для беременных, направленную как на профилактику, так и лечение психических расстройств непсихотического уровня в различные сроки беременности.

Литература

1. Шаманина М.В. Депрессивные состояния в послеродовом периоде. Автореф., дис. к.м.н.//Санкт-Петербург, 2014, 24 с.
2. Кожевникова Т.А., Костарева О.В., Костарев В.В. Распространенность и клиническая картина непсихотических психических расстройств у женщин на поздних этапах беременности. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023, № 2(119), с. 49-59, [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2\(119\)-49-59](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-2(119)-49-59).
3. Криворотко Я.В. Динамика формирования непсихотических психических расстройств у беременных по триместрам беременности. // Український вісник психоневрології — nfv 19, вип. 1 (66) — 2011, с. 54-59.
4. Yi Yu, Hong-Feng Liang et al. Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. // Front. Psychiatry, June 2021, Sec. Mood Disorders Volume 12 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620371>.
5. Howard L., Molvneaux E. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. // Lancet, 2014, volume 384, p. 1775-1788.

Валиева М. С., Абдиева Д. Х., Дырда Н. И.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Пузырчатка - хроническое аутоиммунное заболевание кожи, проявляющееся образованием интраэпидермальных пузырей, появлением циркулирующих IgG и разрушением связей между клетками эпидермиса. Заболевание характеризуется длительным хроническим волнообразным течением, приводящим к нарушению общего состояния пациентов. Болеют пузырчаткой лица обоих полов, преимущественно старше 40 лет[1,2,4]. Различают 4 клинические разновидности истинной пузырчатки: вульгарная, вегетирующая, листовидная и себорейная. Деление истинной пузырчатки на различные клинические формы условно, так как возможен переход из одной формы в другую[1,3]. Наиболее распространённой формой является обыкновенная пузырчатка (*Pemphigus vulgaris*), при которой в

85% случаев процесс начинается с появления высыпаний на слизистой полости рта. Различают: легкую, среднюю и тяжелую степени тяжести заболевания[1,2,3]. Генерализация кожного процесса, прогрессирующее течение заболевания, сопутствующие осложнения, не смотря на проводимую глюкокортикостероидную терапию, может привести к смерти пациента. По данным разных авторов, смертность при этом дерматозе составляет до 25%[1,4,5].

Цель исследования. Провести анализ клинического течения вульгарной пузырчатки и разработать дифференцированный подход к терапии заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 пациента в возрасте от 25 до 72 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» с 2012 -2022 гг. Лиц женского пола было в два раза больше чем мужского (28 против 14 соответственно), а сельских жителей в 3,2 раза больше городских (32 и 10 соответственно). Чаще всего болели лица от 45 лет и старше - 36 человек, 6 пациентов были в возрасте от 25 до 45 лет. Для постановки диагноза, определения состояния больного и выявления возможных осложнений проводились цитологические, клинические и биохимические анализы, УЗИ внутренних органов, консультации смежных специалистов. Продолжительность лечения устанавливалась индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания. При *легкой степени* поражения кожи и слизистых оболочек полости рта были ограниченными, при *умеренной* – процесс имел распространённый характер и сопровождался присоединением вторичной инфекции, при *тяжелой* – к генерализованному кожному процессу с наличием осложнений присоединялась патология со стороны внутренних органов.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов диагноз пузырчатка был гистологически подтверждён обнаружением акантолитических клеток в мазках-отпечатках. У 18 больных заболевание диагностировалось впервые. Оставшиеся 24 пациентов неоднократно находились на амбулаторном и стационарном лечении в связи с возникновением синдрома отмены, коррекции дозы ГКС терапии и профилактикой осложнений. Было установлено, что причиной начала заболевания у 16 пациентов была травматизация слизистых оболочек, у 14 - стрессовая ситуация, остальные 12 развитие заболевания ни с чем не связывали. Давность заболевания больных пузырчаткой варьировала от 3 месяцев до 5-7 лет.

Легкое течение заболевания с ограниченными поражениями кожи и слизистых оболочек отмечалось у 5 больных. В 50% случаев пузырчатка начиналась с поражения слизистых оболочек полости рта появлением единичных дряблых пузырей с серозным содержимым, которые быстро вскрывались, образуя мокнущие болезненные эрозии с ярко-красным дном. При дальнейшем нарастании процесса эрозии увеличивались в размерах и, сливаясь между собой, образовывали очаги фестончатых очертаний. Далее процесс распространялся на красную кайму губ, кожу верхней поверхности груди и спины. В очагах поражения определялись единичные пузыри и эрозии, покрытые серозным налётом и серозно-геморрагическими корочками. *Умеренное течение* заболевания отмечалось у 26 больных и характеризовалось распространением высыпаний по всему кожному покрову, поражением слизистых оболочек полости рта и гениталий, сопровождающихся зудом, жжением и болезненностью. При вскрытии пузырей появлялись эрозии ярко-розового цвета с блестящей влажной поверхностью с тенденцией к периферическому росту. У 6 больных отмечался «синдром груши». Положительный симптом Никольского определялся у всех пациентов. У 15 процесс осложнился вторичной пиодермией.

Тяжелые проявления болезни наблюдались у 11 пациентов. У больных отмечалось: ухудшение общего состояния, генерализация патологического процесса, присоединение вторичной инфекции, выраженные болевые ощущения с ограничением движений. На коже груди, спины и в складках имелись огромные эрозивные поверхности с тенденцией к периферическому росту и с формированием обширных очагов поражения. Процесс сопровождался мокнутием, мацерацией, особенно в области спины и ягодиц. В большинстве очагов наблюдались фликтены, эктимы, гнойно - геморрагические корки. У всех больных отмечался положительный симптом Никольского. Наряду с обширными поражениями кожи и слизистых отмечалась сопутствующая патология: язвенная болезнь желудка, гипертония, холецистопанкреатит, энтероколит, сахарный диабет, остеопороз. После консультации узких специалистов все пациенты получали соответствующую терапию.

Каждому пациенту терапия глюкокортикостероидами назначалась с учётом степени тяжести заболевания. Доза ГКС составляла не менее 1 мг/кг/сут. При *легкой степени* тяжести суточная доза препарата в среднем составляла 60 мг/сутки. Пациентам с *умеренным течением* назначалось от 90 до 120 мг гормонов в сутки в виде сочетанного применения перорального преднизолона (30 мг) и парентерального дексаметазона (8 мг), что позволило уменьшить отрицательное воздействие на слизистую ЖКТ и ускорило терапевтический эффект. При *тяжёлом течении* пузырчатки ГКС назначались в дозе от 120 мг/сутки и выше в комбинированной форме, либо применялись их пролонгированные формы (дипроспан, сертоспан) 1 раз в 7–10 суток.

При *лёгкой форме* длительность терапии составляла до 3-х недель, при умеренной и тяжёлой - 4-5 недель, после чего проводилось снижение доз кортикостероидов (основанием для снижения являлось прекращение появления новых пузырей, эпителизация эрозий, отрицательный феномен Никольского и отсутствие акантолитических клеток). Через 2-3 недели от начала гормонотерапии у 37(89%) больных с *умеренной и тяжёлой формами* наблюдалось осложнение в виде развития синдрома Иценко-Кушинга. С целью повышения эффективности гормонотерапии и уменьшения их курсовой дозы *умеренных и тяжёлых форм* пузырчатки курсами назначался цитостатик метотрексат в дозе 5 мг/сутки в течение недели с перерывом в 7 дней (2-3 курса). В процессе лечения проводился контроль клинических и биохимических анализов (не менее 1–2 раз в неделю).

Местная терапия проводилась всем больным и заключалась в обработке пузырей и эрозивных поверхностей кожи и слизистых оболочек растворами анилиновых красок, применением регенерирующих, обезболивающих и антибактериальных средств. Помимо этиопатогенетической, большое значение имела симптоматическая терапия, которая зависела от общего состояния больного, наличия сопутствующей патологии и включала применение анаболических

гормонов, микроэлементов, и при необходимости, антибиотиков. Также по показаниям назначали переливание компонентов крови (плазма, альбумин). Пациенты соблюдали диету, сбалансированную по содержанию белков, жиров и углеводов.

Выводы. Клиническая картина акантолитической пузырчатки чаще характеризуется распространёнными формами заболевания. Доза кортикостероидов подбирается в зависимости от степени тяжести, распространённости патологического процесса, наличия осложнений и сопутствующей патологии. Дифференцированный подход к терапии пузырчатки различных степеней тяжести позволил добиться положительной динамики, которая выражалась в стабилизации кожного процесса, ускорении эпителизации, снижении дозы гормонов, снятии болевого синдрома, уменьшении количества осложнений, нормализации общего состояния больных, увеличении сроков ремиссии и повышении качества жизни пациентов с данной патологией.

Литература.

1. Глебова Л.И. Ошибки в диагностике вульгарной пузырчатки врачами-практиками при локализации ее на слизистой полости рта / Л.И. Глебова // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2016. - № 1. - С. 46-48.
2. Дороженков, И.Ю. Истинная акантолитическая пузырчатка с позиции психосоматической медицины. Обзор литературы / И.Ю. Дороженков, Н.П. Теплюк, Д.Г. Катранова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017. - Т. 20. - № 3. - С. 157-163.
3. К вопросу о классификации пузырчатки. /Самцов А.В., Соколовский Е.В., Теплюк Н.П., Белоусова И.Э., Кохан М.М., Матушевская Е.В.//Том 97.- № 2 (2021). -С: 9-15.
- 4.Карамова А.Э., Чикин В.В., Знаменская Л.Ф. и соавт. Вегетирующая пузырчатка: клинический случай Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. – Т. 95. – № 2. – С. 55-63.
- 5.El-Komy,M.H.M. Autologousplatelet-richplasmaandtriamcinoloneacetonideintralesionalinjectioninthetreatmentoforalerosionsofPemphigusvulgaris: apilotstudy/M.H.M.El-Komy. N.A.Saleh, M.A.Saleh //Arch.Dermatol.Res.-2018. –Vol.310. - №4. - P.375–381.

Величко Е.Н.¹, БулычеваЕ.В.¹, Булычев В.В.²

ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»;

²ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулёзный диспансер». Российская Федерация

Актуальность.

В настоящее время в Российской Федерации, несмотря на улучшение основных показателей по туберкулёзу, сохраняются проблемы, связанные с высоким показателем лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам. Наибольшую трудность в терапии туберкулеза представляют коинфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) пациенты. Ведущую роль в прогнозе течения болезни играет процент множественной лекарственной устойчивости и широкой лекарственной устойчивости у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: изучить профиль лекарственной устойчивости на противотуберкулёзные препараты у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования.

На основе медицинских баз данных централизованной бактериологической лаборатории ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулёзный диспансер» среди впервые выявленных пациентов больных туберкулёзом за период 2018-2022 гг. проведен ретроспективный сравнительный анализ, в процессе которого были отобраны две группы пациентов: первая включала 829 больных туберкулёзом, инфицированных ВИЧ, вторая - 1901 ВИЧ-неинфицированного пациента. Оценивались показатели процента устойчивой монорезистентной культуры к одному антибиотику, процента полирезистентной культуры к нескольким антибиотикам, показатели широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) и множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий к антибактериальным препаратам I ряда (изониазиду, рифампицину) и II ряда (фторхинолонам – офлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину; аминогликозидам – амикацину, капреомицину, канамицину).

Для определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) использовался модифицированный метод пропорций на жидкой питательной среде в системе с автоматизированным учетом роста микроорганизмов и метод абсолютных концентраций.

Анализ данных резистентности пациентов, страдающих туберкулёзом за 2018-2022 г.г. был подвергнут статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc.).

Сравнение количественных показателей независимых выборок проводилось с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически достоверными при $p \leq 0,05$. Для уточнения взаимосвязи формирования резистентности микобактерий к противотуберкулёзным препаратам от наличия у пациента ВИЧ-инфекции в рамках исследования проведен корреляционный анализ с расчётом коэффициента корреляции по методу Спирмена. Был определен коэффициент достоверности аппроксимации с помощью линии тренда, где значение величины достоверности аппроксимации рассчитывается приложением Microsoft Office Excel автоматически. Если $R^2 \geq 0,95$, то это свидетельствовало о высокой точности аппроксимации (модель хорошо описывает явление), если $0,75 \leq R^2 < 0,95$, то это свидетельствовало

об удовлетворительной аппроксимации (модель в целом адекватно описывает явление), а также показан прогноз динамики процента показателей первичной лекарственной устойчивости к 2023 году.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ данных показал увеличение числа пациентов с туберкулезом, инфицированных ВИЧ на 23,68% с 2018 по 2022 год. Наибольший процент больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией зарегистрирован в 2020 и 2021 годах, составил 33,67% и 33,33% соответственно, хотя число заболевших оказалось максимальным в 2022 году. В сравниваемых группах процент монорезистентной культуры за исследуемые 5 лет снизился: для группы ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом на 53,38%, для ВИЧ-неинфицированных – на 41,73%, наибольший процент зарегистрирован в 2018 году. По показателю процента полирезистентной культуры отмечался прирост в обеих группах с максимальным значением в 2019 году: так, для ВИЧ-неинфицированных больных увеличение составило 2,1%, а в группе туберкулезных больных с ВИЧ исследуемый показатель увеличился в большей степени – на 20,34%.

Рассматривая динамику изменений широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) за указанный период, определено увеличение процента резистентности в обеих группах, однако значения этого показателя весомо отличаются: прирост ШЛУ у ВИЧ-инфицированных пациентов с туберкулезом составил всего 10,09%, в то время как во второй группе исследуемых пациентов данный показатель к 2022 году увеличился на 41,38%. Как и ШЛУ, данные прироста множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) в первой и второй группах значительно отличаются: для пациентов с ВИЧ-инфекцией процент МЛУ составил 39,6%, а для ВИЧ-неинфицированных – всего лишь 9,51%.

При исследовании динамики изменений устойчивости к антибиотикам у группы пациентов с ВИЧ-инфекцией определены следующие результаты: среди препаратов I ряда, т.е. изониазида и рифампицина, максимальный прирост устойчивости зарегистрирован в 2019 году, и составил 77,1%, тогда как минимальный процент резистентности отмечен в 2018 году. Эти значения указывают на резкий скачок показателя антибиотикорезистентности. Резистентность к рифампицину выявлялась у $56,2 \pm 0,28\%$ ВИЧ-инфицированных пациентов, тогда как среди них же резистентность к изониазиду выявлялась у $67,9 \pm 0,15\%$ ($p \leq 0,05$). Однако число пациентов с резистентностью к рифампицину, как в случае и с изониазидом, за период 2018-2022 года увеличилось, и прирост составил 28,85% для рифампицина и 14,66% для изониазида. Среди пациентов, не инфицированных ВИЧ, отмечено незначительное снижение количества лиц с резистентностью к изониазиду, составившее 0,55%. Однако для той же группы больных устойчивость к рифампицину возросла на 9,375%.

По данным анализа устойчивости микобактерий к препаратам II группы у больных с ВИЧ-инфекцией к фторхинолонам максимальный прирост зарегистрирован в 2022 году (резистентность к левофлоксацину составила 50,0%, моксифлоксацину – 18,8%), а минимальный процент в 2018 году. Таким образом, наблюдался постепенный рост устойчивости. Для группы аминогликозидов также выявлялась динамика максимального прироста устойчивости к 2022 году (для амикацина составила 9,6%, канамицина 14,3%, капреомицина 13,2%) и минимальный – к 2019 году. Стоит отметить, что прирост устойчивости пациентов к аминогликозидам был максимальным для амикацина, резистентность к которому за указанный период увеличилась в 2,04 раза. Среди фторхинолонов наибольший процент устойчивости отмечался к моксифлоксацину (прирост составил 717,39%).

Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, опасен наличием ряда сопровождающих его негативных последствий, таких как более высокая частота туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), сравнительно низкая доля успешного лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции [1]. В связи с увеличением удельного веса лекарственно-устойчивых форм возбудителя туберкулеза их влияние на эпидемический процесс при туберкулезе становится всё более существенным [2]. Пациенты с МЛУ обладают высокой эпидемиологической опасностью вследствие высокой вирулентности и контагиозности, длительного периода бактериовыделения [3]. Так как ШЛУ является показателем лекарственной устойчивости к препаратам I ряда, а противотуберкулезные препараты II ряда в данном случае не обладают выраженным антибактериальным действием, то можно утверждать, что такие штаммы опасны для жизни пациентов, поэтому ВИЧ-инфицированные больные входят в группу высокого риска.

Выводы. Исследование показало, что больные ВИЧ-ассоциированным туберкулезом более подвержены развитию резистентности к противотуберкулезным препаратам как I, так и II ряда по сравнению с ВИЧ-неинфицированной группой пациентов. Преобладание процента полирезистентной культуры микобактерий и множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) у пациентов с ВИЧ указывает на необходимость внимательного подхода к лечению с учетом перечисленных факторов. В этой связи клиническое ведение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза включает сложную интеграцию эффективного противотуберкулезного лечения, использование одновременной антиретровирусной терапии и разработки мероприятий по снижению риска формирования устойчивости у пациентов к противотуберкулезным препаратам.

Список литературы.

1. Мишин В.Ю., Мишина А.В., Левченко М.В., Собкин А.Л., Эргешов А.Э. Сочетанные инфекции. Туберкулез и ВИЧ-инфекция / В.Ю.Мишин, А.В. Мишина, М.В. Левченко, А.Л. Собкин, А.Э. Эргешов // Consilium Medicum. — 2017. — №19 (11). — С.59-63.
2. Зоркальцева Е.Ю., Воробьева О.А., Савилов Е.Д., Огарков О.Б. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза — проблема современной фтизиатрии / Е.Ю. Зоркальцева, О.А. Воробьева, Е.Д. Савилов, О.Б. Ограков // Acta Biomedica Scientifica. — 2019. - №4 (2). - С.55-59.
3. Савинова А.А., Усанина Л.В. Механизмы антибиотикоустойчивости микобактерий туберкулеза / А.А. Савинова, Л.В. Усанина // Международный студенческий научный вестник. — 2017. — № 6.

Вохидова А.П., Рахмонов Э.Р., Хабибзода Х.Х.

МАРКЁРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19

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

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), стала настоящим испытанием для человечества. За год пандемии изучены многие аспекты патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения COVID-19, что позволило спасти множество жизней, однако некоторые аспекты до сих пор недостаточно известны.

Одним из основных и значимых направлений изучения COVID-19 является прогнозирование течения заболевания у конкретного больного на основании определения предикторов. Лабораторными предикторами тяжести процесса служат маркеры гипервоспаления – белки острой фазы, важнейшими из которых являются ферритин и С-реактивный белок (СРБ). COVID-19 может рассматриваться как системная воспалительная реакция, характеризующаяся угрожающим жизни гипервоспалением, которое в конечном итоге приводит к полиорганной недостаточности. Более глубокое понимание патогенеза инфекции COVID-19 может привести к улучшению оценки тяжести состояния и выбору персонализированной тактики лечения.

Маркеры воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ), D-димер, прокальцитонин и ферритин, а также возраст и пол пациента могут использоваться в качестве индикаторов риска. Изменение уровня маркеров воспаления позволяет определить тяжелые случаи COVID-19 [1-5].

Цель исследования. Определение уровня некоторых маркеров острого воспаления (ферритин, СРБ, СОЭ, лейкоциты, прокальцитонин) у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов, госпитализированных в ГУ «Городская клиническая инфекционная больница» с основным диагнозом «коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), тяжелая форма».

В нашем исследовании мы использовали данные лабораторных анализов, оценивая показатели тяжести заболевания, возрастные особенности и половую принадлежность пациентов. Методами исследования были подсчет лейкоцитов, абсолютного и относительного количества нейтрофилов, а также расширенные параметры воспаления (определение ферритина, С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина и СОЭ).

Результаты исследования. В период пандемии COVID-19 в ГУ ГКИБ было госпитализировано много пациентов, среди которых для исследования мы выбрали 45 пациентов с тяжелым течением заболевания. Среди них 33 пациента (73,3%) были мужчины и 12 (26,7%) – женщины. Средний возраст составил $59,4 \pm 2,3$ года. Мы проанализировали результаты лабораторных исследований у данных пациентов. Больные с тяжелой формой заболевания имели повышенный уровень лейкоцитов в крови по сравнению с больными с легкой формой. О наиболее выраженном генерализованном проявлении системного воспалительного ответа в группе тяжело больных свидетельствовало значительное увеличение в крови концентрации СРБ $223 \pm 9,8$ мг/л (в 2,9 раза, $p < 0,001$), ферритина $725 \pm 21,7$ мг/кг (в 3 раза, $p < 0,001$), а также СОЭ $35,2 \pm 4,1$ мм/час и прокальцитонина $1 \pm 0,05$ нг/мл. Оценка функциональной активности нейтрофилов с помощью гематологического анализа расширенных параметров воспаления показала, что развитие воспалительной реакции у пациентов с тяжелым течением характеризовалось увеличением уровня нейтрофилов 77,7%. Одновременно уровень лимфоцитов 14,6% был снижен. В представленном исследовании, основной целью которого явилось определение выраженности изменений маркеров воспаления у пациентов с тяжелой коронавирусной инфекцией COVID-19, вызванной штаммом вируса SARS-CoV-2, показано, что течение данного заболевания сопровождается каскадом патологических процессов, связанных с активацией системной воспалительной реакции. В результате отмечается быстрое развитие синдрома полиорганной недостаточности с преимущественным поражением легких, почек, печени и увеличением значений таких показателей, как нейтрофилы = 77,7%.

Пандемия COVID-19 заставила медицинское сообщество пересмотреть многие устоявшиеся взгляды, в том числе и на диагностику сепсиса. К традиционным – прокальцитонину, СРБ, уровню лейкоцитов – добавились ферритин, D-димер, уровень иммуноглобулинов, лимфоцитов и другие показатели. Одной из причин гиперферритинемии, наиболее выраженной в группе тяжело больных COVID-19, может быть перегрузка железом, как гемовым, так и свободным. Поскольку известно, что при системном воспалении возникает эффект секвестрации железа в макрофагах с последующей гиперактивацией и развитием цитокинового шторма. Кроме того, мы обнаружили значительное уменьшение уровня лимфоцитов. Это позволяет дифференцировать вирусные и бактериальные инфекции.

Выводы. Полученные данные демонстрируют, что новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная штаммом вируса SARS-CoV-2, может рассматриваться как системная воспалительная реакция, которая характеризуется угрожающим жизни гипервоспалением, гиперкоагуляцией и дисбалансом доставки/потребления кислорода, что приводит к полиорганной недостаточности. Эти патологические процессы особенно значимы у больных с сопутствующими заболеваниями, повышающими риск тяжелого течения COVID-19.

Список литературы:

1. Полушин Ю.С., Шлык И.В., Гаврилов Е.Г., Паршин Е.В., Гинзбург А.М. Роль ферритина в оценке тяжести Covid-19. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2021; 18(4): 20-28.
2. Н.К.Горшунова, Н.В. Медведев, О.В. Рахманова. Роль изменений окислительно-восстановительных реакций в патогенезе эндотелиальной дисфункции разной степени тяжести при артериальной гипертензии // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018. С. 20–2
3. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версии 7-9» (утв. Министерством здравоохранения РФ 3 июня 2020 (версия 7), 3 сентября 2020 (версия 8), 26 октября 2020 (версия 9)). URL: [https:// minzdrav.gov.ru/ministry/med_ COVID19](https://minzdrav.gov.ru/ministry/med_COVID19) (дата обращения: 13.04.2021)6. DOI: <https://doi.org/10.21626/vestnik/ 2018-2/03>
4. Ю.П. Орлов, В.Т. Долгих, Е.И. Верещагин, В.Н. Лукач, Н.В. Говорова Кохно В.Н. и др. Есть ли связь обмена железа с течением COVID-19 // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2020; 17 (4): 6-13.
5. И.М. Устьянцева, О.И. Хохлова, Н.П. Голошумов, В.В. Агаджанян. Инновационные лабораторные технологии в

Ганиева М.П., Шамсов А.Т., Ибрагимов А.Ф.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

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

Актуальность. Острый - лейкоз злокачественная опухоль, морфологическим субстратом которой являются бластные клетки. Острый лимфобластный лейкоз чаще встречается после 40 лет, острый миелобластный лейкоз одинаково встречается во всех возрастных группах. Патогенез обусловлен пролиферацией опухолевых клеток с характерными цитогенетическими поломками в костном мозге, угнетением нормального кроветворения, выходом бластных клеток в кровь, метастазированием их в другие кроветворные органы. Если в прошлом веке большая часть больных погибала в течение первых месяцев, то в настоящее время до 90 % пациентов могут рассчитывать на длительную выживаемость и выздоровление. Химиотерапия острых лейкозов проводится в течение последних 60 лет, однако именно в эти годы доказали, это заболевание излечимо. Объективность и доказательность полученных успехов была обеспечена рандомизированными исследованиями, испытывались новые эффективные цитостатические препараты, совершенствовалась терапия компонентами крови, разрабатывались основы сопроводительной и антибиотикотерапии.

Химиотерапия (ХТ) острых лейкозов повышает эффективность противоопухолевого лечения, однако ведет к увеличению токсического воздействия на органы и ткани, чаще всего на почки и печень. Почки являются многофункциональным органом и их поражение может привести к дополнительным медикаментозным мероприятиям. Развитие программ заместительной терапии при поражении почек дорого не только с прямыми затратами, но и инвалидизацией больных и представляет собой социально-экономическую программу.

Представляется возможным проанализировать в динамике основные параметры функции почек с оценкой степени выраженности и частоты развития нефропатий, начиная с момента диагностики заболевания и на этапах ХТ, с соблюдением строгих временных промежутков у одной и той же группы больных. Необходимо также выявить условия для формирования и развития почечной недостаточности, как одного из опасных осложнений химиотерапии.

Цель исследования. Оценить особенности поражения почек у больных с острыми миелоидными и лимфоидными лейкозами после проведения химиотерапии.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование и ретроспективное наблюдение (2020-2022гг.) 200 пациентов проводилось на базе гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Из них 100 больных госпитализировано с острым лимфобластным лейкозом и 100 пациентов- с острым миелобластным лейкозом. Возраст пациентов варьировал от 18 до 61 года. Медиана возраста составила 38,9 лет. Мужчин было 111(55,5 %) и женщин-89 (44,5%), городских жителей -93 (46.5%) и сельских 107 (53.5%). Длительность заболевания острых лейкозов у пациентов составила от 1 до 5 лет. Для верификации диагноза острого лейкоза больным назначались цитохимические, гистоморфологические, общеклинические , биохимические исследования. Также проводили ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ внутренних органов. Для уточнения патологии почек проводили пробы Нечипоренко, Реберга. Согласно учета токсического действия противоопухолевых препаратов наблюдаемые нами пациенты были распределены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с минимальными изменениями в почках, не влияющими на общую активность пациента, лабораторные изменения не требующие коррекции. В неё вошли 116 (58 %) пациентов (49 женщин и 67 мужчин). Вторую группу составили 84 (42 %)пациента с резкими нарушениями в почках, требующие активного симптоматического лечения, отсрочки или прекращения химиотерапии. (44 мужчин и 40 женщин).

Результаты исследования. Лечение больных проводилось в соответствии с протоколами гематологического отделения ГУ НМЦ РТ. При проведении химиотерапии больные получали программу 7+3. Индукция ремии: вводили пациентам цитарабин по 100мг внутривенно капельно каждые 12 часов в течение 7 дней, даунорубин один раз 60 мг/м² через два часа внутривенно после введения цитарабина в течение 3 дней. Проводили два курса лечения в течение 2128 дней. Далее проводили поддерживающую терапию с 6 недельным интервалом препарата 6-тиогуанин с заменой рубомицина в дозе 60мг/м² два раза в день. Терапия гидроксимочевинной по 100-150мг/кг перед началом индукционного курса проводится при гиперлейкоцитозе выше 100000/мкл.

После проведенной ХТ из 116 пациентов, входящих в первую группу, у 79 (%) пациентов в общем исследовании мочи отмечена лейкоцитурия до 6-8 в п/з. и протеинурия до 0.066г/л. У 37 больных изменений со стороны функции почек не отмечено. В пробе Реберга фильтрационная способность почек у всех пациентов первой группы составила 98%. Соотношение лейкоцитов к эритроцитам при исследовании пробы Нечипоренко у всех 111 (100%) больных былиответственно в пределах 1500 на 300 в 1 мл мочи.

У 84 пациентов отмечены резкие нарушения функции почек,они составили вторую группу. У второй группы пациентов протеинурия повысилась до уровня нефротического синдрома у 7-х пациентов. В общем анализе мочи протеинурия составила выше 3,0 г/л, отмечена цилиндрурия до 2-3 в п/з, повышение А/Д 150/100 мм.рт.ст. В пробе Реберга клубочковая фильтрация у 11 пациентов составила 64%, реабсорбция составила 81%.При исследовании пробы Нечипоренко у 44 пациентов выявлена лейкоцитурия до 4500 в п/з, что указывает на токсическое поражение почек после химиотерапии. Таким образом, проведение полихимиотерапии при острых лимфоидных и миелоидных лейкозах может вызвать поражение почек (22.0%).

Вывод. Проведение полихимиотерапии при острых миелоидных и лимфоидных лейкозах может привести к токсическому поражению почек, что требует немедленного лечебного вмешательства.

Литература.

1. Антипова А.С. Роль таргентной терапии при острых лейкозах . /Антипова А.С, Баранова О.Ю., Френкель М.А.// Материалы 54-го конгресса Американского гематологического общества ash 2015.

2. Балашева И.И. Гастроэнрологические осложнения при проведении програмного лечения детей больных острым лимфобластным лейкозом /Балашева И.И. Десятова Л.Ф. Корнетов Н.А. // Гастроэнтерология и гематология.2018 №14 с.120-122.
3. Баранова О.Ю. Острые лейкозы со смешанным фенотипом: клинико-лабораторные особенности и прогноз./ Баранова О.Ю. // Материалы 18-го конгресса Европейской гематологической ассоциации ЕНА (2013год.Стокгольм (Баранова О.Ю.)

Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

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

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания занимают 2-е место в структуре смертности взрослого население, уступая сердечно-сосудистых заболеваний (39%), доля острых нарушений мозгового кровообращения (НМК) в структуре общей смертности населения составляет 21,4%. В острый период инсульта летальность достигает 35% и к первому году с момента развития заболевания умирают 50% больных. Риск развития инсульта выше у женщин, чем у мужчин, на протяжении жизни [1]. Эти различия обычно объясняют большей продолжительностью жизни женщин. Средний возраст встречаемости инсульта у мужчин составляет 68,6 года, у женщин — 72,9 года. По мере уменьшения защитного действия эстрогенов у женщин в постменопаузе частота ИИ возрастает [2]. Наряду с общими для мужчин и женщин факторами риска развития инсульта (артериальная гипертензия, мерцательная аритмия и другие формы патологии сердца, нарушение липидного обмена, сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, курение, избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни) у женщин большое значение имеют дефицит эстрогенов, который может проявляться преждевременным (в возрасте моложе 40 лет) или ранним (в возрасте 40–45 лет) развитием менопаузы, а также применение оральных контрацептивов, содержащих высокие дозы эстрогенов, и гормонозаместительной терапии [3]. Для мужчин наиболее значимыми факторами риска развития инсульта являются курение, чрезмерное потребление алкоголя, инфаркт миокарда в анамнезе. Кроме того, с увеличением частоты инсульта у мужчин связано снижение общего уровня тестостерона. Несмотря на то, что патофизиологическая связь между уровнем тестостерона и инсультом остается не совсем ясной, установлено, что низкий уровень тестостерона связан с метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2-го типа и атеросклерозом аорты [4]. Большое значение для быстрого и точного определения подтипов инсульта имеют параклинические методы исследования. Наряду с тщательным клиническим обследованием больного рекомендуется в течение первых 1–2 сут проведение УЗИ (дуплексного сканирования магистральных артерий головы, транскраниальной доплерографии), эхокардиографии (в том числе трансэзофагеальной), церебральной ангиографии, холтеровского мониторинга ЭКГ, суточного мониторинга артериального давления. В итоге комплексного клинико-инструментально-лабораторного обследования в большинстве случаев удается определить основную причину развития инсульта и своевременно начать патогенетическую терапию [5].

Цель исследования. Изучить основные причины и факторы риска развития инсульта с учетом гендерных особенностей в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Работа основана на результатах обследования 35 мужчин и 38 женщин в возрасте от 25 до 72 лет с острым нарушением мозгового кровообращения. Большая часть пациентов, как среди мужчин — 26, так и среди женщин — 30, относилась к возрастной группе 45–74 лет.

Работа было проведено на базе клиники неврологии в НМЦ РТ Шифобахш. Проводили тщательный сбор анамнеза для выявления наиболее значимых факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения: артериальной гипертонии (АГ), транзиторных ишемических атак (ТИА), мерцательной аритмии и других форм патологии сердца, курения, нарушений углеводного и липидного обмена, чрезмерного потребления алкоголя. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: масса тела (в кг)/рост². В диагностике ОНМК использовали методы МРТ и КТ, позволяющие определить величину, локализацию и характер очаговых и диффузных изменений головного мозга. Патологию экстра и интракраниальных частей магистральных артерий головы, мозговых артерий и их ветвей оценивали с помощью дуплексного сканирования на приборах SonoScapeS10. В обследование пациентов также включало ЭхоКГ, суточный мониторинг артериального давления, холтеровский мониторинг ЭКГ (по показаниям), определение гемореологических показателей.

Результаты исследование и их обсуждение. Среди мужчин пожилого возраста было значительно больше курящих, чрезмерно употребляющих алкоголь, а также пациентов с ТИА. В этой возрастной группе у женщин чаще, чем у мужчин, наблюдалась гиперлипидемия. В группе 25–44 года инсульт в бассейне ВСА встречался у мужчин в 38% случаев, у женщин — в 31%, в группе 45–59 лет у мужчин — в 31%, у женщин — в 11,0% ; в группе 60–74 лет у мужчин — в 84%, у женщин — в 75%. Среди мужчин чаще, чем у женщин, встречался атеротромботический подтип инсульта. У женщин чаще, чем у мужчин, наблюдался кардиогенный эмболический инсульт и инсульт, обусловленный диссекцией стенки ВСА.

В результате обследования 35 мужчин и 38 женщин в возрасте 25–72 лет с острым нарушением мозгового кровообращения в бассейне ВСА выявлены гендерные особенности в частоте факторов риска развития НМК в различных возрастных группах. У мужчин молодого возраста распространенность АГ, ТИА, курения и чрезмерного потребления алкоголя была выше, чем у женщин. В среднем возрасте различия между мужчинами и женщинами определялись по АГ, ишемической болезни сердца (постинфарктный кардиосклероз), курению и чрезмерному потреблению алкоголя. У мужчин пожилого возраста преобладали курение, ТИА и потребление алкоголя. В этой возрастной группе среди женщин чаще выявлялась гиперлипидемия. По данным ранее проведенных исследований, у мужчин чаще возникает

инсульт, обусловленный патологией экстра- и интракраниальных артерий (атеротромботический подтип) и патологией мелких артерий (лакунарный инсульт), у женщин — кардиогенный эмболический инсульт.

В проведенном нами исследовании среди мужчин в 38% случаях развился атеротромботический инсульт, в 22% — кардиогенный эмболический, в 10% — лакунарный, в 6% — гемодинамический, в 10% — инсульт, обусловленный другой установленной причиной, в 16% — криптогенный инсульт. Среди женщин частота атеротромботического инсульта составила 21%, кардиогенного эмболического — 39%, лакунарного — 11%, гемодинамического — 4%, обусловленного другой установленной причиной, — 13%, криптогенного инсульта — 12%.

Выявлены гендерные различия в частоте подтипов инсульта. У мужчин чаще встречался атеротромботический подтип инсульта (38% против 21%), у женщин — кардиогенный эмболический (39,0% против 22%) и инсульт, обусловленный диссекцией стенки ВСА (8% против 2%).

В группе пациентов 60–74 лет у мужчин чаще возникал атеротромботический инсульт (43% против 22%), у женщин — кардиогенный эмболический (42% против 28%) и лакунарный инсульт (17% против 9%). Согласно ранее полученным данным, кардиогенный эмболический подтип инсульта чаще встречается у женщин, чем у мужчин, что объясняется более высокой распространенностью мерцательной аритмии среди женщин. В исследовании Р. Santalucia и соавт. были установлены гендерные различия в частоте развития подтипов инсульта у мужчин и женщин в возрасте 65±14 года. В преобладающем большинстве случаев причиной развития инсульта у мужчин являлась патология экстра- и интракраниальных артерий. Напротив, в группе пациентов с кардиогенным эмболическим инсультом мужчин было значительно меньше по сравнению с группами с другими подтипами инсульта. Таким образом, факторы риска развития НМК и причины инсульта имеют гендерные особенности в различных возрастных группах, что необходимо учитывать в клинической практике.

Выводы:

1. Выявлены гендерные различия в частоте факторов риска развития НМК и подтипов инсульта.
2. У мужчин чаще, чем у женщин, встречаются АГ, ТИА и инсульт в анамнезе, ишемическая болезнь сердца, курение, чрезмерное потребление алкоголя.
3. Ишемический инсульт в бассейне ВСА чаще возникает у мужчин и женщин в пожилом возрасте. В этой возрастной группе у мужчин чаще встречается атеротромботический подтип инсульта, у женщин — кардиоэмболический и лакунарный инсульт. Таким образом, факторы риска развития НМК и причины инсульта имеют гендерные особенности в различных возрастных группах, что необходимо учитывать в клинической практике.

Литература.

1. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др. Организация помощи пациентам с инсультом в России. Итоги 10 лет реализации Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2018; 12(3): 5–12.
2. Сулина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. М., 2016. 536 с.
3. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. Инсульт: пошаговая инструкция. Руководство для врачей. М., 2019. 272 с.
4. Writing Group Members, Mozaffarian D., Benjamin E.J. et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2016; 133:
5. Appelros P., Stegmayr B., Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: A systematic review. Stroke 2009; 40: 1082–1090.

Ганиева М.Т., Исрофилов М.О., Зарипов Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

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

Актуальность. Болезнь Паркинсона — хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, которое характеризуется дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции [1]. Помимо классических двигательных нарушений, таких как гипокинезия, ригидность, тремор покоя и постуральная неустойчивость, для болезни Паркинсона характерен широкий спектр не двигательных (немоторных) проявлений, к которым относятся вегетативные, сенсорные, психические, аффективные расстройства, нарушения сна и бодрствования [2, 3]. Немоторные симптомы заболевания являются следствием вовлечения в дегенеративный процесс других структур центральной и периферической нервной системы [4]. Распространенным, но малоизученным симптомом сенсорных расстройств при болезни Паркинсона, является боль. Болевые синдромы вызывают выраженный дискомфорт и значительное снижение качества жизни пациентов, но при этом плохо изучены, хотя являются важным симптомом болезни Паркинсона. По данным разных авторов, частота хронических болевых синдромов продолжительностью более трех месяцев у больных с болезнью Паркинсона составляет от 40 до 70% [6, 7]. В среднем на боль различного характера, различной продолжительности и локализации жалуются 83% пациентов с болезнью Паркинсона [8, 9]. Боль часто игнорируется врачами, ведущими пациента с БП, но именно она нередко является основным симптомом, снижающим качество жизни пациента. Несмотря на высокую частоту боли, ее причины, связь с самим заболеванием и подходы к ее коррекции остаются плохо разработанными [5].

Целью исследования явилось определение частоты хронического болевого синдрома и качества жизни у пациентов с БП.

Материал и методы исследования. Было проведено обследование 20 больных с БП за период 2021 по 2023 годы. Из них 12 мужчин (средний возраст 55 лет) и 8 женщин (средний возраст 65 лет). Критерием включения в группы

исследования являлся установленный диагноз «болезнь Паркинсона» согласно критериям Банка головного мозга общества БП Великобритании при наличии сочетания гипокинезии не менее чем с одним из следующих симптомов: ригидность, тремор покоя, постуральная неустойчивость [10,11].

Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), при этом обследуемому предлагалось оценить испытываемую боль в баллах в отрезках от 0 до 10, где 0 баллов - это отсутствие боли, а 10 баллов - это нестерпимая боль. Интенсивность болевого синдрома оценивалась на момент осмотра.

Качество жизни каждого пациента определяли с помощью «Карты самочувствия пациента с БП» (WBM-PD8), которая является чрезвычайно чувствительным инструментом, объективизирующим клиническую симптоматику БП как для пациента, так и для курирующего врача[5].

Результаты проведенного исследования. При оценке болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) получены следующие результаты.

От 1 до 5 баллов испытывают боль 80 % опрошенных, из них в 1 балл оценили боль 2 человек, в 2 балла – 2 больных, в 3 балла -4 пациентов, в 4 балла – 5, в 5 баллов 3 человек.

Сильную и сверхсильную боль отметили у себя 20% пациентов: в 6 баллов – 1человек, в 7 баллов – 1человек, в 8 баллов -2 пациентов. Из чего следует, что большинство пациентов испытывают среднюю по силе боль.

С использованием «Карты самочувствия пациента с БП» был проведен последовательный анализ выраженности предложенных больным восьми основных признаков, влияющих на их повседневную активность, что дает основание определить в целом качество жизни каждого пациента и составить общее представление о лимитирующих звеньях, определяющих индивидуальную картину течения заболевания в каждом конкретном случае. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты (табл.1):

Таблица 1. Карта самочувствия пациента с болезнью Паркинсона

Стадии Симптом	0-стадия	1-я стадия	2-я стадия	3-я стадия	4-я стадия
Нарушения сна	0,5%	10,5%	26%	48,5%	14,5%
Настроение	3,5%	21,5%	35,5%	32,5%	7%
Другие немоторные симптомы	7%	35%	34%	21%	3%
Мочевой пузырь	10%	30%	32%	25%	3%
Боль	4%	17%	44%	33%	2%
Движения	3,5%	17,5%	41%	34%	4%
Питание и пищеварение	1%	17%	62%	19%	1%
Внимание/ Память	1,5%	17,5%	28%	49,5%	13,5%

Выводы.

1. Болевой синдром отмечается у 55% больных с БП, при этом у трети пациентов он непосредственно связан с БП, у остальных пациентов объясняется сопутствующей скелетно-мышечной патологией.
2. Факторами способствующими развитию болевого синдрома при БП, являются- тяжесть симптомов паркинсонизма, прежде всего ригидность мышц, гипокинезия и наличие депрессивной симптоматики регуляторного характера.
3. Увеличение дозы и кратности приема леводопы приводит к уменьшению хронического болевого синдрома у трети пациентов с БП.

Список литературы:

1. Левин О. С., Федорова Н. В. Болезнь Паркинсона. М.: МЕД пресс-информ, 2012;
2. Левин О. С., Махнев С. О. Болевые синдромы при болезни Паркинсона. Альманах клинической медицины 2006; XIII: 130–134.
3. Левин О. С., Махнев С. О. Болевые проявления при болезни Паркинсона. В кн.: Тезисы докладов 10-го съезда Европейской федерации неврологических обществ. Европейский неврологический журнал 2006; (13, ч. 2): 1198.
4. Шток В. Н., Иванова-Смоленская И. А., Левин О. С. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
5. Beiske AG, Loge JH, Ronningen A, et al. Pain in Parkinson's disease: prevalence and characteristics. Pain 2009; 141 (1-2): 173–177.

Ганиева М.Т., Абдурахмонзода Т.А., Давлатмирова Г.Ш.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРЕХОДА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ В ХРОНИЧЕСКУЮ МИГРЕНЬ

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

Актуальность. Мигрень является частым симптомом острых и хронических заболеваний сосудов головного мозга. Мигрень может быть симптоматической у больных с различными формами сосудистой патологии головного мозга, однако гораздо чаще встречаются первичные головные боли. Вторичные головные боли при острых нарушениях мозгового кровообращения могут быть первым симптомом, а в некоторых случаях фактором риска или осложнения инсульта. При хронических цереброваскулярных заболеваниях мигрень может быть преобладающим симптомом на ранних стадиях и исчезать на поздних стадиях заболевания. В то же время выраженность, характер и течение мигрени не могут рассматриваться как достоверные признаки цереброваскулярного заболевания. Между тем верифи-

кация формы головной боли важна с точки зрения определения приоритетов диагностики и терапии. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что мигрень с аурой создает повышенный риск ишемии (уменьшение притока крови к тканям, в результате чего ткань становится лишенной кислорода) (в 3,8-6,2 раза), особенно у женщин в возрасте до 45 лет. Это увеличивается, когда присутствуют курение и другие факторы риска.

Было показано, что у пациентов с мигренью также бывают учащаются немые инфаркты и немые поражения белого вещества. Хроническая мигрень (ХМ) – частое осложнение мигрени, оказывающее серьезное влияние на личную и социальную жизнь и до сих пор недостаточно диагностируемое.

Цель исследования. Целью данного исследования было определить факторы риска прогрессирования ХМ и изучить связь этих факторов с прогнозом заболевания.

Методы. Всего в исследование были включены 115 пациентов с ХМ и 377 пациентов с эпизодической мигренью в период с ноября 2022 августа 2023г. Возраст, начала заболевания, продолжительность и частота головной боли, наличие и тип ауры, клинические свойства и локализация головной боли, тяжесть боли, триггерные факторы, наличие семейного анамнеза, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и контрольный список симптомов аллодинии (ASC). Регистрировались баллы, наличие аллодинии и оценки инвалидности при мигрени (MIDAS), после чего две группы сравнивались статистически. Логистическую регрессию использовали для определения независимых факторов риска перехода в СМ.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) предназначена для измерения интенсивности боли.

Содержание (шаблон): ВАШ представляет собой отрезок прямой длиной 10 см. Его начало соответствует отсутствию болевого ощущения - "боли нет" а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль - "невыносимая боль". Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной.

Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что:

- 0 - боли нет;
- от 1 до 3 баллов - боль незначительная;
- от 4 до 6 баллов - боль умеренная;
- от 7 до 9 баллов - боль выраженная;
- 10 баллов -боль невыносимая.

Опросник MIDAS (MigraineDisabilityAssessment) был разработан для оценки степени дезадаптации пациента, связанной с головными болями, с целью улучшения лечения мигрени. Это тест, который используют врачи, чтобы определить, насколько сильно мигрень влияет на жизнь больного. В процессе тестирования люди, страдающие мигренью, отвечают на пять вопросов, оценивая количество дней ограничения активности, вызванной мигренью, в течение предыдущих 3 месяцев.

По результатам проведенных на сегодняшний день исследований, опросник MIDAS был признан высоконадежным, эффективным и коррелирующим с клиническими оценками врачей. Эти свойства подтверждают его пригодность для использования в клинической практике. Использование опросника MIDAS способно улучшить общение между врачом и пациентом относительно состояния, связанного с головной болью у больного, и может оказывать благоприятное влияние на оказание медицинской помощи пациентам с мигренью.

В ходе опроса пациенты дают ответы на вопросы о частоте и продолжительности их головной боли, а также о том, как часто эта головная боль ограничивала их способность участвовать в деятельности на работе, в школе или дома.

Исходя из ответов пациента на вопросы опросника MIDAS, врач выбирает тактику лечения. MIDAS состоит из пяти вопросов, ответы на которые используются для определения степени нарушения функций пациента, и двух дополнительных вопросов, которые сосредотачиваются на частоте и тяжести мигрени

ШКАЛА МИДАС

Баллы	Степень	Характеристики
0-5	I	Малая интенсивность боли, отсутствие или минимальное снижение повседневной активности
6-10	II	Умеренная / выраженная боль, незначительное ограничение повседневной активности
11-20	III	Сильная боль. Выраженное ограничение повседневной активности
21 и более	IV	Сильная боль. Значительное снижение повседневной активности

Результаты. Средний возраст, 492 пациентов (408 женщин, 84 мужчин) составил $36,03 \pm 12,67$ года, длительность заболевания $10,78 \pm 10,36$ года, частота приступов $10,35 \pm 9,06$ приступов/мес, продолжительность приступов $30,10 \pm 23,54$ часы. Было 115 больных (104 женщины, 11 мужчин) с ВМ. Женский пол ($p=0,015$), частота атак ($p<0,001$), показатель ASC ($p=0,002$), показатель VAS ($p=0,001$) и показатель MIDAS ($p<0,001$) имели большую представленность в группе СМ. Злоупотребление лекарствами (относительный риск [ОР]: 0,9) и аллодиния (ОР: 0,3) были независимыми факторами риска перехода на МК в логистическом регрессионном анализе ($p<0,05$).

Вывод. На основании имеющихся данных третичного центра головной боли сделан вывод, что ХМ является инвалидизирующим неврологическим заболеванием с серьезным личным и общественным бременем. Особую осторожность следует проявлять у пациентов с злоупотреблением лекарствами и кожной аллодинией в отношении возможности перехода к ХМ.

Список литературы

1. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия. Руководство для врачей /А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец, А.Ю. Соколов // МедПресс-Информ, 2014. – 266с.

- Осипова В.В. Мигрень в реальной практике. // ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 120с.
- Табеева Г.Р. Мигрень / Г.Р. Табеева, Н.Н. Яхно // ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624с.
- Амелин А.В. Неврология. Фармакотерапия без ошибок. / А.В. Амелин, Л.Г.Заславский, А.А. Скоромец // Е-нот, 2023. – 656с.

Ганиева М.Т., Исрофилов М.О., Зарипов Н.А.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДОСТОВЕРНОСТЬ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

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

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) — хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, которым страдают по меньшей мере 1% людей в возрасте 70 лет [1]. Джеймс Паркинсон представил первое подробное описание заболевания в своей монографии 1817 года «Очерк о дрожательном параличе». Во второй половине девятнадцатого века Шарко уточнил описание этого расстройства и определил основные клинические особенности БП, включая тремор покоя, ригидность, нарушение равновесия и замедленность движений [2]. Ранний ключ к разгадке патологии заболевания пришел от Брисо, который предположил, что повреждение черной субстанции (ЧС) может привести к БП [3]. Эозинофильные включения (тельца Леви) позднее были выявлены в головном мозге больных БП и, наряду с аномалиями ЧС, стал признанным патологическим маркером заболевания [4].

Правильный диагноз болезни Паркинсона важен с прогностической и терапевтической точки зрения и имеет важное значение для клинических исследований. Исследования точности диагностики этого заболевания и других форм паркинсонизма на выборках пациентов, принимавших противопаркинсонические препараты, подтвердили диагноз паркинсонизма только у 74% пациентов и клинически вероятную болезнь Паркинсона у 53% пациентов. Клинико-патологические исследования, основанные на материалах банков мозга из Великобритании и Канады, показали, что врачи неправильно диагностируют заболевание примерно у 25% пациентов. В этих исследованиях наиболее частыми причинами ошибочного диагноза были наличие эссенциального тремора, сосудистого паркинсонизма и атипичных паркинсонических синдромов. Нечастые диагностические ошибки включали болезнь Альцгеймера, деменцию с тельцами Леви и лекарственный паркинсонизм. Расширение знаний о гетерогенных клинических проявлениях различных паркинсонизмов привело к повышению точности диагностики различных паркинсонических синдромов в специализированных отделениях, занимающихся лечением двигательных расстройств. Кроме того, генетическое тестирование и различные другие вспомогательные тесты, такие как обонятельное тестирование, МРТ и компьютерная томография с однофотонной эмиссией дофамина, помогают принять клинические диагностические решения. Расширение знаний о гетерогенных клинических проявлениях различных паркинсонизмов привело к повышению точности диагностики различных паркинсонических синдромов в специализированных отделениях, занимающихся лечением двигательных расстройств. Кроме того, генетическое тестирование и различные другие вспомогательные тесты, такие как обонятельное тестирование, МРТ и компьютерная томография с однофотонной эмиссией дофамина, помогают принять клинические диагностические решения. Расширение знаний о гетерогенных клинических проявлениях различных паркинсонизмов привело к повышению точности диагностики различных паркинсонических синдромов в специализированных отделениях, занимающихся лечением двигательных расстройств. Кроме того, генетическое тестирование и различные другие вспомогательные тесты, такие как обонятельное тестирование, МРТ и компьютерная томография с однофотонной эмиссией дофамина, помогают принять клинические диагностические решения.

Цель исследования. Провести диагностические и лечебные критерии болезни Паркинсона.

Материал и методы исследования. Несмотря на достижения медицины в понимании механизмов заболевания, диагноз БП ставился на основании анамнеза пациента и физического осмотра. Работа проведена на базе ГУ НМИЦ «Шифобахш». Обследовано 202 больных с различной степенью БП, которым были применены следующие методы исследования: лабораторные (общий и биохимический анализ крови) инструментальные (МРТ и КТ головного мозга; ЭЭГ) и психоневрологические шкалы.

Результаты исследования и их обсуждения. Среди 202 участников у 134 (66%) был диагностирован паркинсонизм (131 — болезнь Паркинсона, один — атипичный паркинсонизм и двое — сосудистый паркинсонизм). Еще десяти пациентам (5%) были назначены противопаркинсонические препараты по поводу симптомов паркинсонизма без уточнения диагноза. У 56 пациентов (28%) был отмечен тремор с началом после 50 лет без подозрения на паркинсонизм, а двое пациентов (1%) были направлены к нам с диагностической целью без предварительного диагноза. Диагноз вероятной болезни Паркинсона был подтвержден у 109 из 131 пациента с этим диагнозом (83%), в том числе у троих (2%), у которых были обнаружены атипичные признаки, но недостаточные для признания диагноза болезни Паркинсона недействительным. У двух дополнительных пациентов (2%) была обнаружена возможная болезнь Паркинсона. Однако у 20 из 131 пациента (15%) диагноз болезни Паркинсона был однозначно отклонен. Альтернативными диагнозами были непаркинсонический тремор у четырех пациентов (3%), сосудистый паркинсонизм у шести (5%), прогрессирующий надъядерный паралич у четырех (3%; вероятен у трех и возможен у одного) и множественная системная атрофия у трех. 2%; вероятно в двух и возможно в одном). Двум пациентам поставлен диагноз идиопатическая торсионная дистония, а одному - деменция без паркинсонизма. Результаты этого исследования на уровне сообщества соответствуют результатам патологоанатомических исследований, показывающих, что болезнь Паркинсона часто путают с другими расстройствами. Основные диагностические трудности связаны с отличием от других типов изолированного тремора с поздним началом, сосудистого паркинсонизма и атипичных типов паркинсонизма, которые часто ошибочно диагностируются как болезнь Паркинсона. С другой стороны, у пациентов с болезнью Паркинсона это заболевание иногда не диагностируется, особенно у пациентов с легкой формой заболевания или относительно изоли-

рованным тремором. Уровень гиподиагностики, вероятно, будет еще выше, поскольку мы включили только пациентов, которые уже обратились за медицинской помощью с признаками тремора или паркинсонизма.

Уровень гиподиагностики, вероятно, будет еще выше, поскольку мы включили только пациентов, которые уже обратились за медицинской помощью с признаками тремора или паркинсонизма. Некоторые пациенты, не соответствующие нашим критериям скрининга, особенно пожилые люди с акинетико-ригидным паркинсонизмом без тремора, не были бы включены в это исследование, если бы постуральную нестабильность и другие признаки паркинсонизма относили к пожилому возрасту. По данным поквартирных исследований распространенности болезни Паркинсона, доля ранее не диагностированных пациентов колебалась от 12% до 60%.⁶⁻¹³ В этом исследовании мы использовали широкие критерии скрининга, чтобы выявить как можно больше пациентов с паркинсоническим синдромом. По этой причине, а также из-за сравнительно легкого доступа и высокой плотности неврологов в исследуемом районе Лондона, мы считаем, что наш уровень гиподиагностики относительно низок и сопоставим с показателем в 12%, обнаруженным в недавнем исследовании по домам с в остальном аналогичный дизайн исследования проведен в Нидерландах.¹³

Как и следовало ожидать, болезнь Паркинсона чаще выявлялась у пациентов с большей тяжестью заболевания, у которых заболевание длилось дольше, у которых уже развились такие осложнения, как депрессия и дискинезии, и которые чаще жили одни или со своей семьей, чем в доме престарелых.

Вывод

По крайней мере, 15% пациентов с диагнозом болезни Паркинсона в популяции не соответствуют строгим клиническим критериям заболевания, а примерно 20% пациентов, у которых есть заболевание и которые уже обратились за медицинской помощью, не имеют такого диагноза. Применение строгих клинических критериев помогает идентифицировать пациентов с идиопатической болезнью Паркинсона, прогрессирующим надъядерным параличом и множественной системной атрофией, а также помогает дифференцировать их от сосудистого паркинсонизма, лекарственного паркинсонизма и непаркинсонического тремора.

Литература

1. **Раджпут А.Х.**, Роздилский Б., Раджпут А. Точность клинического диагноза паркинсонизма – проспективное исследование. *Can J Neurol Sci*, 1991 ; **18** : 275 –8.
2. **Хьюз А.Дж.**, Бен-Шломо Ю., Дэниел С.Е. и др. Какие особенности повышают точность клинической диагностики болезни Паркинсона: клиничко-патологическое исследование. *Неврология* 1992 ; **42** : 1142–6 .
3. **Ансорж О.**, Лиз А.Дж., Дэниел С.Е. Обновленная информация о точности клинического диагноза идиопатической болезни Паркинсона. *Мов Раздор* 1997 ; **12** (приложение 1): 96 .
4. **Литван И.**, Макинтайр А., Гетц К.Г. и др. Точность клинического диагноза болезни с тельцами Леви, болезни Паркинсона и деменции с тельцами Леви: клиничко-патологическое исследование. *АрхНейрол* 1998 ; **55** : 969–78 .
5. **Хьюз Эй Джей.**, Дэниел С.Э., Лис ЭйДжей. Повышена точность клинической диагностики болезни Паркинсона с тельцами Леви. *Неврология* 2001 ; **57** : 1497–9 .
6. **Шёнберг Б.С.**, Андерсон Д.В., Хаерер А.Ф. Распространенность болезни Паркинсона среди двухрасового населения округа Копиа, штат Миссисипи. *Неврология* 1985 ; **35** : 841–5 .

Ганиева М.Т., Саидов П.А., Хайдарова У.З.

КРИТЕРИИ РИСКА ИНСУЛЬТА

(клиничко-anamnestическое исследование)

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

Актуальность. Раннее выявление групп повышенного риска развития инсульта (еще в субклиническом периоде) является перспективным научно-практическим направлением, помогающим решить проблему предупреждения инсульта.

Для выявления лиц с повышенным риском развития инсульта необходимы простые общедоступные методы исследования. Одним из таких методов может быть тщательная критическая оценка анамнеза. В доступных нам работах, посвященных прогнозированию инсульта, в основном проводятся анализ и оценка факторов риска.

Цель и задачи исследования. Изучение анамнеза у больных, перенесших инсульт для раннего выявления групп повышенного риска.

Материал и методы исследования. С целью раннего выявления групп повышенного риска развития инсульта проведено сравнительное изучение анамнеза у 75 больных, в том числе у 35, перенесших инсульт и 40 с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровоснабжения (НПНМК). К моменту обследования у 14 больных с НПНМК диагностирован атеросклероз, у 19 - сочетание его артериальной гипертензией (АГ); у 7 наблюдалась вегетативно-сосудистая дистония. Последняя, как правило, выявлялась у больных с наклонностью пароксизмальным состояниям (ПС). Дополнительным патогенетическим фактором, способствовавшим формированию НПНМК, у большинства больных был шейный остеохондроз. последствием влияния остеохондроза особенно проявлялось в формировании вестибулярных синдромов и синкопальных состояний. Острое нарушение мозгового кровообращения у 9 больных развилось на фоне атеросклероза и у 26 - на фоне сочетания его с гипертонической болезнью у лиц более молодого возраста (до 35 лет) были диагностированы васкулит (у 3). Согласно анамнестическим данным установлено последовательность развития наиболее часто встречающихся симптомов, к которым относятся головная боль, головокружение, нарушение сна, эмоциональная лабильность, фотопсии, снижение памяти, ортостатические расстройства, синкопальные состояния, разнообразные вегетативно-сосудистые кризы, нарушение ритма сердечной деятельности.

Ретроспективная оценка анамнеза и наблюдение за больными показывают, что НПНМК характеризуются совокупностью полиморфных симптомов, свидетельствующих об эмоциональной, вегетативной, соматической дисфункции. У 24 больных к указанным симптомам присоединялись пароксизмы по типу симпатико-адреналовых, вагоинсулярных, смешанных кризов и синкопальных состояний, которые возникали еще в школьном возрасте и постепенно нарастали. В неврологическом статусе в период исследования отмечались симптомы вегетативной дисфункции и эмоциональной лабильности: яркий разлитой дермографизм, раздражительность, плаксивость, снижение внимания, памяти и т. д., а также выявлены признаки остеохондроза с болевым синдромом и нейротрофическими нарушениями. Изучение анамнеза у больных, перенесших инсульт, показало, что предынсультный период имеет ту же динамику, что и период формирования НПНМК, т. е. симптомы могут развиваться исподволь, постепенно, начиная со школьного возраста (8 больных), или появляться почти одновременно после 37-40 лет. Это определяет сходство анамнестических данных при инсультных и неинсультных формах цереброваскулярных заболеваний. Это свидетельствует о том, что с возрастом количество симптомов при различных вариантах цереброваскулярных заболеваний увеличивается, но при инсультных формах количество симптомов остается почти вдвое меньше, чем при неинсультных.

По данным сравнительного изучения последовательности развития клинической картины, у больных пик развития таких симптомов, как головная боль (35-39 лет), головокружение (37-40 лет), АГ (36-39 лет), соматическая дисфункция, при НПНМК наблюдается в 36-40 лет, а у больных перенесших инсульт в 25-29 и 46-50 лет, т. е. в более позднем (инволюционном) возрастном периоде.

Изучение взаимосвязи таких частых при цереброваскулярных заболеваниях симптомов, как головная боль и АГ, показало, что у больных, перенесших инсульт, АГ обычно предшествовала появлению головных болей.

Обращает на себя внимание качественная характеристика ряда симптомов у больных, перенесших инсульт. Эти симптомы, как правило, не были поводом для беспокойства у больных. АГ чаще протекала без субъективного дискомфорта и обнаруживалась при профилактических осмотрах (в 10 случаях), случайных измерениях артериального давления (в 14 случаях). Головная боль появлялась в более позднем возрасте (после 35-40 лет), нередко за несколько месяцев или недель до инсульта, была обычно связана с утомлением, быстро проходила при приеме обезболивающих средств. На такие симптомы, как эмоциональная лабильность, расстройства цикла сна, признаки вегетативной дисфункции и т. п., больные не жаловались, и эти нарушения выявлялись лишь при целенаправленном опросе.

Особое место в структуре цереброваскулярных заболеваний занимают ПС. ПС никогда не возникали внезапно и чаще протекали по типу вестибулярных кризов (у 20 больных), синкопальных и пресинкопальных состояний (у 14), симпатико-адреналовых, вагоинсулярных или смешанных кризов (у 12). Кризы были стереотипными, частыми, нередко протекали по условно рефлекторному типу. Наибольшая частота их возникновения приходилась на возраст от 26 до 45 лет, в последующие годы она снижалась.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдения показывают, что кризы всегда усугубляют возрастные инволютивные изменения, особенно если они возникают после 45-55 лет. У таких больных через 4-6 лет после появления кризов клинически и по данным клинко-лабораторных исследований определяются выраженные признаки атеросклероза мозговых, коронарных сосудов и аорты.

У больных, перенесших инсульт, ПС наблюдаются реже (35%). Их развитию также предшествуют те или иные симптомы, но отсутствует указанный выше полиморфизм, который обнаруживается при НПНМК. ПС возникают в более позднем возрастном периоде (после 45 лет), обычно за 2-3 года или несколько недель или дней до инсульта, и бывают редкими. Семиотика ПС также имеет особенности. Нами наблюдались фотопсии у 7, ортостатические нарушения и синкопальные состояния у 5, аритмии и сердцебиения у 5 и реже симпатико-адреналовые кризы у 4 больных.

Зрительные фотопсии чаще других пароксизмов возникали в предынсультном периоде. Приступы были редкими, им в течение нескольких лет предшествовали АГ и головные боли. Возможно и одновременное развитие зрительных фотопсий, АГ и головных болей. В этих случаях инсульт развивается через несколько месяцев. Синкопальные состояния и ортостатические расстройства также были редкими, появлялись за 1-2 года до инсульта. Приступы провоцировались баней, вставанием с постели, длительным пребыванием в вынужденном положении. Из других предшествующих симптомов можно отметить шейный остеохондроз с нейрорефлекторным болевым синдромом. Во всех случаях инсульт развился в возрасте около 55 лет.

Симпатико-адреналовые кризы возникали чаще за 2-3 года до инсульта, были единичными, стертыми по клиническим проявлениям. Развитию кризов предшествовала бессимптомная АГ.

Из других пароксизмов предынсультного периода можно отметить кратковременные и редкие приступы сердцебиения и аритмии за 2-3 года до инсульта. Развитию этих состояний в течение нескольких лет предшествовали АГ и редкие эпизоды головной боли, связанные с утомлением.

Особое внимание обращают на себя случаи бессимптомного течения предынсультного периода (у 3 больных). Даже при целенаправленном уточнении анамнеза никаких субъективных проявлений больные до периода острого нарушения мозгового кровообращения не отмечали.

При анализе родословной указания на инсульт и АГ выявлены у 3 больных. При клинко-лабораторном исследовании у 4 больных обнаружены изменения, позволяющие предполагать наличие бессимптомно протекающей гипертонической болезни (АГ, гипертоническая ангиопатия на глазном дне, гипертрофия левого желудочка, изменение внутрижелудочковой проводимости, синусовая брадикардия). У других 2 больных биохимические и нейрофизиологические исследования патологии не показали.

Выводы. Таким образом, инсультные и безинсультные формы цереброваскулярных заболеваний могут иметь сходные варианты анамнеза. Инсультные формы цереброваскулярной патологии характеризуются малосимптомным или бессимптомным течением предынсультного периода. В группу повышенного риска развития инсульта должны быть включены больные с бессимптомно протекающей АГ; с АГ, предшествующей появлению головных болей, больные с редкими

ПС (в том числе с головной болью), развившимися в более позднем возрастном периоде (после 40 лет). Больных с повышенным риском развития инсульта следует ставить на диспансерный учет для проведения первичной и вторичной профилактики в сроки не менее 4 лет.

Обнаруженные нами закономерности могут служить основой дифференцированного подхода к отбору групп повышенного риска при массовых профилактических осмотрах.

Список литературы.

1. Шмидт Е. В., Лунев Д. К., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга.
2. Шмидт Е. В., Верещагин Н. В., Сучкова И. А. и др. — В кн.: Ранняя диагностика и профилактика нервных и психических заболеваний. Харьков,
3. Чазов Е.И. Лечение гипертонической болезни как основа профилактики инсульта.
4. Шмырев В.И., Васильев А.Ю. Введение больных перенесших мозговой инсульт на этапе реабилитации. Врач.
5. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта.
6. Богуславски, Ж. Инсульт / Под редакцией М.Дж. Хеннерици, Ж. Богуславски, Р.Л. Сакко. - М.: МЕД пресс-информ.

М.Т. Ганиева, Н.Г. Асилова, У.З. Хайдарова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ДЕБЮТА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ (БОЛЕЗНЬ ХИРАЯМА)

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

Актуальность. Спинальные амиотрофии являются одним из вариантов болезни мотонейрона, представляющую собой гетерогенную группу наследственных заболеваний нервной системы [1]. Болезнь Хираяма (БХ) – доброкачественная, самоограничивающаяся шейная миелопатия, впервые на которую обратил внимания японский невролог Кейзо Хираяма в 1959 году. Болезнь имеет региональный характер, наибольшее наблюдение было описано в Японии и странах Юго-Восточной Азии [2]. Она известна также как мономелическая амиотрофия или ювенильная асимметричная спинальная сегментарная мышечная атрофия. Заболевание проявляется в процессе сдавливания спинного мозга задним дуральным мешком во время сгибания шеи, проявляется односторонней или асимметричной слабости и атрофией мышц кистей и предплечий, иннервируемых миотомами C7-T1, с сохранением плечелучевых мышц и отсутствием объективных сенсорных нарушений или нарушений функции нижних конечностей [3]. Согласно результатам исследования у большинства пациентов с БХ наблюдается аномальное смещение вперед задней твердой мозговой оболочки (серповидная потеря прикрепления к задней твердой мозговой оболочке) во время сгибания шеи на магнитно-резонансной томографии (МРТ), а аутопсия и невропатологические исследования показали, что возникают серьезные поражения преимущественно в таких местах, как передний рог шеи и вентральные корешки. Поэтому ограничение сгибания шеи (например, поддержка шейного воротника и хирургическое лечение) стало основным методом лечения БХ. Что еще более важно, все большее число исследований демонстрирует, что это доброкачественное заболевание, если его не лечить на ранней стадии и разумно, может вызвать серьезную дисфункцию с потерей продуктивности [4]. Однако, как поддержка шейного воротника, так и хирургическое лечение применялись лишь в небольшом количестве случаев из-за недостаточной осведомленности об этом заболевании, хотя рекомендации по диагностике и лечению БХ были опубликованы под руководством клиницистов в 2020 году [5]. Проводя свои клинические исследования на кафедре неврологии, психиатрии и мед психологии имени М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино нами были выявлены множество источников, описывающих данное заболевание. Интересным фактом также послужило выявление различных вариантов названий (около 14), описывающих эту болезнь, данные приводятся к тому чтобы врачи могли идентифицировать категорию заболевания (например: ювенильная мышечная атрофия дистального отдела верхней конечности, доброкачественная ювенильная мышечная атрофия дистального отдела верхней конечности, дистальная бимелическая амиотрофия, ювенильная амиотрофия дистального отдела верхней конечности и сегментарная мышечная атрофия дистальный отдел верхних конечностей с юношеским началом).

Цель исследования. Провести наблюдение за пациентом (клинический случай) поступившим в неврологическое отделение с диагнозом мономелическая спинальная амиотрофия (БХ).

Материалы и методы исследования. Приводим пример клинического случая пациента, поступившего в неврологическое отделение НМЦ РТ «Шифобахш» для получения стационарной выписки в дальнейшем прохождении медико-социальной экспертизы (МСЭ) и оформление инвалидности. Пациенту проведено лабораторные (анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на вирусы ЦМВ, Герпес и др.), дополнительные (ЭНМГ, ЭЭГ, МРТ шейного и головного мозга, УЗДГ сосудов верхних конечностей) и шкальные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Приводим клинический случай пациента С., 26 лет с диагнозом: спинальная амиотрофия, мономелическая форма (болезнь Хираяма). Жалобы: на слабость и утомляемость в дистальных отделах рук, более выраженную в правой кисти, затруднения при письме, выполнении мелких движений, периодические боли в мышцах шей спазматического характера. Из анамнеза заболевание началось 6 лет назад, когда больному было 20 лет. Болезнь началась со слабости в правой кисти имеющий нарастающий медленно-прогрессирующий характер. По поводу чего больной обращается в поликлинику по месту жительства и рекомендуемым неврологам где выставлены различные варианты диагнозов «Боковой амиотрофический склероз (БАС)» «Остеохондроз с корешковым синдромом». В ходе госпитализации и до обследования больного стало известно следующее: Объективно: общее состояние удовлетворительное. Состояние сознания ясное, кожные покровы чистые, подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система не изменена. Суставы внешне не изменены. Носоглотка ротовая полость без видимой патологии. Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в месте и времени, адекватен. Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Движения глазных яблок не ограничены, нистагма

нет. Носогубные складки симметричны, язык по средней линии. Парез в кистях рук с левой 2 балла, с права 1 балл. В дистальных отделах мышечная сила снижена. Атрофия в кистях рук и предплечьях с обеих сторон. Сухожильные рефлексы (двуглавой и трехглавой) отсутствуют. Чувствительных нарушений не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет правильно. Тремор пальцев рук. Патологических и менингеальных симптомов нет. Дополнительные методы исследования: по результатам УЗДГ-артерий верхних конечностей: нарушений кровотока не выявлено. ЭМГ-признаки выраженного поражения дистальных мышц рук больше данных за нейрональный процесс (есть умеренная спонтанная активность, по 1 мышце выраженное повышение амплитуды ПДЕ). ЭМГ-признаки демиелизирующего поражения лучевого и локтевого нерва справа. МРТ-(2017) – признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Дорсальное протрузии диска C5-C6. МРТ-признаки атрофических изменений и патологической зоны в структуре спинного мозга на уровне C5-C7-миелопатия? МРТ-(2019)-признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника. Итрамеллярного патологического сигнала на уровне C5-C7. Патологический кифоз. Учитывая характерное аномальное смещение задней твердой мозговой оболочки вперед при сгибании шеи на МРТ, сдавление шейного отдела позвоночника при сгибании шеи рассматривалось как одно из возможных патогенных состояний, приводящих к БХ. Дисплазия дурального мешка: дисплазия дурального мешка может возникнуть из-за непропорциональной длины спинного мозга и позвоночного канала из-за скачка роста, который происходит в период полового созревания, что приводит к уплотнению твердой мозговой оболочки спинного мозга; Вот почему БХ самоограничивается после полового созревания, а разница в темпах роста мужчин и женщин также объясняет преобладание БХ у мужчин. Смещение кпереди плотной твердой мозговой оболочки позвоночника во время сгибания шеи приводит к тому, что шейный отдел спинного мозга сдавливает задние отделы шейных позвонков. Возникающая в результате компрессия приводит к нарушению кровообращения через переднюю спинальную артерию и возникают инфаркты, затрагивающие АНС в C7-T1. Дисплазия нервных корешков: дисплазия нервных корешков, наблюдаемая у пациентов, может быть связана с короткой длиной шейных корешков. При разгибании шеи на пораженной стороне исчезает вялость дорсальных корешков, на которой рука растет быстрее, чем на другой стороне. При сгибании шеи правые задние корешки не могут разгибаться, в результате чего пуповина оттягивается кпереди, к пораженной стороне. Структурные аномалии связок позвоночника: герметичность задней твердой мозговой оболочки также может быть вызвана потерей волокнистой соединительной ткани, включая потерю как эластических волокон, так и нормальной волнистой структуры твердой мозговой оболочки, а также потерю эпидуральной связки. Асимметрия эпидуральных связок является причиной того, что атрофия обычно бывает односторонней или асимметричной.

Вывод.

Важно отметить, что как аутопсии, так и невропатологические исследования показали, что основные поражения при ГБ возникают преимущественно в таких местах, как передние рога шеи и вентральные корешки. Таким образом, основной современной гипотезой относительно патогенетического механизма, приводящего к БХ, стало ишемическое повреждение переднего рога и/или нервного корешка шейного отдела позвоночника, вызванное чрезмерным смещением задней твердой мозговой оболочки вперед при сгибании шеи.

Список литературы.

1. Евтушенко С.К., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С. и др. Ранняя клинико-инструментальная диагностика и терапия быстро- и медленно прогрессирующих мышечных дистрофий и амиотрофий // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 4(14). — С. 14-30.
2. Pradhan S. Bilaterally symmetric form of Hirayama disease // Neurology. - 2009. - № 72. - P. 2083-2089.
3. Hirayama K., Toyokura Y., Tsubaki T. Juvenile muscular atrophy of unilateral upper extremity: a new clinical entity [in Japanese] // Psychiatr. Neurol. Jpn. - 1959. - № 61. - P. 2190-2197.
4. Gourie-Devi M., Suresh T., Shankar S. Monomelic amyotrophy // Arch. Neurol. - 1984. - № 41. - P. 388-394.
5. Jin X., Jiang J.-Y., Lu F.-Z. et al. Electrophysiological differences between Hirayama disease, amyotrophic lateral sclerosis and cervical spondylotic amyotrophy // BMC Musculoskeletal Disorders. - 2014. - № 15. - P. 349.

Ганиева М.Т., Абдурахмонзода Т.А., Хайдарова У.З.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Актуальность. Когнитивные функции включают ряд интеллектуальных процессов, таких как активная память, речевые процессы (письмо, чтение и речь), визуальная и специальная обработка, абстрактное мышление и восприятие внешних стимулов. Они позволяют решать проблемы, планировать и принимать решения. С физиологической точки зрения процесс старения приводит к возрастному ослаблению памяти и снижению когнитивных функций. Считается, что несоблюдение режима лечения и отсутствие сотрудничества у пациентов с гипертонической болезнью старше 65 лет вызваны рядом возрастных проблем, таких как когнитивные нарушения.

Когнитивные нарушения затрагивают людей во всем мире. В настоящее время расстройства деменции встречаются у 2–10/1000 человек в возрасте ~70 лет и у 20–40 человек в популяции 80-летних. Они заметно более распространены у пожилых людей.

Первоначальные сообщения о влиянии гипертонии на сосудистые поражения дали разные результаты. Связь между хроническим повышенным артериальным давлением и развитием сосудистых поражений была подтверждена только после длительного наблюдения за изменениями артериальной гипертензии до возникновения когнитивных нарушений. В литературе по данной теме особое внимание уделяется периодическому снижению артериального давления, которое может способствовать гипоперфузии ЦНС и приводить к ишемическим изменениям у пожилых людей.

Многочисленные эпидемиологические и проспективные исследования показали, что артериальная гипертензия,

которую не лечат в течение многих лет или безуспешно лечат по таким причинам, как плохая приверженность пациента, может привести к когнитивным нарушениям. Он также влияет на ремоделирование сосудов и атеросклеротические процессы, приводящие к патологическим поражениям сосудов. Когнитивные нарушения, скорее всего, вызваны ишемией, возникающей в результате изменения микроциркуляции головного мозга. Поэтому нет сомнений в том, что успешная антигипертензивная терапия снижает риск сосудистых дисфункций. Связь между артериальной гипертензией и когнитивными нарушениями у пожилых пациентов в настоящее время считается научно подтвержденной.

Когнитивные нарушения могут негативно влиять на способность пациентов соблюдать протоколы лечения и режимы приема лекарств.

Цель исследования. Исследования когнитивных расстройств и их влияния на соблюдение режима лечения у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В этом исследовании приняли участие 300 пациентов, проходивших лечение во втором неврологическом отделении на базе ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» которые были госпитализированы в связи с обострением гипертонии. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании и были проинформированы о своем праве выйти из него в любое время.

В исследовании использовались следующие исследовательские инструменты:

- 1) шкала соответствия высокого кровяного давления Hill-Bone (HBCS)
- 2) мини-обследование психического состояния (MMSE).

Шкала соответствия высокого кровяного давления. Сейчас Анкета HBCS представляет собой инструмент для оценки соблюдения пациентами требований антигипертензивной терапии. Исходный HBCS состоит из 14 пунктов типа Лайкерта из четырех пунктов:

1 = ни разу, 2 = иногда, 3 = большую часть времени и 4 = постоянно) с тремя основными доменами: «прием лекарств», «соблюдение назначений» и «прием соли». Подшкала пониженного потребления натрия содержит три вопроса (диапазон баллов: 3–12). Подшкала «назначения встреч» состоит из двух вопросов (диапазон баллов: 2–8). Подшкала приема лекарств содержит девять вопросов (диапазон баллов: 9–36). Максимальный (Max) балл, который можно получить, составляет 56 баллов.

Мини-обследование психического состояния Шкала MMSE — это инструмент для измерения когнитивных нарушений. Он состоит из 30 вопросов, которые исследуют различные аспекты когнитивной деятельности. Тест оценивает ориентацию во времени, ориентацию в пространстве, регистрацию, внимание, расчет, припоминание, называние, повторение, понимание, чтение, письмо и рисование. За каждый правильный ответ респондент получает 1 балл, максимальный балл — 30.

Шкала MMSE

Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

Для целей настоящего исследования мы использовали MMSE.

Общая сумма баллов	Состояние когнитивных функций
28–30 баллов	нет нарушений когнитивных функций
24–27 баллов	преддементные когнитивные нарушения
20–23 балла	деменция лёгкой степени выраженности
11–19 баллов	деменция умеренной степени выраженности
0–10 баллов	тяжелая деменция

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 300 пациентов (167 женщин и 133 мужчины) с диагнозом артериальная гипертензия. Возраст колебался от 65 до 80 года ($M=71,8$, $SD=7,8$). Среднее значение систолического артериального давления составило 142 мм рт. ст. ($SD=18,1$ мм рт. ст.), а значение ДАД — 85 мм рт. ст. ($SD=14,2$). Средняя продолжительность заболевания составила 13,7 года ($SD=8,5$ года).

Выводы. Уровень комплеантности (приверженности-подразумевается степень, в которой поведение человека с точки зрения приёма лекарств, соблюдения диеты, изменения поведенческих привычек и количества визитов в медицинские учреждения согласуется с рекомендациями медицинских работников), выше у пациентов с более высоким уровнем образования, тогда как мужской пол отрицательно влияет на приверженность лечению у пожилых пациентов с артериальной гипертензией.

Список литературы

1. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии., М.М. Одинак., А.Ю. Юмелин., В. Ю. Лобзин.
2. Когнитивная неврология. Практикум. В. В. Захаров.
3. Сосудистые когнитивные нарушения. И.В. Дамулин.
4. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте. Е. В. Фролова., А. Ю. Емелин., В. Ю. Лобзин.
5. НЕЙРОПСИХИАТРИЯ: Когнитивные нарушения. Н. Н. Петрова., М.В. Дорофейкова.

Ганиева М.Т., Нажмиддинова М.Н., Исрофилов М.О.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ.

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

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из острейших медико-социальных проблем, наносят огромный экономический ущерб обществу: они являются основной причиной экстренной госпитализации и длительной инвалидизации, занимают третье, а по данным некоторых авторов - второе место среди причин смертности взрослого населения и первое место среди причин первичной инвалидности.

Распространенность инсультов в мире - 460-560 случаев на 100 тыс. населения в год. Среди экономически развитых стран этот показатель наиболее высок в Японии - 569 случаев на 100 тыс. в год, а самый низкий - в Великобритании и Скандинавских странах - 355-365, в России он составляет 1050. Если говорить об эпидемиологии, смертности и инвалидизации больных с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) в республике Таджикистан, то можно отметить, что в нашем регионе имеются свои особенности: питание и связанная с этим гиперлипидемия, частое развитие инсультов в молодом возрасте, особенно в последние годы, частая инвалидизация больных на фоне отсутствия профилактики этой патологии.

Цереброваскулярные и кардиальные сосудистые заболевания имеют тесную связь в происхождении и часто сопутствуют друг другу. Нормализация сердечной деятельности в остром периоде инсульта имеет важное значение и благоприятно влияет на прогноз заболевания.

Внедрение в практику современных методов нейровизуализации и других способов исследования сердца и головного мозга значительно расширили и углубили возможности изучения взаимосвязи кардиальной и церебральной патологии. Взаимосвязь кардиальной и цереброваскулярной патологии обусловлена общностью ряда факторов риска возникновения ИБС и ОНМК, патофизиологических механизмов развития инфаркта миокарда и инфаркта мозга, а также особой ролью патологии сердца как одного из основных факторов риска в патогенезе мозгового инсульта.

Цель исследования. Проследить, как часто и какая кардиальная патология сопровождает острое нарушение мозгового кровообращения и определить необходимость своевременной диагностики этой патологии.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в Национальной Медицинской Центре РТ в неврологическом отделении. В исследование было включено 60 человек в возрасте от 40 до 80 лет, из них 34 мужчин и 26 женщин. Все больные были разделены на три группы: в I группу вошли 17 человек в возрасте от 40 до 55 лет (11 мужчин и 6 женщины), во II группе было 23 человек (14 мужчин и 9 женщины) в возрасте от 56 до 70 лет, а III группа была из 20 больных (9 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 71 до 80 лет. Больные поступали в неврологическое отделение urgently с диагнозом ОНМК. В процессе обследования и лечения уточнялся тип нарушения мозгового кровообращения. В исследование были включены больные с ОНМК по ишемическому типу. При поступлении всем проводилось электрокардиографическое исследование (ЭКГ).

Изменения на ЭКГ при ОНМК могут быть связаны с самим инсультом, сопутствующей кардиальной патологией, а также к инсульту может присоединиться и острое нарушение коронарного кровообращения.

Электрокардиографические изменения, связанные непосредственно с инсультом, и при этом могут наблюдаться один или несколько ниже лежащих признаков:

1. Удлинение электрической систолы желудочков, нередко значительное.
2. Увеличение амплитуды положительных зубцов Т (высота зубца Т более 5 мм).
3. Увеличение высоты зубцов U (амплитуда зубца U превышает 1,5 мм).
4. Появление отрицательных зубцов Т, нередко большой глубины, которые обычно сочетаются с удлинением интервалом QT; зубец Т может быть также сглаженным.
5. Смещение сегмента ST (подъем или депрессия его), характерное для повреждения миокарда.
6. Регистрация патологических зубцов Q.

Кроме того, нарушения мозгового кровообращения могут приводить к появлению гигантских положительных зубцов Т большой амплитуды, которые очень похожи на изменения ЭКГ при ишемии. Иногда изменения ЭКГ напоминают признаки инфаркта миокарда. Однако они могут быть обусловлены и другими факторами (нарушение баланса электролитов, гипертрофия желудочков, нарушения внутри желудочковой проводимости, развившийся одновременно инфаркт миокарда или его ишемия, брадикардия, АВ-блокада, острые нарушения органов брюшной полости и т.д.). Патологические изменения ЭКГ обычно наиболее выражены в I, AVL, V4-V6 отведениях (Орлов В.Н., 2006).

Результаты и их обсуждение. На основании жалоб, анамнеза, объективного, лабораторного и инструментального методов обследования у 39 исследуемых была выявлена сопутствующая кардиальная патология: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 11 человек, гипертоническая болезнь (ГБ) у 18 исследуемых и ИБС с гипертонией у 10 больных. По возрасту и полу было отмечено следующее распределение больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

	40-55		56-70		71-80	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
ИБС	2	-	4	-	2	3
ГБ	6	3	5	3	-	1
ГБ+ИБС	-	-	2	4	2	2

По результатам (табл.2) видно, что нормальная ЭКГ наблюдалась только у 4 исследуемых. Специфических изменений при ишемическом типе ОНМК выявлено не было. Изменения связаны в основном с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, и они очень разнообразны. Результаты исследования показывают, что 12 человека нуждаются в неотложном лечении кардиологической патологии. Прежде всего это больные с ишемическими изменениями отдельных участков миокарда, с нарушениями ритма (коррекция частоты сердечных сокращений), а также больные с различными нарушениями проводимости. У 20 больных выявлена гипертрофия левого желудочка и его перегрузка, что указывает на некорригированную артериальную гипертензию, которая является ведущим фактором риска инсультов.

Электрокардиографическое изменение у больных с инсультом

ЭКГ изменение	40-55		56-70		71-80	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Варианты нормы	1	2		1		
Нарушение ритма						
-брадикардия						
-тахикардия			2			
-экстрасистолия					1	
-фибриляция предсердий						1
Нарушение проводимости						
-блокада ножки пучка Гисса				2	2	3
Гипертрофия левого желудочка	2	1	3	1	3	2
ГЛЖ и ее перегрузка				3	2	3
Изменение миокарда						
Ишемия миокарда				1	2	2

Выводы:

1. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу практически всегда сопровождается кардиальной сосудистой патологией, при этом в клинической картине доминирует гипертоническая болезнь, часто медикаментозно некорригированная.
2. Электрокардиографическое исследование является достоверным методом диагностики кардиальной патологии и должно быть одним из первых обязательных обследований больного с инсультом в остром периоде.
3. Электрокардиографические изменения при ишемическом инсульте неспецифические и связаны с кардиальной патологией, которая сопровождает ишемический инсульт.

Литература

1. Рахмонов Р.А., Риск инсульта в популяции трудоспособного возраста города Душанбе// Журнал Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе 2015-№3 с.123-128
2. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга.М.; 2015. 440 с.
3. Шпрах В.В., Саятина С.Б., Ромазина Т.А. Лечение когнитивных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях. Иркутск; 2009. 24 с.

Ганиева М.Т., Н.А. Зарипов, Н. Нуралиев

НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА – ВЗГЛЯД АБУАЛИ ИБНИ СИНО НА НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

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

Актуальность. Великий мыслитель и ученый, философ и поэт, просветитель и врач Абуали ибни Сино оставил колоссальное и неоценимое наследие, сыгравшее огромную роль в развитии различных отраслей медицинской науки. Трудно понять, как мог гений одного человека, жившего почти 100 лет тому назад, так широко осветить в своем “Каноне” все стороны медицинской науки того времени. По сей день с полным правом говорить о неувядающем наследии Авиценны, которого современники, отдавая дань врачебному искусству ученого, называли “князем врачей”. “Канон врачебной науки”, исчерпывающе и прекрасно изложенный, насыщенный богатством собственных наблюдений и опыта, в значительной мере затмил и вытеснил другие крупнейшие медицинские сочинения (БМЭ, 1928). В сочетании многих веков “Канон” служил основным источником медицинских познаний, являлся главным пособием при изучении различных дисциплин медицины. Эта книга еще в XVII в. пользовалась на Западе широкой известностью, а деталями традиционной восточной медицины применяется в процессе врачевания и по сей день.

“Канон” издан в пяти объемистых книгах. В третьей книге изложены данные частной патологии и терапии применительно ко всем специальным разделам клинической медицины. Все многообразие вопросов психиатрии излагается в четвертой и пятой статьях, занимающих в двух томах III книги “Канона” сравнительно небольшое по объему место. В то же время в этом небольшом по объему труде великий ученый смог уместить множество основополагающих мыслей, понятий по вопросам психиатрии; изложить результаты огромного числа своих, наблюдений за душевнобольными, экспериментов и так широко охватить и отразить стоящие в рассматриваемой дисциплине задачи и проблемы, что можно с полным правом говорить: в “Каноне” не только отражены отдельные соображения и прогрессивные взгляды Авиценны, но и заложены основы психиатрии как самостоятельного раздела клинической медицины [1-2].

О том, сколь четких материалистических позиций придерживался Ибн Сино в своих взглядах на происхождение психических заболеваний, болезней мозга и хождение психических заболеваний, болезней мозга и как тонко и мудро отграничивал он область собственно психопатологических расстройств от пограничных между психиатрией и неврологией состояний, свидетельствует полное название четвертой и пятой статей. Так, четвертая статья названа “Заболевания головы, вредящие, главным образом, способности ощущать и мыслить” [3], а пятая – “О заболеваниях мозга, причиняющих вред его двигательным способностям” [4].

Выделением четвертой и пятой статей ученый как бы подчеркивал существенное различие между нарушением “способности ощущать и мыслить” и нарушением “двигательной способности”. Оставаясь на материалистических позициях, он уже в какой-то степени намечал возможность развития психопатологических расстройств на различных отражательных, познавательных уровнях [5]

Поразителен диапазон тончайших наблюдений над психическими расстройствами и заболеваниями, позволивших великому ученому заложить основы учения по различным вопросам психиатрии.

Цель исследования. Показать влияние наследия Абуали ибн Сино на развитие неврологии – паралич лицевого нерва.

Материал и методы исследования. Нами использовались множество источников из архива Абуали ибн Сино, таких как: 1. “Канон врачебной науки” избранные разделы; Часть II/ Москва Издательство “МИКО КОММЕРЧЕСКИЙ ВЕСТНИК”; Ташкент Издательство “ФАН” Академии наук Республики Узбекистан – 1994; составители: У.И. Каримов, Э.У. Хуршут. 2. “Абу Али ибн Сина” жизнь и творчество. Издательство “ИРФОН” Душанбе, 1980. Ю.Н. Завадовский. 3. “Канон” Ибн Сино и современная медицинская наука. Душанбе: “Дониш”, 232 с. Ю.Б. Исхаки, М.Г. Гулямов, Х.Х. Мансуров, Г.Л. Медник. 4. “Канон врачебной науки” Абу Али ибн Сино том IV/издание третье. Ташкент издательство медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино 1996. 5. Абу Али ибн Сино. Избранные произведения /том первый/издательство “ИРФОН” Душанбе 1980

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе обработки информации с перечисленных источников были выявлены следующие результаты «Паралича лицевого нерва». Великий Абуали ибн Сино в свой век (X-XI) описывая симптомы периферического паралича Бела, указывает на расслабления мышц парализованной половины лица, чувствительность большей части притупляется, кожа и мышцы кажутся мягкими, натяжение не ощущается, нижнее веко свисает, половина оболочки неба, расположенная против глаза (на больной стороне), кажется расслабленной, влажной и вялой; это можно заметить, если отдавить язык вниз и посмотреть.

Признаки паралича лица, зависящего от спазма, Ибн Сино описал таким образом: ощущения, в большинстве случаев, не притупляются, кожа на лбу так натягивается, что морщины исчезают, мышцы лица отвердевают, в большинстве случаев уменьшается количество слюны и мокроты, кожа больше отклоняется в сторону шеи и ее труднее отвести. Также к признакам случившегося паралича лица можно отнести, ощущение боли в костях лица, онемение кожи на лице и частые его подергивания.

Учитывая вышеперечисленные проявления паралича лицевого нерва, великий Абуали ибн Сино рекомендовал в этом случае не двигать больного до четвертого или до седьмого дня, кормить его веществами разрезающими, например, отваром нута с оливковым маслом, но не сушущими, как сушат мед и цыпленок. Если естество сухое, то на второй день следует привести его в движение при помощи очень мягкой клизмы. Спешить с употреблением полосканий в начале заболевания вредно: нередко они притягивают отдаленную материю и не рассасывают близких сырых (соков).

При параличе лица от спазма лучше применять сильные лекарства и ни разу не опорожнять с помощью слабых и недостаточных средств пока не созреет материя. Поспешное применение острых лекарств высушивает и сгущает материю и сушит нервы, так что затрудняется действие на них лекарства.

К числу полезных средств при параличе лица относится еще постоянное обмывание лица уксусом и смазывание им пораженных мышц, особенно если в уксусе варили разрезающие средства или если это уксус с растертой в нем горчицей. Полезно также сидеть, наклонившись над кипящим отваром полыни, тысячелистника сантолинового, гармалы, лавра и тому подобных веществ и жечь под ложечкой больного гребенчик и тамариск; если лекарства не помогают, то прижигают сосуд, расположенный за ушами.

Таким образом, хорошо прикладывать лекарства вызывающие покраснения, помогают улучшению крово- и лимфообращения в этой области, максимально уменьшают отек и сдавление лицевого нерва.

Выводы.

Опираясь на опыт Абуали ибн Сино, сочетая традиционные методы лечения с нетрадиционными, можно провести научные исследования о влиянии современных препаратов на организм больных и найти возможные пути улучшения терапии многих неврологических заболеваний описанных великим Авиценной!

Мысли и идеи Авиценны продолжают служить современности, помогают глубже и шире изучать мир. Его учение вечно, имя – бессмертно!

Список литературы.

1. “Канон врачебной науки” избранные разделы; Часть II/ Москва Издательство “МИКО КОММЕРЧЕСКИЙ ВЕСТНИК”; Ташкент Издательство “ФАН” Академии наук Республики Узбекистан – 1994; составители: У.И. Каримов, Э.У. Хуршут.
2. “Абу Али ибн Сина” жизнь и творчество. Издательство “ИРФОН” Душанбе, 1980. Ю.Н. Завадовский.
3. “Канон” Ибн Сино и современная медицинская наука. Душанбе: “Дониш”, 232 с. Ю.Б. Исхаки, М.Г. Гулямов, Х.Х. Мансуров, Г.Л. Медник.
4. “Канон врачебной науки” Абу Али ибн Сино том IV/издание третье. Ташкент издательство медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино 1996.
5. Абу Али ибн Сино. Избранные произведения /том первый / издательство “ИРФОН” Душанбе 1980.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О.Ш.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРОГНОЗА СИНДРОМА ГИЙ-ЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Синдром Гийена-Барре (СГБ) — это острая воспалительная иммунно-опосредованная полирадикулонейропатия, которая характеризуется яркой клинической картиной: остро возникшей и быстро прогрессирующей мышечной слабостью в конечностях и снижением или полным угнетением сухожильных рефлексов. Как правило, данные симптомы нарастают в период до 4 недель. Ранее основной причиной острых вялых параличей (ОВП) среди детского населения были паралитические случаи полиовирусной инфекции. В настоящее время СГБ является ведущей причиной ОВП среди детского населения по всему миру, в среднем составляя 52% в их структуре [1, 2]. По данным мировых исследований, СГБ у детей встречается с частотой от 0,34 до 1,5 на 100 000 населения [2—4], у взрослых чаще — от 0,4 до 4 на 100 000 [5]. Следует отметить, что сведений о течении СГБ у детей в литературе не так много. Большая часть представлений основывается на результатах исследований у взрослых. В отечественной литературе в основном имеются описания отдельных клинических случаев. Известно, что СГБ имеет несколько форм, отличающихся характером поражения периферических нервов. Наиболее распространены три формы заболевания. При первой преимущественно поражается миелиновая оболочка, две другие формы характеризуются первичной атакой на аксон: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ОВДП); острая моторная аксональная невропатия (ОМАН); острая моторно-сенсорная аксональная невропатия (ОМСАН). Аксональные формы, как правило, отличаются сравнительно более тяжелое течение и долгий восстановительный период [5, 8, 9]. Тем не менее, в детской популяции по миру не отмечена разница в полноте восстановления между формами СГБ спустя год после начала заболевания. Дети, перенесшие как ОВДП, так и ОМАН/ ОМСАН, имеют очень хороший прогноз в плане восстановления. По данным литературы, в большинстве случаев (50—75%) в преморбидном периоде, который охватывает данные о здоровье ребенка за месяц до развития первых симптомов СГБ, регистрируются различные триггеры [1, 12, 13], среди которых преобладают респираторные и кишечные инфекции. По тяжести клинической картины в остром периоде заболевания целесообразно выделять четыре формы СГБ: легкую, среднюю, тяжелую и крайне тяжелую [3]. По данным Европейских исследований, порядка 30% взрослых пациентов с СГБ становятся обездвижены переносят тяжелую форму [5, 9, 14, 15]. Главной опасностью на пике заболевания является паралич дыхательной мускулатуры, так как при поздней диагностике асфиксия может привести к гибели пациента. Согласно мировым данным, от 9,5 до 25% [4, 12, 13] пациентам требуется госпитализация в блок интенсивной терапии и проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Цель исследования. Изучение особенностей клинико-лабораторной характеристики и прогноз СГБ у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 25 детей в возрасте от 3 до 14 лет с диагностированным ОВП, проходивших лечение в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гуломова ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с июля-сентября 2023г. Диагноз СГБ был установлен согласно диагностическим критериям по ВОЗ (1990)г. [16]. Уточнение формы СГБ проводилось по данным электронейромиографических исследований (ЭНМГ) в соответствии с нейрофизиологическими критериями по R. Hadden и Rajaballyetal. [12]. Всем детям с СГБ проводили анамнестический анализ, неврологический осмотр, электронейромиографических исследований (ЭНМГ), вирусологическое исследование образцов стула на энтеровирусы, серологическое исследование крови на герпетическую группу, вирус простого герпеса, цитомегаловирус.

Результаты исследование и их обсуждение. Проанализированы клинические симптомы в дебюте и разгаре заболевания, а также длительность основных периодов заболевания. В зависимости от состояния больных оценивалась степень тяжести состояния пациентов: легкая форма, средняя, тяжелая, а крайне тяжелая. Каждому пациенту проводилось лабораторное обследование, а также вирусологическое исследование образцов стула на энтеровирусы, серологическое исследование крови на герпетическую группу, цитомегаловирус. Общеклинический анализ ЦСЖ проводился у 10 детей (40%). Так как нормальные значения белка в ЦСЖ имеют зависимость от возраста пациента, принималось, что норма для детей от 6 месяцев до 10 лет — 0,3 г/л, для детей старше (10—16 лет) — 0,4 г/л. Для оценки эффективности проводимой терапии оценивалась динамика клинической картины после проведения патогенетического лечения.

Определении на возрастные группы, выявлен возрастной пик заболеваемости СГБ в группе 3-6 лет. Среди детей преобладающей формой является ОВДП (21 случая, 84%), реже встречается ОМАН (2 случаев, 8%) и еще реже — ОМСАН (2 случая, 8%). Чаще всего СГБ предшествовали респираторные инфекции (92%), в то время как кишечные инфекции были очень редки (1 пациент — 4%). Также было выявлено по одному случаю предшествовавшей травмы и переохлаждения (по 4%). Лихорадка в дебюте заболевания не встречалась. СГБ у детей встречался на протяжении всего года был четкой достоверной сезонности, чаще всего дети заболевали осенью (90%). По данным серологических исследований, антитела класса IgM к герпесвирусам, ВЭБ не были выявлены ни у одного ребёнка с СГБ но были выявлены ЦМВ у 70% больных. Энтеровирусы из фекалий также не выделены ни в одном случае. Как правило, дети разного возраста жаловались на боли в конечностях (68%). Обычно боли преобладали (на ногах, 58%), но некоторые дети, преимущественно в возрасте 5—6 лет, отмечали также боли в руках (16%). Боли локализовались в коленных и плечевых суставах, или в мышцах (икроножных, ягодичных и мышцах бедра), но чаще имели диффузный характер без четкой локализации. Другой лидирующей по распространенности жалобой является мышечная слабость в ногах (20 пациентов, 90%), в том числе с нарушением походки (10%), которые чаще всего первыми замечали родители заболев-

шего ребенка. Отмечалось подволакивание стоп, неуверенность при движении, прихрамывание на одну ногу или затруднения при подъеме или спуске по лестнице. В ряде случаев дети жаловались, что у них «заплетаются ноги» (10%). У части детей отказ от ходьбы возникал без предшествующих симптомов изменения походки (80% случаев). Анализируя двигательные нарушения, следует отметить, что, как правило, в дебюте заболевания у детей выявлялся нижний парапарез (20%). Тетрапарез диагностирован реже — в 80% случаев. В 100% случаев парезы были симметричными. Симптомы поражения краниальных нервов в дебюте встречались нечасто (10% пациентов): бульбарный синдром, выражавшийся в поперхивании и парезе мягкого неба, диагностирован у 3 пациентов (12%). Сухожильных рефлексов на руках и ногах у детей с СГБ в разгаре заболевания снижена или отсутствовали. Первые проявления у детей с СГБ 10% — снижение чувствительности 80% — боль в конечностях 80% — слабость в ногах 60% — нарушение походки 80% — полный отказ ходить 80% — общая слабость 20% — слабость в руках 10% — бульбарный синдром. Локализация боли у детей с СГБ выражена у детей разного возраста в дебюте заболевания, нарушение чувствительности в дистальных отделах по типу «носков» и «чулков». Изменение эмоционального фона (плаксивость, снижение аппетита или нарушение сна) были как спонтанными, так и легко провоцируемыми. К сожалению, согласно анализу медицинской документации, случаи установления диагноза СГБ при первичном обращении к врачу были достаточно редки. Как правило, окончательный диагноз устанавливался при поступлении в стационар. В клинической картине стадии разгара выявлены следующие данные: сухожильные рефлексы с ног отсутствовали в 90% и были снижены еще в 7% случаев. Сухожильные рефлексы на руках одинаково часто были снижены (39%) или отсутствовали (39%), у 6 пациентов рефлексы с рук были сохранены. У одного ребенка (3%) на пике заболевания сухожильные рефлексы с рук и ног не были изменены. Это не характерно для СГБ, но может встречаться при ОМАН или очень легком течении. По данным ЭНМГ было установлено, что у данного пациента была аксональная форма СГБ — ОМАН. Симптомы натяжения выявлялись у 25 пациентов (100%), болевой синдром отмечен у 20 пациентов (90%). На пике заболевания у подавляющего большинства больных (97%) развивался тетрапарез. Только один ребенок перенес изолированный нижний парапарез. У всех пациентов симптоматика была симметрична, у 12 (39%) преобладала слабость дистальных отделов, что свидетельствовало о восходящем типе нарастания парезов. Только в трех случаях (10%) парез был более выражен в проксимальных отделах. Поражение мышц туловища (шеи, спины) встречалось более чем в половине случаев (65%). Нарушение функции вегетативной нервной системы в нашей выборке встречалось редко. Из наблюдаемых реакций отмечены гипергидроз (16%) и тахикардия (10%). Нетипичным симптомом являлось колебание артериального давления (гипертония у 2 пациентов и гипотония у 1). Бульбарный синдром встретился у 3 пациентов (12%), однако зондовое питание потребовалось лишь 2 больным (8%). Редко встречалась легкая форма заболевания (5 пациентов, 16%). При этом у детей с СГБ крайне редко развивалось поражение дыхательной мускулатуры: в нашем исследовании только одному ребенку с ОВДП (3%) потребовалось применение влажного кислорода. Синдром полиорганной недостаточности не развился ни в одном случае. Также не было отмечено тромбоэмболических осложнений. Анализ цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) 10 пациентов подтвердил наличие белково-клеточной диссоциации.

Вывод.

Таким образом, в ходе проведенного исследования были выявлены следующие особенности СГБ: малая доля гастроинтестинальной инфекции среди детской популяции, более легкое течение в дебюте и на пике заболевания, достаточно быстрое и полное восстановление детей по сравнению с взрослыми. Становится ясным, что детский возраст сам по себе является благоприятным фактором, обеспечивающим гладкое течение острого, восстановительного периодов и лучший прогноз. Но, несмотря на это, крайне тяжелое течение СГБ с нарушением витальных функций наблюдалось крайне редко, а регресс неврологической симптоматики был достигнут в 100%.

Список литературы

1. Marx A., Glass J.D., Sutter R.W. Differential diagnosis of acute flaccid paralysis and its role in poliomyelitis surveillance // *Epidemiol Rev* 2012;22:298–316.
2. Пирадов М.А., Супонева Н.А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение. — М.: МЕДпресс, 2013. — 208 с. Piradov M.A., Suponeva N.A. [Guillain-Barre syndrome: diagnostic and treatment]. — М., 2013. — 208 s. (In Russ.)
3. Супонева Н.А., Мочалова Е.Г., Гришина Д.А., Пирадов М.А. Особенности течения СГБ в России: анализ 186 случаев // *Нервно-мышечные болезни*, 2014;1:37 — 46. Suponeva N.A., Mochalova E.G., Grishina D.A., Piradov M.A. [Some aspects of GBS in Russia: analysis of 186 cases]. — 2014;1:37 — 46. (In Russ.)
4. Fokke C, Van den berg B, Drenth J et al. Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria // *Brain*. 2014;137 (Pt): 33—43.
5. Супонева Н.А., Пирадов М.А., Никитин С.С. и др. Патогенетическая и прогностическая роль аутоантител к гликозидам периферических нервов при синдроме Гийена-Барре // *Анн неврол* 2013; 7(1):4—11. Suponeva N.A., Piradov M.A., Nikitin S.S. et al. [Pathogenic and prognostic role of autoantibody to peripheral nerves's glycosides]. // *Ann. Nevrol*. 2013; 7(1):4-11.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Ашуров Р.Д.

ЭЛЕКТРОЭНСЕФАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Диагностика и лечение эпилепсии наиболее сложны в детском возрасте, так как спектр клинических проявлений судорог у детей чрезвычайно широк от неонатальных и фибрилльных судорог до эпилепсии. Эпилептические синдромы и формы эпилепсии с началом приступов в детском возрасте чрезвычайно разнообразны по этиологии и клиническим проявлением в настоящее время их насчитывается более 40. Среди них имеется доброкачественные с тяжелым течением и практически полным выздоровлением и более злокачественной форме, которые часто

сопровождается умственным отсталостью, двигательными нарушениями и с трудом поддаются терапии. Многие формы эпилепсии характеризуется особенностями терапевтической тактики, когда наибольшим эффектом обладают определенные препараты. Поэтому крайне актуально проблемы детской неврологии является изучение факторов риска, клинических особенностей и прогноза течения эпилепсии при отдельных заболеваниях и состояниях. Риск развития судорог и эпилепсии особенно высок у детей, которые страдают детским церебральным параличом. Судороги одна из самых частых и серьезных проблем данной категории людей. У ребенка с детским церебральным параличом наблюдается весь спектр судорожных состояний от неонатальных и фебрильных судорог по различным формам эпилепсии, включая так называемые «катастрофические» эпилептические синдромы. Изучение проблемы эпилепсии у детей обусловлено высокой распространенностью заболевания и нередко тяжелыми медико-социальными и инвалидизирующим. В 60-70% случаев эпилепсия дебютирует в детском возрасте, поэтому от своевременности и адекватности лечения зависит дальнейшее развитие ребенка, а в последствии и состояние здоровья взрослого человека. Проявление припадков в детском возрасте имеют существенные отличия: часто они протекают атипично, имеют стертый вид, а изменения при электроэнцефалографическом исследовании не соответствуют клинической картине. Для лучшего понимания механизмов патогенеза эпилептических приступов у таких пациентов и прогноза их возникновения во время проведения реабилитационных мероприятий используется электроэнцефалография. Однако данные о характере изменений ЭЭГ у детей достаточно неспецифичны, что объясняется их возраст-зависимой вариабельностью. В связи с этим спектральный анализ мощностей основных ритмов может быть использован как для оценки функционального состояния мозга, так и объективизации контроля эффективности лечения [Пирлик П. и др., 2001]

Цель исследования. Изучить особенности ЭЭГ-паттернов при генерализованных и парциальных припадках у детей различных возрастных категорий.

Материалы и методы. Проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование в период январь-сентябрь 2023г у 92 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 15 лет (таблица 1) с различными формами эпилепсии, находившихся на стационарном лечении детской неврологии НМЦРТ.

Распределение заболеваемости эпилепсией в зависимости от возраста.

Возраст	Число пациентов (n = 92)
3 месяца – 1 год	10
От 1 года до 3 лет	19
От 3 до 7 лет	31
От 7 до 15 лет	18

ЭЭГ выполняли с соблюдением стандартных условий в моно – и биполярных отведениях. Кроме фоновой записи, использовали функциональные пробы – световую ритмическую стимуляцию, гипервентиляцию в течение 3 минут. Детей обследовали на фоне терапии противосудорожными препаратами.

Результаты и обсуждение. Распределение эпилептических припадков представлено в таблице 2. Распределение эпилептических припадков в зависимости от форм и возраста(в%)

Таблица 2

Характер припадка	Возраст	
	От 3 мес.до 7 лет	От 7 до 15 лет
Первично-генерализованный, тоникоклонические, клонические, тонические	26,9	31,6
Вторично-генерализованный	17,9	18,4
Абсансы	28,4	15
Моноклонические	10	3
Простые парциальные	13,4	13,2
Сложные парциальные	8,9	10,5

ЭЭГ изменения варьировали от незначительных, представляющих вариант нормы (пограничных), до грубых. Нормально организованный ритм ЭЭГ наблюдался в 7,6% случаев (8 наблюдений), патологические формы активности (острые волны, комплексы «пик-волна», спайки, пароксизмальные разряды высокоамплитудных волн различного диапазона) наблюдались в 82,9% случаев. Степень изменений на ЭЭГ у детей, страдающих эпилепсией, зависит от их возраста. В нашем исследовании у детей ранних возрастных групп и дошкольного возраста дезорганизованный тип ЭЭГ отмечен в 46,9% наблюдений. Гиперсинхронный ритм, представленный заостренным по форме альфа – ритмом с приближающимся к норме частотными параметрами, с высокой амплитудой до 100 мкВ и выше и распространяющийся в передние отделы мозга с асимметрией по полушарию зарегистрирован в 55.1% случаев. Пароксизмальная активность регистрировалась в 36.7% случаев, наибольший удельный вес (55.6%) составили пароксизмальные разряды гиперсинхронных волн дельта- и тета диапазона. Изменения на ЭЭГ у 55.6% детей 7-15 лет с эпилепсией носили диффузный характер. Нормально организованный ритм отмечался у 11.1% обследованных данной возрастной группы. Преобладал гиперсинхронный тип изменений ЭЭГ который характеризовался доминированием альфа или тета ритма амплитудой более 100-200 мкВ и периодической синхронизацией до 200 мкВ при сглаженных зональных различиях. Пароксизмальная активность, выявленная у 77.8% пациентов данной возрастной группы, была представлена разрядами полиморфных эпилептических комплексов у 57.2% детей, высокоамплитудных острых волн и комплексов <<пик волна>> у 28.6%. У детей 7-15 лет пароксизмальная активность была выявлена в 60.5% и представляла разряды полиморфных эпилептических комплексов в 43.5% случаев. Высокоамплитудные острые волны и комплексы <<пик волна>> выявлены в 30.4% случаев.

По нашим наблюдениям у больных с первично- генерализованными припадками типа «абсанс» были обнаружены

генерализованные пароксизмальные разряды из комплексов «пик волна» с частотой 3.0-3.5 Гц, в то время как при атипичных абсансах частота составляла 2.0-2.5 Гц. Чаще всего (в 63.3% случаев) наблюдались первично-генерализованные тонико-клонические припадки, при которых преобладали генерализованные разряды из полиморфных комплексов и остроконечных медленных волн. У детей, страдающих эпилепсией с простыми и сложными парильными припадками, в межприступном периоде на ЭЭГ выявлялись преимущественно диффузный характер изменений, билатеральные синхронные разряды медленных волн тета-диапазона, нередко с латерализацией в ту или иную область. У детей до 10 лет наиболее частот очаговые изменения наблюдались в затылочных областях, в то время как в более позднем возрасте они локализовались в основном в височных областях.

Таким образом, больные, страдающих эпилепсией, в межприступном периоде обнаружены патологические формы активности, характер которых зависит от возраста ребёнка: чем он младше, тем грубее изменения биоэлектрической активности головного мозга. Пароксизмальная активность на ЭЭГ в детском возрасте была представлена в основном остроконечными медленными и полиморфными комплексами. Характерны также множественные очаги, чаще синхронные в обоих полушариях, нередко с латерализацией. У детей 7-10 лет подобные очаги локализовались в затылочной доли или теменно-затылочной области, старше 10 лет- в затылочно-височных областях.

Литература.

1. Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых мужчин и женщин : руководство для врачей – М. : ОАО << Издательство Медицина>>, 2013. – 720 с
2. Литовченко Т.А. Эпилепсия: терминология, классификация, этиология и патогенез // НепроNews. – 2013.- №2. – с 27-23.
3. Рахмонов. Р.А. Диагностик и лечение эпилепсия у детей // Здравоохранение Таджикистана. 2013. №2 С. 47-48.

Ганиева М.Т., Хусейнова М.М., Абдурахмонзода Т.А.

ИХТИЛОЛИ КОГНИТИВӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ИХТИЛОЛИ ГАРДИШИ ХУНИ МАҒЗИ САР

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М.Г. Фуломов Муассисаи давлатии таълими «ДДТТ ба номи А. Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Аҳамият. Вазифаҳои когнитивӣ як қатор равандҳои зеҳнӣро дар бар мегиранд, ба монанди хотираи ғайӣ, равандҳои нутқ (навиштан, хондан ва сухан), коркарди визуалӣ ва махсус, тафаккури абстрактӣ ва дарки ангезаҳои беруна. Онҳо ба мо имкон медиҳанд, ки мушкilotро ҳал кунем, банақшагирӣ кунем ва қарор қабул кунем. Аз нуктаи назари физиологӣ, раванди пиршавӣ ба хоҳиши хотираи синну сол ва хоҳиши когнитивӣ оварда мерасонад. Гумон меравад, ки риояи накардани табобат ва набудани ҳамкорӣ дар беморони гипертония аз 65-сола боло аз як қатор мушкilotи марбут ба синну сол, аз қабili нуқсонҳои когнитивӣ ба вучуд омадааст.

Норасоии когнитивӣ ба одамони тамоми ҷаҳон таъсир мерасонад. Дар айни замон, беморҳои деменсия дар 2-10/1000 нафар дар синни 70-солагӣ ва дар 20-40 нафар дар аҳолии 80-сола пайдо мешаванд. Онҳо дар пиронсолон ба таври назаррас бештар маъмуланд.

Гузоришҳои аввалин дар бораи таъсири гипертония ба осеби рағҳо натиҷаҳои гуногун доданд. Муносибати байни фишори баланди музмини хун ва рушди осебҳои хунгард танҳо пас аз мушоҳидаи тӯлонии тағйироти гипертонияи хун то пайдоиши вайроншавии маърифатӣ тасдиқ карда шуд. Дар адабиёт дар ин мавзӯ ба пастишавии даврӣ фишори хун диққати махсус дода мешавад, ки метавонад ба гипоперфузияи системаи марказии асаб мусоидат кунад ва ба тағйироти ишемикӣ дар одамони калонсол оварда расонад.

Тадқиқотҳои сершумори эпидемиологӣ ва ояндадор нишон доданд, ки гипертонияи артериалӣ, ки солҳои тӯлонӣ табобат намекунад ё бо сабабҳои, ба монанди ӯҳдадорӣ сусти бемор, бенатича табобат мекунанд, метавонад ба нуқсонҳои когнитивӣ оварда расонад. Он инчунин ба таҷдиди рағҳо ва равандҳои атеросклеротикӣ, ки ба осеби патологияи рағҳо оварда мерасонанд, таъсир мерасонад. Норасоии когнитивӣ эҳтимолан аз ишемия, ки дар натиҷаи тағйирёбии микроциркулятсияи мағзи сар ба вучуд меояд, ба вучуд меояд. Аз ин рӯ, шубҳае нест, ки муолиҷаи бомуваффақияти зидди гипертония хавфи ҳалалдоршавии рағҳоро хоҳиш медиҳад. Алоқаи байни гипертонияи артериалӣ ва ихтилоли маърифатӣ дар беморони калонсол дар айни замон аз ҷиҳати илмӣ тасдиқшуда ҳисобида мешавад.

Норасоии когнитивӣ метавонад ба қобиляти беморон дар риояи протоколҳои табобат ва режими доруворӣ таъсири манфӣ расонад.

Мақсади таҳқиқот. Тадқиқот оид ба ихтилоли маърифатӣ ва таъсири онҳо ба риояи табобат дар беморони гирифтори гипертония.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Дар ин тадқиқот 300 беморе иштирок карданд, ки дар шӯъбаи дуҷуми неврологӣ дар пойгоҳи ҚД ММТ РТ “Шифобахш” табобат мегирифтанд, ки аз сабаби тезу тунд шудани гипертония дар беморхона бистарӣ шудаанд. Ҳамаи иштирокчиён барои иштирок дар тадқиқот розигии огоҳона доданд ва дар бораи ҳуқуқи худ барои даст кашидан аз тадқиқот дар вақти дилхоҳ огоҳ карда шуданд.

Дар тадқиқот асбобҳои зерини тадқиқотӣ истифода шуданд:

- 1) ҷадвали мутобиқати фишори баланди хун Hill-Bone (HBCS)
- 2) муоинаи хурди ҳолати равонӣ (MMSE).

Ҷадвали мувофиқати фишори баланди хун. Ҳоло саволномаи HBCS воситаи арзёбии риояи беморон ба талаботи муолиҷаи зидди гипертония мебошад. Hbcs-и асли аз 14 нуктаи навъи Ликерт аз чор нукта иборат аст:

1 = ягон бор, 2 = баъзан, 3 = аксар вақт ва 4 = доимӣ) бо се домени асосӣ: “қабули доруворӣ”, “риояи таъинот” ва “қабули намак”. Дар зерҷадвали камшудаи истеъмоли натрий се савол мавҷуд аст (диапазони ҳолҳо: 3-12). Зерҷадвали “мақсади вохӯриҳо” аз ду савол иборат аст (диапазони ҳолҳо: 2-8). Дар зерҷадвали доруворӣ нӯҳ савол мавҷуд аст (диапазони ҳолҳо: 9-36). Ҳадди аксар (Мах), ки ба даст овардан мумкин аст, 56 ҳолро ташкил медиҳад.

Муоинаи хурди ҳолати рӯӣ ҷадвали MMSE воситаи чен кардани нуқсонҳои маърифатӣ мебошад. Он аз 30

савол иборат аст, ки чанбаҳои гуногуни фаъолияти маърифатиро меомӯзанд. Санчиш муайян кардани вақт, муайян кардан дар фазо, бақайдгирӣ, диққат, ҳисоб, ба ёд овардан, ном бурдан, такрор, фаҳмиш, хондан, навиштан ва расмкаширо арзёбӣ мекунад. Барои ҳар як ҷавоби дуруст, пурсидашуда 1 ҳол, ҳадди аксар 30 ҳол мегирад.

Ҷадвали MMSE

Натиҷаҳои санчиш метавонанд ба таври зерин шарҳ дода шаванд:

Барои мақсадҳои таҳқиқоти мазкур, мо MMSE-ро истифода бурдем.

Ҷамъи ҳолҳо	Ҳолати функсияҳои маърифатӣ
28–30 ҳол	ягон ихтилоли маърифатӣ вучуд надорад
24–27 ҳол	ихтилоли маърифатии пеш аз дементӣ
20–23 ҳол	деменсияи дараҷаи сабуки вазнинӣ
11–19 ҳол	деменсияи дараҷаи миёнаи шиддат
0–10 ҳол	деменсияи шадид

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар тадқиқот 300 бемор (167 зан ва 133 мард) бо таъхиси гипертензияи артериалӣ иштирок карданд. Синну сол аз 65 то 80 сол ($M=71,8$, $SD=7,8$) тағир меёфт. Арзиши миёнаи фишори хуни систоликӣ 142 мм ст.с. буд. ($SD=18,1$ мм ст.с.), ва арзиши АФД 85 мм ст.с. ($SD=14,2$). Давомнокии миёнаи беморӣ 13,7 сол ($SD=8,5$ сол) - ро ташкил дод.

Ҳулосаҳо. Сатҳи комплеантӣ (ӯҳдадорӣ-дараҷаи рафтори шахсро дар робита бо истеъмоли доруворӣ, риояи парҳез, тағир додани одатҳои рафтор ва шумораи ташрифҳо ба муассисаҳои тиббӣ бо тавсияҳои мутахассисони соҳаи тиб мувофиқат мекунад) дар беморони дорои сатҳи баланди таҳсилот баландтар аст, дар ҳоле ки чинси мард ба ӯҳдадорӣ табобат дар беморони калонсоли гирифтори гипертензия таъсири манфӣ мерасонад.

Адабиёт

- Вайрон шудани функсияҳои маърифатӣ дар патологияи рағҳои мағзи сар., М.М.Одинак., А.Ю.Юмелин., В.Ю.Лобзин.
- Неврологияи маърифатӣ. Практикум. В.В.Захаров.
- Ноустувории когнитивии рағҳо. И.В. Дамулин.
- Вайрон шудани функсияҳои маърифатӣ дар пиронсолӣ. Е.В.Фролова, А.Ю.Емелин, В.Ю.Лобзин.
- НЕВРОПСИХИАТРИЯ: ихтилоли маърифат. Н.Н.Петрова., М.В. Дорофейкова.

Ғаниева М.Т., Ҳусейнова М.М., Абдурахмонзода Т.А.

Омӯзиши омилҳои хавфи гузариши мигрени эпизодӣ ба мигрени музмин

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббии ба номи проф. М.Г. Ғуломов Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи А. Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Аҳамият. Мигрен як аломати маъмули бемориҳои шадид ва музмини мағзи сар аст. Мигрен метавонад дар беморони гирифтори шаклҳои гуногуни патологияи рағҳои майна симптоматик бошад, аммо дарди сари ибтидоӣ бештар маъмул аст. Дарди дуҷумдараҷа дар вайроншавии шадиди мағзи сар метавонад аломати аввал бошад ва дар баъзе мавридҳо омили хавф ё мушкилии инсулт бошад. Дар бемориҳои музмини мағзи сар, мигрен метавонад аломати бартаридошта дар марҳилаҳои аввал бошад ва дар марҳилаҳои охири беморӣ аз байн равад. Дар баробари ин, шиддат, хусусият ва рафти мигренро аломати бозғатимодии бемории рағҳои мағзи сар ҳисоб кардан мумкин нест. Дар ҳамин ҳол, санчиши шакли дарди сар аз нуқтаи назари муайян кардани афзалиятҳои таъхис ва табобат муҳим аст. Тадқиқотҳои эпидемиологии солҳои охир нишон доданд, ки мигрен бо аура хавфи зиёдшавии ишемияро (кам шудани ҷоришавии хун ба бофтаҳо, дар натиҷа бофтаҳо аз оксиген маҳрум мешавад) (3,8-6,2 маротиба), махсусан дар занони то 45-сола ба вучуд меорад. Ин ҳангоми мавҷудияти тамокукашӣ ва дигар омилҳои хавф зиёд мешавад.

Нишон дода шудааст, ки беморони гирифтори мигрен низ афзоиши инфаркти ҳомӯш ва осеби маводи сафеди ҳомӯш доранд. Мигрени музмин (ММ) як мушкилии маъмули мигрен аст, ки ба ҳаёти шахсӣ ва иҷтимоӣ таъсири ҷиддӣ мерасонад ва то ҳол таъхис карда намешавад.

Мақсади тадқиқот. Мақсади ин тадқиқот муайян кардани омилҳои хавфи пешравии ММ ва омӯзиши робитаи ин омилҳо бо пешгӯии беморӣ буд.

Усулҳо. Ҳамагӣ 115 беморони гирифтори ММ ва 377 беморони гирифтори мигрени эпизодӣ ба тадқиқот аз моҳи ноябри соли 2022 то августи 2023 дохил карда шуданд. Синну сол, пайдоиш, давомнокӣ ва басомади дарди сар, мавҷудият ва намуди аура, хосиятҳои клиникӣ ва ҷойгиршавии дарди сар, шиддатнокии дард, омилҳои триггер, таърихи оила, микёси аналогии визуалӣ (МAB) ва рӯйхати аломатҳои аллодиния (ASC). Ҳолҳо, мавҷудияти аллодиния ва баҳодиҳии маъюбии мигрен (MIDAS) сабт карда шуданд ва ду гурӯҳ аз рӯи омор муқоиса карда шуданд. Регрессияи логистикӣ барои муайян кардани омилҳои мустақили хатар барои табдил ба ММ истифода шудааст.

Микёси аналогии визуалӣ (МAB) барои чен кардани шиддати дард пешбинӣ шудааст.

МAB як сегменти хати рости дарозии 10 см буда, ибтидои он ба набудани дард – «дард нест» ва нуқтаи охири он дарди тоқатфарсо – «дарди тоқатнопазир»-ро инъикос мекунад. Хат метавонад уфуқӣ ё амудӣ бошад.

Мутахассисе, ки дардро баҳодиҳӣ мекунад, бояд ба бемор фаҳмонад:

- 0 – дард нест;
- аз 1 то 3 ҳол – дарди ночиз;
- аз 4 то 6 ҳол – дарди миёна;
- аз 7 то 9 ҳол – дарди сахт;

- 10 хол -дарди токатнопазир.

Саволномаи MIDAS (Арзёбии маъюбии мигрен) барои арзёбии дараҷаи маъюбии бемор бо дарди сар бо мақсади беҳтар кардани табобати мигрен таҳия шудааст. Ин санчишест, ки табибон барои муайян кардани он, ки чӣ қадар мигрен ба ҳаёти инсон таъсир мерасонад, истифода мебаранд. Дар давоми санчиш, одамони гирифтори мигрен ба панҷ савол ҷавоб медиҳанд, ки шумораи рӯзхоёро, ки маҳдудияти фаъолияти марбут ба мигрен дар давоми 3 моҳи пеш рух додааст, арзёбӣ мекунад.

Дар асоси тадқиқот то имрӯз, саволномаи MIDAS хеле боэътимод, муассир ва бо арзёбии клиникаи табибон боэътимод, самаранок ва алоқаманд доништа шуд. Ин хосиятҳо мувофиқ будани онро барои истифода дар амалияи клиникӣ тасдиқ мекунад. Истифодаи саволномаи MIDAS метавонад муоширати табибон ва беморро дар бораи ҳолати дарди сари бемор беҳтар созад ва метавонад ба нигоҳубини беморони гирифтори мигрен таъсири судманд расонад.

Дар давоми пурсиш беморон ба саволҳо дар бораи басомад ва давомнокии дарди сарашон ҷавоб медиҳанд, инчунин то чӣ андоза дарди сарашон қобилияти иштирок дар фаъолиятҳо дар кор, мактаб ё хонаро маҳдуд мекунад.

Дар асоси посухҳои бемор ба саволҳои саволномаи MIDAS, духтур тактикаи табобатро интихоб мекунад. MIDAS аз панҷ савол иборат аст, ки ҷавобҳо барои муайян кардани дараҷаи вайроншавии функсияҳои бемор ва ду саволи иловагӣ, ки ба басомад ва вазнинии мигрен тамаркуз мекунад, истифода мешаванд.

ҶАДВАЛИ MIDAS

Холҳо	Дараҷа	Хусусиятҳо
0-5	I	Шиддатнокии пасти дард, набудан ё кам шудани фаъолияти ҳаррӯза
6-10	II	Дарди миёна / шадид, маҳдудияти каме дар фаъолияти ҳаррӯза
11-20	III	Дарди шадид. Маҳдудияти фаъолияти ҳаррӯза
21 и более	IV	Дарди шадид. Камшавии назарраси фаъолияти ҳаррӯза

Натиҷаҳо. Синни миёнаи беморони 492 (408 зан, 84 мард) $36,03 \pm 12,67$ сол, давомнокии беморӣ $10,78 \pm 10,36$ сол, басомади ҳамла $10,35 \pm 9,06$ ҳамла/моҳ, давомнокии ҳамла $30,10 \pm 23,54$ буд. тамошо кунед. 115 нафар беморон (104 зан, 11 мард) бо СМ буданд. Чинси зан ($p=0,015$), басомади ҳамла ($p<0,001$), холи ASC ($p=0,002$), холҳои VAS ($p=0,001$) ва холҳои MIDAS ($p<0,001$) дар гурӯҳи СМ аз ҳад зиёд нишон дода шудаанд. Истифодаи аз ҳад зиёди доруворӣ (хатари нисбӣ [RR]: 0.9) ва аллодиния (RR: 0.3) омилҳои мустақили хатар барои гузаштан ба МК дар таҳлили регрессионии логистикӣ буданд ($p < 0.05$).

Хулоса. Дар асоси маълумоти дастрас аз як маркази сеюми дарди сар, ба хулосае омадан мумкин аст, ки СМ як бемории неврологии маъюбкунанда бо бори вазнини шахсӣ ва иҷтимоӣ мебошад. Дар беморони гирифтори наҷамандӣ ва аллодинияи пӯст дар робита ба эҳтимолияти гузариш ба МК бояд эҳтиёткор бошад.

Ганиева М.Т., Шарофиддинов И.А., Исрофилов М.О.

ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии

имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Детский церебральный паралич - это полиэтиологическое заболевание, возникающих в результате повреждение головного мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющихся различными двигательными нарушениями, неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения, чаще из-за спастичности в конечностях, речевыми и психическими расстройствами. ДЦП- заболевание ЦНС, характеризующееся патологической двигательной активностью и аномальными постуральными нарушениями.

Актуальность её определяется тем, что многие больные, страдающие ДЦП приобретают инвалидность что имеет социальной значение.

По данным ВОЗ частота ДЦП в России составляет 2.6-2.4 на 1000 новорожденных, в Европейских странах 1.4-3.0 на 1000, США 3.0-5.1 на 1000 новорожденных. ДЦП - наиболее частая причина неврологической инвалидности в детском возрасте. У недоношенных частота встречаемости ДЦП достигает 1%, из них в 5—15% случаев у детей с массой тела <1000 . Этиология складывается из любых рода патологических воздействия, способных нарушить физиологический нейроонтогенез головного мозга и вызвать органические или функциональные расстройства. Выраженные двигательные нарушения в результате поражения центрального мотонейрона и нейронов экстрапирамидальной системы в перинатальном периоде объединены сборным термином "детский церебральный паралич"(ДЦП).

В последнее время обращают внимание на роль апоптоза в развитии тяжелой перинатальной неврологической патологии. Часто при этой патологии страдают процессы миелинизации, происходит ее задержка в тяжелых случаях и демиелинизации.

Цель исследования.

- 1) Этиологический фактор.
- 2) Частота возникновения.
- 3) Определить формы ДЦП, спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемиплегия, гиперкинетическая форма, атонико-астатическая форма и её синдромы (судорожный синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром и степень изменения высших корковых функций).
- 4). Изучить комплексное медикаментозной терапии отдельных групп больных получавших терапии.

Целью лечения и реабилитации детей с ДЦП является уменьшение степени инвалидности, повышение возможности самообслуживания, то есть максимальное приспособление к ежедневной жизни.

Материал и методы исследования. В детском неврологическом отделении Национального медицинского центра РТ в 2022 года под нашим наблюдением находились 420 больных с ДЦП, из них 295- мальчики и 125-девочек. В том числе больных с двойной гемиплегической форме- 126 больных, гемиплегической форме-118 больных, форма Литля-76 больных, атонической формы- 60 больных и с судорожными синдромами - 40 больных. Изменение высших корковых сферах в виде психической развития с олигофренией в стадии дебильности -98 больных, с имбецильности - 56 больных и с идиотии-34 больных. Детей в возрасте от 1-4 года 260 больных, что составляет-61,9%, от 5-8 лет 96 больных, что составляет-22,8%, от 9 до 15 лет 64 больных что составляет- 15,2%.

Всем больным проведено комплексное обследование. Обследование включало сбор анамнеза, клинический и неврологический осмотр, ОПК, рентген-диагностика, глазное дно, ЭЭГ, КТ и МРТ-головного мозга, поясничная пункция.

Из них обнаружено патологических изменений у 118 больных. На рентгенографии обнаружили признаки усиления сосудистого рисунка, пальцевых вдавления то есть повышения внутричерепного давления.

На глазном дне обнаружили признаки застойного диска с набуханием зрительного соска, стушеванность границ, расширение вен и частичные атрофии зрительного нерва у 88 больных.

На ЭЭГ обнаружили наличие эпикомпоненты и судорожной готовности у 40 больных.

На КТ и МРТ головного мозга признаки лейкомаляции, вентромегалии, шизэнцефалии, гипоплазии мозолистого тела, полимикрогирии, лизэнцефалии и кистозно-дистрофические изменения в веществе головного мозга.

Проведено комплексное лечение:

- 1) Ноотропил (кортексин, энцефабол, пирацетам, глицин, мексидол)
- 2) Сосудистые препараты (кавинтон, стугерон, сермион, фезам)
- 3) Дегидратационные препараты (верошпирон, диакарб, гипотиазид)
- 4) Витаминотерапия (вит. гр. В, мильгама, нервекс, аевит)
- 5) Физиопроцедуры.

Опыт авторов убеждает что, мексидол является базовым препаратом при всех формах ДЦП. Известно, что при этом заболевании преобладают спастические формы (гемиплегическая, диплегическая, двойная гемиплегия, спастико-паретическая). Применение мексидол по 2,0-5,0 мл 200,0 мл 0,9 % физ.раствора и глюкозы 5 % 200,0 мл наряду с антиспастическим препаратом мидокалм (действующим веществом толперизон) по 50 мг 2-3 раза, массаж и ЛФК.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных медикаментозных и физиотерапевтических процедур улучшалась двигательная сфера детей нормализовался мышечный тонус, расширялись бытовые навыки самообслуживания. Дети стали самостоятельно брать руками игрушки, ложки стали передвигаться при помощи посторонних.

В результате систематической комплексной восстановительной медикаментозной терапии с включением высокоэффективного препарата мексидол достигли значительное улучшение больных страдающих различными формами ДЦП особенно в группе получавших мексидол а также с улучшением высших корковых функций.

Выводы. Таким образом, эффективность реабилитации детей с различных форм ДЦП достигается применением медикаментозного в частности мексидола и физиотерапевтических методов лечения.

Список литературы

1. Семенова К.А Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. М.Закон и порядок, 2007 -615стр
2. Детский церебральный паралич (ДЦП): стандарты ведения больных для врачей. Клинические рекомендации (утв. Союзом педиатров России). Москва, 2017-62стр
3. Козьякин В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики. Львов; 2012. 312 с.
4. Мерзликина Е.А. Методические рекомендации по коррекции двигательных функций детей-инвалидов с последствиями церебрального паралича. СПб.; 2012. 431 с.
5. Римарчук Г.В., Глушнюк С.С., Прокопчук Т.Я. Физическая реабилитация детей-инвалидов с ДЦП в условиях Центра социальной реабилитации. СПб.; 2015. 122 с.

Ганиева М.Т., Таджидинов Т.Б., Одинаева М.А.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

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

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания являются одной из сложных и социально значимых проблем современной неврологии, что в первую очередь определяется их распространенностью, тенденцией к росту, высокой смертностью и нередко тяжелой инвалидизацией больных [4,5]. Они могут являться одной из наиболее частых причин **когнитивных нарушений**, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Выраженность этих **нарушений** весьма вариабельна: от минимальных по своим проявлениям расстройств высших мозговых функций до степени собственно деменции. Сосудистая деменция может начинаться остро (постинсультная деменция) или постепенно. Ведущими нарушениями являются замедленность мышления, трудности формально-логических операций, снижение критики, эмоциональная лабильность. Практически во всех случаях выявляется очаговая неврологическая симптоматика в виде псевдобульбарного, экстрапирамидного и пирамидного синдромов, нарушений походки. Обязательным условием диагностики являются доказательства сосудистого поражения мозга по данным КТ или МРТ [1,2,4].

Геморрагический инсульт встречается, как правило, в 2 раза реже, чем ишемический инсульт. Хотя в послед-

нее время частота геморрагического инсульта имеет неотъемлемый рост. Он несет за собой не менее тяжелые последствия, а в ряде случаев вызывает более тяжелые осложнения вплоть до летального исхода. В том числе оказывает явное воздействие на когнитивную сферу[3]. В связи с этим исследование когнитивных функций у больных с геморрагическим инсультом имеет весьма важное значение.

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных нарушений у больных с геморрагическим инсультом в острейшем периоде и в динамике.

Материалы и методы исследования. В работе было исследовано 36 больных (20 мужчин и 16 женщин), в возрасте от 45 до 72 лет, находившихся на стационарном лечении во 2-ом неврологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» (НМЦ РТ). Средний возраст больных составил $51,5 \pm 1,1$ год. Из исследования исключались пациенты с грубой афазией, выраженным неврологическим дефицитом, пациенты с количеством баллов по шкале Глазго менее 13. Исследование когнитивных функций осуществлялось с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) и теста рисования часов. Диагноз был установлен клинически и подтвержден нейровизуализационными методами исследования - компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией (КТ, МРТ).

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании больных по шкале MMSE выявлены заметные низкие показатели высших психических функций в первые дни от начала развития геморрагического инсульта. Причем у 17 больных встречалась амнестическая афазия, вследствие чего показатели по шкале MMSE были резко снижены: норма. Нарушение когнитивных функций отсутствует - 3 (8.4%), когнитивные нарушения - 7 (19.4%), деменция легкой степени выраженности - 9 (25%), деменция умеренной степени выраженности - 15 (41.7%), тяжелая деменция - 2 (5.5%).

Тест рисования часов показал, что в обеих 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.

В ходе наблюдения на 10-й и 21-й день заболевания на фоне кроме дифференцированного лечения геморрагического инсульта, также препаратами центральных ингибиторов ацетилхолинэстеразы, препаратами ноотропного действия встречалась положительная динамика.

Выводы. В связи с полученными данными можно сделать вывод, что когнитивные функции в 1-ые часы развития геморрагического инсульта резко снижаются и достигают степени умеренной деменции, а к 20-му дню лечения восстанавливаются до легких когнитивных расстройств. Таким образом, у больных с геморрагическим инсультом при своевременной диагностике когнитивных нарушений с использованием нейропсихологических шкал и адекватной терапии отмечается выраженная положительная динамика за относительно короткий срок.

Литература

1. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д. и др. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта // Consiliummedicum. 2016. - № 8. - С. 692-696.
2. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2018. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-4405-4.95.
3. Рахмонов Р.А., Пулодов А.М. Асабшиноси. Учебник. Душанбе – 2011:156-162.
4. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, IntracerebralHaemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Neuroepidemiology 2020; 54(2): 171-9. Pasquier F. Leys D. Why are stroke patients prone to develop dementia? J Neurol 1997; 244(3):135–42.
5. Lu L, Pan J. The association of hospital competition with inpatient costs of stroke: Evidence from China. SocSciMed 2019; 230: 234-45.

Глуткина Н.В.¹, Норик С.Ф.²

ЗНАЧЕНИЕ мелатонина В развитии ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА при КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

¹-1-я кафедра внутренних болезней УО «ГрГМУ». Беларусь.

²-Поликлиника УЗ «ГУК». Беларусь.

Актуальность.

Мелатонин является гормоном эпифиза, главным генератором циркадных (циркадианных) ритмов. Мелатонин обладает антиоксидантным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием. Применение мелатонина у недоношенных детей дополнительно к стандартной терапии при гипоксии-ишемии, синдроме дыхательных расстройств обладает положительным эффектом [3]. Коронавирусная инфекция характеризуется тем, что у большого количества пациентов наблюдаются серьезные поражения легких, приводящие к тяжелому развитию этой патологии и в ряде случаев к летальному исходу [2]. Развитие респираторных вирусных инфекций, включая COVID-19, как правило, сопровождается накоплением в крови и в тканях продуктов перекисного окисления липидов и, соответственно, развитием окислительного стресса, что предполагает целесообразным использование антиоксидантов и иных средств, улучшающих насыщенность крови кислородом [4]. Выяснение механизмов генеза этой легочной патологии и роли в них мелатонина позволит определить наиболее оптимальные подходы ее терапии.

Цель исследования.

Определить значения мелатонина в развитии окислительного стресса у пациентов с коронавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования.

Объектом исследования являлись пациенты с коронавирусной инфекцией COVID-19 (46 человек), диагноз был установлен на основании верификации вируса при качественном определении РНК SARS-CoV-2 в соскобе клеток ротоглотки методом полимеразной цепной реакции, а также на основании типичной клинической картины и характерных

для данной патологии изменений в легких по данным рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. Степень тяжести вирусной пневмонии определяли по регионарной классификации диагностики и лечению COVID-19, согласно которой отсутствие признаков вирусной пневмонии определялась как – КТ-0; легкая форма пневмонии с участками «матового стекла», выраженность патологических изменений менее 25% – КТ-1; умеренная пневмония, поражено 25-50% легких – КТ-2; среднетяжелая пневмония, поражено 50-75% легких – КТ-3; тяжелая форма пневмонии, поражено >75% легких – КТ-4. Данные изменения соответствовали классификации Голландской ассоциации радиологов, CO-RADS 4-5. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, давали письменное информированное согласие.

Интенсивность свободнорадикального окисления липидов оценивали в плазме по уровню первичных (диеновые конъюгаты (ДК)) и промежуточных (малоновый диальдегид (МДА)) продуктов ПОЛ. Уровень ДК определяли по интенсивности поглощения липидным экстрактом монохроматического светового потока в области спектра 232–234 нм, характерного для конъюгированных диеновых структур гидроперекисей липидов. Оптическую плотность измеряли на спектрофлуориметре CM 2203 «СОЛАР» (Беларусь) при длине волны 233 нм по отношению к контролю. Уровень ДК выражали в виде $\Delta D_{233}/\text{мл}$. Концентрацию МДА оценивали по взаимодействию с 2'-тиобарбитуровой кислотой, которая при нагревании в кислой среде приводит к образованию триметинового комплекса розового цвета. Интенсивность окраски измеряли на спектрофотометре «СОЛАР» PV1251C (Беларусь) при длине волны 535 нм по отношению к контролю. Концентрацию МДА выражали в мкмоль/л.

Содержание ферментативных и неферментативных компонентов АОС оценивали по содержанию α -токоферола, ретинола. Концентрацию α -токоферола и ретинола определяли по методу S.L.Taylor, основанному на определении интенсивности флуоресценции гексанового экстракта при длине волны возбуждения 286 нм и испускания 350 нм (для α -токоферола) и при длине волны возбуждения 325 нм и испускания 470 нм (для ретинола) на спектрофлуориметре CM 2203 «СОЛАР» (Беларусь). Концентрацию α -токоферола и ретинола в плазме выражали в мкмоль/л.

Концентрацию мелатонина в плазме крови определяли иммуноферментным анализом с помощью наборов ELISE Kit (Wuhan Fine Biotech).

Статистический анализ данных проводили с помощью программы «Statistica 10.0». Все показатели проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка. Достоверность полученных данных с учетом размеров малой выборки, множественных сравнений, оценивалась с использованием U-критерия Манна-Уитни. Для удобства все показатели выражали в виде медианы (Me) и квартилей (25, 75%). Достоверно значимыми различия между группами считали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе проведенных исследований были получены результаты, в соответствии с которыми установлено увеличение концентрации основных показателей активности процессов ПОЛ, снижение факторов антиоксидантной защиты и мелатонина в крови при этом заболевании.

Наблюдали увеличение ДК и МДА в плазме, по сравнению со здоровыми. При этом уровень ДК в плазме увеличился с 1,05 до 1,64 ($p < 0,05$) ЕД/мл. Концентрация МДА в плазме у пациентов до лечения была выше в сравнении со здоровыми и увеличилась с 1,62 (0,99; 1,83) ($p < 0,05$) мкмоль/л до 6,41 (5,07; 7,65) ($p < 0,05$) мкмоль/л.

После проведенного лечения наблюдалось снижение уровней ДК в плазме с 1,32 (1,05; 1,64) ($p < 0,05$) ЕД/мл до 0,98 (0,86; 1,34) ($p < 0,05$) ЕД/мл.

При определении показателей антиоксидантной защиты было установлено, что концентрации в плазме α -токоферола, ретинола была ниже по сравнению со здоровыми. Проведенная терапия положительно повлияла на течение болезни. После проведенного лечения уровень показателей АОС (α -токоферола, ретинола) увеличился по сравнению с группой до лечения. Так, концентрация α -токоферола возросла до 17,21 (15,56; 19,04) ($p < 0,05$) по сравнению с группой до лечения 13,23 (10,24; 20,24) ($p < 0,05$) мкмоль/л, ретинола – до 1,19 (0,98; 1,5) ($p < 0,05$) мкмоль/л по сравнению с группой до лечения 0,87 (0,72; 0,98) ($p < 0,05$) мкмоль/л.

Концентрация мелатонина в группе до лечения была снижена до 44,95 (34,46; 55,24) пг/мл ($p < 0,05$) по сравнению с контролем 93,36 (86,66; 101,35) пг/мл ($p < 0,05$). После лечения уровень мелатонина повысился с 44,95 (34,46; 55,24) пг/мл ($p < 0,05$) до 66,69 (54,04; 76,83) пг/мл ($p < 0,05$) относительно группы до лечения (рисунок). У пациентов с COVID-19 выявили рост активности процессов липопероксидации в группе до лечения.

Как видим, в нашем исследовании отмечается значимое повышение уровня ДК и концентрации МДА в крови и снижение факторов антиоксидантной защиты, что свидетельствует о развитии окислительного стресса у пациентов с коронавирусной инфекцией. После лечения показатели ПОЛ (ДК и МДА) достоверно снизились по сравнению с группой до лечения (данные представлены в таблице). Можно предположить, что снижение окислительного стресса достигается как за счет непосредственного взаимодействия мелатонина с активными формами кислорода и азота, так и опосредованно через активацию работы антиоксидантных ферментов, а также, другие механизмы, снижающие выраженность окислительного стресса [1].

Наблюдаемое изменение уровня мелатонина, отмечаемое в нашем исследовании, вносит вклад в уменьшении окислительного стресса, что может иметь важное значение для обеспечения процессов газообмена и иных его физиологических функций.

Выводы.

1. Отмечается снижение уровня мелатонина и прооксидантно-антиоксидантный дисбаланс при коронавирусной инфекции (рост диеновых конъюгатов, малонового диальдегида), уменьшение концентрации α -токоферола, ретинола и восстановленного глутатиона) и увеличение активности каталазы.
2. В процессе проведенной терапии наблюдается падение активности процессов липопероксидации, увеличение антиоксидантного потенциала и уровня мелатонина, свидетельствуя о снижении степени проявления окислительного стресса после проведенного лечения и эффективности проводимой терапии.

Список литературы

1. Андрианова, Н.В. Воспаление и окислительный стресс как мишени для терапии ишемического повреждения почек / Н.В. Андрианова, Д.Б. Зоров, Е.Ю. Плотников // Биохимия. – 2020. – Т. 85, № 12. – С. 1873-1886.
2. Громова, О.А. О перспективах применения тиамина, пиридоксина и цианокобаламина в комплексной терапии и реабилитации пациентов с COVID-19. // О.А. Громова, И.Ю. Торшин, А.Г. Чучалин // Пульмонология. –2021. – Т.31(3). – С. 355-363.
3. Евсюкова И.И. Мелатонин в терапии перинатальной патологии / И.И. Евсюкова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2022. – Т. 71, № 1. – С. 119–128.
4. Кулес, В.Г. Окислительный стресс и воспаление в патогенезе COVID-19 / В.Г. Кулес [и др.] // Росс. мед. журнал. – 2020. – Т. 26, № 4. – С. 244-247.

Гулова Р.М., Рахимова Д.З., Якубов Д.М.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

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

Актуальность. Развитие когнитивных нарушений (КН) сосудистого генеза у пациентов с COVID-19 представляет важную медико-социальную проблему современности. КН на фоне хронических цереброваскулярных расстройств обычно сопровождаются факторами сердечно-сосудистого риска, которые ассоциированы с более тяжелым течением COVID-19, из-за ухудшения течения АГ, ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе и случаев острого коронарного синдрома (ОКС); декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН), сахарного диабета и др., - обусловленные интоксикацией и цитокиновым штормом [1-3].

КН как в остром, так и отдаленном периодах заболевания относятся к наиболее частым клинически значимым проявлениям постковидного синдрома [4]. Отмечено, что последствия COVID-19 в виде стойких КН персистируют на протяжении длительного периода времени и более выражены у пожилых пациентов, которые имели когнитивные расстройства до COVID-19 [5].

Особенности влияния COVID-19 на возникновение и течение КН у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС представляет особый интерес и требует всестороннего изучения.

Цель исследования. Изучить выраженность когнитивных нарушений на фоне особенностей течения острого коронарного синдрома у пациентов молодого и среднего возраста перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. На фоне наблюдения 221 пациентов (основная группа), госпитализированных с ОКС, проведено изучение нейропсихологического профиля и ассоциированных с ОКС сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) сравнительно в группах пациентов, не перенесших (контрольная группа; $n=121$) и перенесших COVID-19 (основная группа; $n=100$) и анализирована взаимосвязь выраженности КН с ассоциированными ССЗ.

Критерии включения в исследование: возраст до 59 лет; госпитализированные с подтвержденным ОКС. Из исследования были исключены пациенты в активной фазе COVID-19 (менее 3 месяцев после заболевания), пороками сердца, кардиомиопатией, аутоиммунными заболеваниями.

Диагнозы нестабильной стенокардии (НС), инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК – транзиторная ишемическая атака, ишемический и геморрагический инсульты) устанавливались согласно протоколу диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы в Республике Таджикистан. Для оценки нейропсихологического профиля (НПП) использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10.0.

Результаты исследования. Полученные результаты изучения когнитивной функции по MoCA-тесту и ассоциируемых с ОКС и сосудистыми поражениями головного мозга показатели (уровни САД и ДАД, частота и выраженность ХСН, ОНМК) приведены в таблице 1.

Установлено, что снижение когнитивной функции у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС значимое в основной группе пациентов, то есть, у переболевших COVID-19 ($p<0,001$). У пациентов этой группы индекс массы тела, уровни САД и ДАД, частота и тяжесть ХСН и ОНМК - выше, чем в группе пациентов не переболевших (контрольная группа) COVID-19; различия этих показателей между сравниваемыми группами пациентов значимые и только тяжесть ОНМК – имеет такую же тенденцию (таблица 1; $p=0,07$).

Таблица 1.- Частота медико-социальных факторов риска у медицинских работников сравниваемых групп в период разгара пандемии COVID-19.

	Группа больных		
	Без Covid-19 (контрольная гр.) $n=121$	С COVID-19 (основная гр.) $n=100$	
MoCA, баллы ($M\pm SD$)	25,84 $\pm$ 2,51	24,25 $\pm$ 3,52	<0,001
Индекс массы тела, кг/м ²	26,8 $\pm$ 3,16	28,1 $\pm$ 2,63	<0,001
САД, мм рт. ст. ($M\pm SD$)	148,1 $\pm$ 14,3	154,9 $\pm$ 13,4	<0,001
ДАД, мм рт. ст. ($M\pm SD$)	91,5 $\pm$ 8,2	95,6 $\pm$ 8,4	<0,001
ХСН, абс (%)	81 (66,9)	84 (84,0)	<0,01

ФК ХСН, усл. ед (M±SD)	1,08±0,92	1,52±0,86	<0,001
ОНМК в анамнезе, абс (%)	30 (24,8)	36 (36,0)	=0,07
Степень тяжести ОНМК (M±SD)	0,3±0,56	0,61±0,87	<0,01

Примечание: ССАД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; р – отмечены статистическая значимость различия показателей между группами (абсолютных – по U-критерию Манна – Уитни, относительных – по χ^2).

Таким образом, у больных молодого и среднего возраста с ОКС, переболевших COVID-19, течение ХСН и ОНМК тяжелее и когнитивные нарушения более выражены. Однако, при такой ассоциации взаимообусловленных факторов, установить ведущую роль перенесенной инфекции COVID-19 в развитии и прогрессировании КН – сложная задача. Не вызывает сомнений тот факт, что перенесенные ОНМК наиболее тесно взаимосвязаны с развитием КН, что подтверждается тем, что их взаимосвязь в общей группе больных с ОКС (n=221) близка к сильной: коэффициент корреляции между значениями МоСА-теста и частоты ОНМК = - 0,5876 (p<0,05), а тяжести ОНМК = - 0,6032 (p<0,05).

Чтобы определить значимость роли перенесенной COVID-19, у пациентов общей группы проведен корреляционный анализ результатов МоСА-теста, частоты и тяжести COVID-19. Установлена умеренная взаимосвязь КН с тяжестью COVID-19 (рисунок 1).

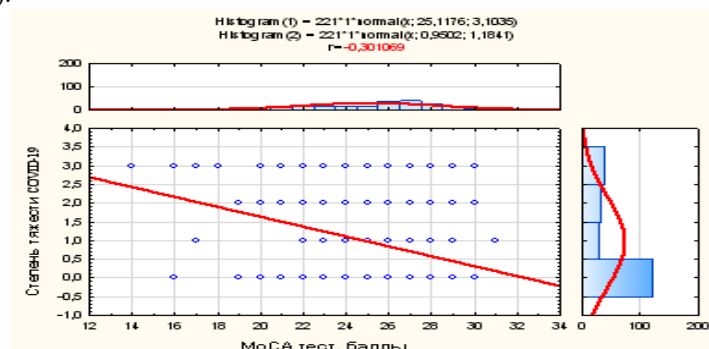


Рисунок 1. – Взаимосвязь когнитивных нарушений (по МоСА-тесту) и степени тяжести COVID-19 у пациентов с острым коронарным синдромом (r= - 0,3010; p<0,05; по Spearman).

Следует отметить, что взаимосвязь когнитивных нарушений с другими факторами, например частотой COVID-19 (r= - 0,2397; p<0,05), ХСН (r= - 0,1850; p<0,05) значимо ниже, чем с тяжестью COVID-19.

Таким образом, на данном этапе наблюдений можно утверждать, что снижение когнитивных функций у пациентов молодого и среднего возраста связано не только с перенесенными ОНМК (тесная взаимосвязь), эпизодами ОКС (так как, средние значения МоСА-теста ниже 26 баллов в контрольной группе без COVID-19), но и со степенью тяжести перенесенной COVID-19.

Список литературы

1. Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. Lancet. 2020; 28(10229): 1054–62. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
2. Yang X., Yu Y., Xu J. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: A single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir. Med. 2020; 8(5): 475–81. [https://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
3. Курушина О.В., Барулин А.Е. Поражение центральной нервной системы при COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121(1): 92–97.
4. Кабыш С.С., Прокопенко С.В., Карпенкова А.Д., Шанина Е.Г. Состояние когнитивных функций у пациентов в остром периоде коронавирусной инфекции (эпидемиологические волны 2020–2022 гг.). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122(12): 55–59.
5. Palmer K., Monaco A., Kivipelto M. et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: Consequences for healthy ageing. Aging Clin Exp Res. 2020; 32(7): 1189–94. <https://dx.doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>

Гулова Р.М., Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Е.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ МЕЛАТОНИНА

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

Актуальность. Поиск новых способов диагностики, лечения, профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) и прогнозирования риска развития тяжёлых исходов, являющихся главной причиной инвалидизации и смертности населения развитых стран, до настоящего времени сохраняет свою актуальность [1, 2]. При ОКС одними из важнейших задач являются определение прогноза, тактики лечения и предупреждение возможных тяжелых осложнений [3].

Данные о продукции мелатонина (МТ) при ИБС противоречивы: ряд авторов отмечают его снижение, в большей степени у больных стенокардией покоя и инфарктом миокарда (ИМ), некоторые, напротив, показали его увеличение [4,5]. Влияние мелатонина на органы сердечно-сосудистой системы обусловлено его выраженной антиоксидантной активностью, способностью оказывать воздействие на сосудистый тонус, регулировать ЧСС, ингибировать агрегацию тромбоцитов [6].

В связи с большой частотой развития жизнеугрожающих осложнений (повторных ИМ, нарушений ритма, сердечной недостаточности, внезапной смерти), ассоциируемых с ОКС, как в госпитальном периоде, так и в течение первого года после перенесенного ИМ, важное значение имеют исследования по уточнению роли известных факторов, имеющих прогностическую ценность в отношении течения заболевания [7].

Цель исследования. Изучить значимость приёма мелатонина на течение острого коронарного синдрома и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний, и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов молодого и среднего возраста.

Материал и методы исследования. Для проспективного наблюдения были включены 221 пациент, госпитализированных с ОКС. Диагнозы инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК – транзиторная ишемическая атака, ишемический и геморрагический инсульты) устанавливались согласно протоколу диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы в Республике Таджикистан, с учётом клинической картины, электрокардиографии (ЭКГ), эхо-(доплер) кардиографии (ЭхоКГ) и, в части случаев, при наличии кардиоспецифических биомаркёров некроза миокарда и коронароангиографических исследований. Для оценки уровней синдромов тревоги и депрессии использована шкала Гамильтона. Так как, исследование проводилось в период пандемии Covid-19, учитывали также частоту и степень тяжести перенесенного Covid-19. Анализирована проводимая базисная терапия, а также уточнен профилактический приём мелатонина. Пациентов получающих короткими циклами или постоянно, в течении не менее 2 месяцев адаптогенный препарат-гормон мелатонин в дозе 1-3 мг перед сном, было 105. Следует отметить, что в некоторых случаях, при необходимости доза мелатонина была увеличена до 10 мг в сутки.

Критерии включения в исследования были следующие: возраст до 59 лет; госпитализированные с подтверждённым диагнозом ОКС (нестабильная стенокардия, не-Q ИМ и Q-ИМ). Из исследования были исключены пациенты с Covid-19 (менее 3 месяцев после заболевания), с установленными пороками сердца, кардиомиопатией, аутоиммунными заболеваниями, после хирургической или эндоваскулярной коронарной реваскуляризации.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0.

Результаты исследования. Сравнительный анализ полученных результатов в общих группах пациентов без приёма мелатонина и профилактически получающих мелатонин, показывает сопоставимость ряда изученных показателей (уровни АД, частота форм ОКС, ХСН, ОНМК, выраженность тревоги и депрессии), что представлено в таблице 1.

Таблица 1.- Течение ОКС и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний у госпитализированных пациентов молодого и среднего возраста во взаимосвязи с приёмом мелатонина – МТ (1 группа - без МТ; 2 группа – с приёмом МТ).

	Группы пациентов с ОКС				
	1 гр. – без МТ (n=116)		2 группа+МТ (n=105)		
	до 44 лет (n=55)	46-59 лет (n=61)	до 44 лет (n=50)	46-59 лет (n=55)	
САД, мм рт.ст, M±SD	149,2±13,6	155,5±12,3*	147,4±172	151,7±12,9	>0,05
Всего	152,5±13,2		149,7±15,2		
ДАД мм рт.ст,	93,4±8,8	94,7±8,2	91,8±9,9	93,2±7,1	>0,05
Всего	94,1±8,1		82,6±8,5		
ИМТ	27,1±2,6	28,5±1,7**	26,2±4,1	27,3±3,0	<0,01
Всего	27,8±2,26		26,8±3,58		
ОКСБП ST, абс (%)	46 (83,6)	47 (77.1)	36 (72,0)	46 (83,6)	>0,05
Всего	93 (80,2)		82 (78,1)		
ОКСП ST, абс (%)	9 (16,4)	14 (23,0)	14 (28,0)	9 (16,4)	>0,05
Всего	23 (19,8)		23 (21,9)		
ХСН, %	36 (65,5)	55 (90,1)**	32 (64,0)	42 (76,4)	>0,05
Всего	91 (78,4)		74 (70,5)		
ФК ХСН, абс (%)	1,15±1,03	1,61±0,78**	1,0±0,88	1,31±0,87 *	=0,067
Всего	1,38±0,93		1,16 ±0,88		
ОНМК, абс (%)	9 (16,3)	28 (45,9) **	7 (14,0)	22 (40,0) **	>0,05
Всего	37 (31,9)		29 (27,6)		

Тяжесть ОНМК, у.е.	0,25±0,61	0,75±0,92)**	0,19±0,48	0,51±0,69**	
Всего	0,52±0,83		0,35±0,62		=0,098
Тревога, балды	14,0±6,2	18,1±4,9**	11,3±6,3	15,1±5,6**	
	16,2±5,9		13,2±6,2		<0,001
Депрессия, баллы	16,9±6,8	21,3±6,6**	11,9±7,4	16,6±6,7**	
	19,2±6,9		14,4±7,4		<0,0001
Covid-19, абс (%)	32 (58,2)	44 (72,1)	12 (24,0)	12 (21,8)	
Всего	76 (65,5)		24 (22,9)		<0,0001
Степень тяж. Covid-19	1,35±1,28	1,80±1,23*	0,24±0,43	0,25±0,52	
Всего	1,59±1,27		0,25±0,48		<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия частотных показателей по критерию χ^2 , абсолютных - по U- критерию Манна-Уитни; * - отмечена тенденция к статистической значимости различия показателей между подгруппами ($p<0,1$); ** - значимость различия показателей ($p<0,05$).

В общей группе пациентов без приёма мелатонина (2 группа) отмечается сравнительно высокий ИМТ ($p<0,001$), выше уровни тревоги ($p<0,001$), депрессии ($p<0,0001$), частота и тяжесть перенесенного Covid-19 ($p<0,0001$), а ФК ХСН ($p=0,067$) и тяжесть ОНМК ($p=0,098$) имели тенденцию к повышению, при сравнении с таковыми у пациентов 1 группы.

В возрастном аспекте отмечено, что у пациентов 1 группы ИМТ, частота и выраженность ХСН и ОНМК, уровни тревоги и депрессии значимо выше ($p<0,05$), а САД и тяжесть перенесенного Covid-19, - имели тенденцию ($p<0,1$) к повышению в среднем возрасте, при сравнении с таковыми у пациентов молодого возраста.

Во 2 группе у пациентов среднего возраста значимо чаще наблюдались ОНМК и его тяжёлые формы, были выше уровни тревоги и депрессии ($p<0,001$), чем у молодых; ФК ХСН – имела тенденцию к повышению ($p<0,1$).

В общей группе пациентов среднего возраста отмечена значимая взаимосвязь (отрицательная) частоты приёма мелатонина не только с частотой ХСН ($r=-0,1862$; $p<0,05$), уровнями тревоги ($r=-0,2873$; $p<0,05$) и депрессии ($r=-0,3498$; $p<0,05$), но и частотой ($r=-0,5028$; $p<0,05$) и тяжестью ($r=-0,6030$; $p<0,05$; рисунок 1) Covid-19.

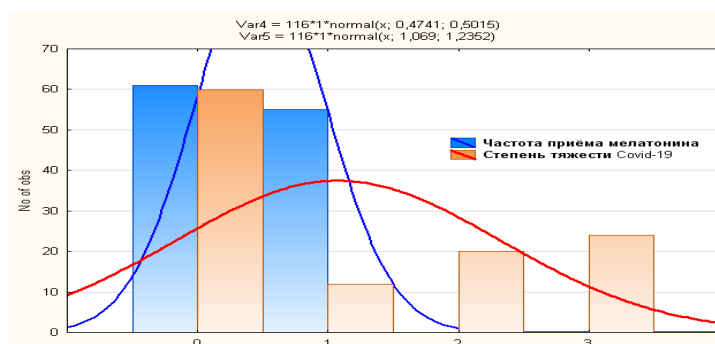


Рисунок 1. – Взаимосвязь частоты приёма мелатонина и тяжести течения перенесенного COVID-19 у пациентов среднего возраста (общая группа), госпитализированных с острым коронарным синдромом ($r=-0,6030$; $p<0,05$).

В целом, у пациентов молодого возраста приём мелатонина, главным образом, способствует снижению уровни тревоги ($p<0,001$) и депрессии ($p<0,001$), частоты и степени тяжести COVID-19, что значимо при сравнении с подгруппой молодых, не получающих данный адаптоген. Влияние мелатонина у пациентов среднего возраста с ОКС сравнительно отчётливо, и характеризуется не только снижением уровни тревоги / депрессии ($p<0,001$), частоты и степени тяжести Covid-19 ($p<0,0001$), но и частоты и выраженности ХСН ($p<0,05$), тяжести ОНМК ($p<0,01$), что значимо при сравнении с подгруппой пациентов среднего возраста, не получающих мелатонин.

Список литературы

1. Михайлова З.Д., Шаленкова М.А., Климкин П.Ф. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: возможности прогнозирования течения на постгоспитальном (6 и 12 мес) этапе. Клиническая медицина. 2016; 94(3), стр. 205-211. DOI 10.18821/0023-2149-2016-94-3-205-210
2. Оценка цитокинового профиля у пациентов с различными вариантами острого коронарного синдрома и хроническими формами ишемической болезни сердца / М.А. Гордеева, А.Р. Бабаева, А.Л. Емельянова, С.И. Давыдов // Цитокины и воспаление. - 2014. - Т. 13, № 2. - С. 27-33.
3. Прогностическое значение блокады левой ножки пучка Гиса у пациентов с острым коронарным синдромом / А.С. Лотина, Д.В. Дупляков, А.Д. Эрлих [и др.] участники регистров РЕКОРД и РЕКОРД-2 // Кардиология. - 2013. - Т. 53, № 7. - С. 35-39.
4. Рапопорт С.И., Малиновская Н.К. Мелатонин и сердечно-сосудистая система. Терапевтические возможности мелатонина у больных артериальной гипертензией. РМЖ. 2010;3:140.
5. Арушанян, Э.Б. Обезболивающие свойства эпифизарного мелатонина / Э.Б. Арушанян // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2012. - №75(8). - С. 44-48.

6. Заславская Р.М. Эффективность мелатонина при ишемической болезни сердца. *Клиническая медицина*. 2022;100(6):285-287. <https://doi.org/10.30629/0023-2149-2022-100-6-285-287>
7. Логачева, И.В. Динамика основных параметров холтеровского мониторирования электрокардиограммы у больных инфарктом миокарда с желудочковыми нарушениями ритма сердца / И.В. Логачева, Н.Г. Баранцева // Казанский медицинский журнал. - 2013. - Т. 94, № 2. - С. 176-180.

Гулова Р.М., Шарипова Х.Е., Абдуллозода С.М.

ЛИЧНОСТНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У МЕДРАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Кафедры пропедевтики внутренних болезней и эпидемиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. На важность изучения индивидуальных (личностных) факторов риска (появление пугающих переживаний и мыслей, снижение настроения, самооценки) [1-2], чаще всего связанные с медико-социальными факторами (дефицит общения, поддержки, физическая изоляция, одиночество, страх физических и моральных утрат, доступность средств защиты, лекарств, новой информации о пандемии) [3,4], возникающие в период разгара пандемии COVID-19 у людей разных профессий, в том числе, у медицинских работников (МР), указывают результаты ряда исследований [5-7].

В этой связи, представляет особый интерес изучение частоты личностных переживаний у МР в период пандемии и оценки медико-социальных факторов, влияющих на эффективность их работы.

Цель исследования. Оценка значимости медико-социальных факторов и частоты личностных переживаний, возникающих в период разгара пандемии COVID-19 у медработников разного звена.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ (при опросе по специально составленной анкете) медико-социальных факторов и личностных переживаний, возникающих в период разгара пандемии COVID-19 в 3х группах МР: *основная группа* (МР, оказывающие медицинскую помощь больным с COVID-19 в специализированных стационарах; $n=192$); *группа сравнения* (МР, выполняющие амбулаторный приём всех больных; $n=43$) и *контрольная группа* (МР не имеющие непосредственный контакт с пациентами с COVID-19, или находящие на самоизоляции; $n=34$).

Для анализа включены наиболее частые *личностные переживания* (чувство вины, возникающее при летальном исходе; состояния угнетения из-за отсутствия привычного общения; досады за упущенные возможности; чувства страха и сомнений за свою профессиональную состоятельность со снижением самооценки и самоуважения) и *медико-социальные факторы* (значимость ускоренного обучения МР тактике работы в условиях пандемии; предварительной психологической подготовки; доступности новой информации о пандемии и современных средствах индивидуальной защиты). Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0.

Результаты исследования. При изучении частоты личностных факторов риска установлено, что при сравнении с МР контрольной группы, чувство вины чаще возникает у медработников группы сравнения и основной группы ($p<0,05$), то есть у МР, оказывающих лечебную помощь больным с COVID-19 в период разгара пандемии в непосредственном контакте (рисунок 1).

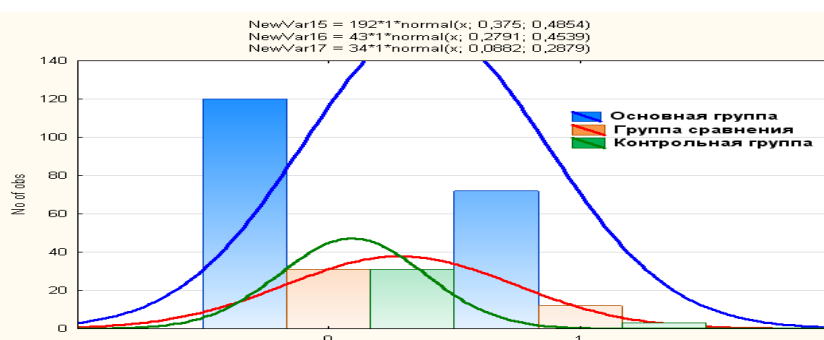


Рисунок 4.1.- Частота чувства вины в разгар пандемии у медицинских работников основной группы ($n=192$), группы сравнения ($n=43$) и контрольной группы ($n=34$).

Отмечено, что от отсутствия привычного общения сопоставимо страдали более 25% медработников каждой группы, несколько преобладая у МР основной группы (32,8%), в связи с чем отсутствовали значимые различия ($p>0,05$). Учащение чувства досады у МР основной группы и чувства страха и сомнений у МР контрольной группы, - были также не значимы ($p>0,05$). Однако следует отметить, что изученные личностные факторы (ЧВ, ОПО и ЧД) наблюдались чаще у МР основной группы, хотя различия с контрольной и группой сравнения были не значимы ($p>0,05$).

Результаты изучения частоты медико-социальных факторов риска, влияющих на психосоматическое состояние и, в целом, на эффективность деятельности медработников, представлены в таблице 1.

Установлено, что МР контрольной группы, наиболее часто отмечали важность доступности современных средств индивидуальной защиты (ДССИЗ; в 85,3% случаев; $p<0,05$ - что значимо при сравнении с основной группой); доступности новой информации о пандемии (ДНИ - в 70,6% случаев, хотя различия между группами были незначимы - $p>0,05$). Частота указаний на обременённость семейными проблемами в группах была сопоставимой и составляла 30-

35% ($p>0,05$).

Таблица 1.- Частота медико-социальных факторов риска у медицинских работников сравниваемых групп в период разгара пандемии COVID-19.

Показатели	Контрольная (n=34)	Сравнения (n=43)	Основная (n=192)	p
ОТР, абс (%)	7 (20,6)	32 (74,4)*	108 (56,3)*	<0,05
ППП, абс (%)	5 (14,7)	18 (41,9)*	92 (47,9)*	>0,05
ДНИ, абс (%)	24 (70,6)	36 (60,5)	106 (55,2)	>0,05
ДССИЗ, абс (%)	29 (85,3)	29 (67,4)	133 (69,3)*	>0,05
ХПР, абс (%)	10 (29,4)	23 (53,5)*	139 (72,4)*	<0,05
ОСП, абс (%)	12 (35,3)	13 (30,2)	68 (35,4)	>0,05

Примечание: ОТР - обучение тактике работы при пандемии COVID-19; ППП – предварительная психологическая подготовка; ДНИ - доступность новой информации о пандемии; ДССИЗ - доступность современных средств индивидуальной защиты; ХПР - характер и продолжительность работы; ОСП - обременённость семейными проблемами; p - отмечена достоверность различия показателей между группами по критерию χ^2 .

В связи с низкой частотой указаний МР контрольной группы на важность предварительного обучения тактике работы (ОТР - 20,6%) и психологической подготовленности (ППП – 14,7%), а также пожеланий пересмотра характера и продолжительности работы (ХПР – 29,4%) в условиях пандемии, различия (учащение) их частоты с медработниками группы сравнения (74,4% - 41,9% - 53,5% соответственно; $p<0,05$) и основной группы (56,3% - 47,9% - 72,4% соответственно; $p<0,05$) – были значимы.

В целом, на важность: обучения тактике работы при пандемии, предварительной психологической подготовки, учёта характера и продолжительности работы в период разгара пандемии в специализированных (закрытых) стационарах, - значительно чаще указывали МР групп высокого риска, лечащих больных в непосредственном контакте (основная + сравнения; $p<0,0001$; рисунок 2).

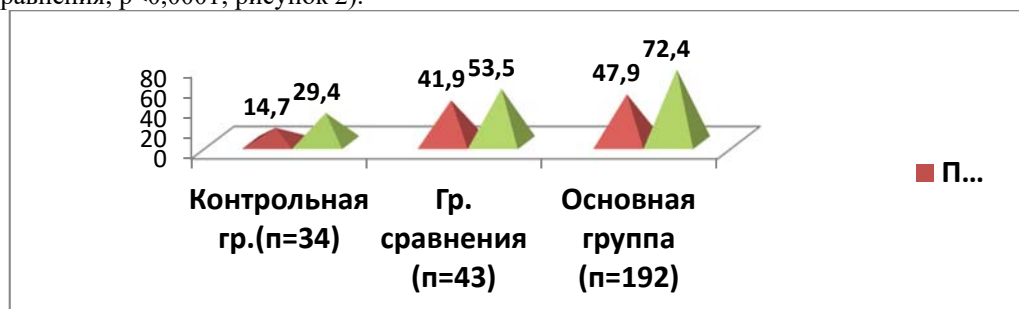


Рисунок 2. Частота (%) указаний медработников на важность медико-социальных факторов в период разгара пандемии COVID-19 (ППП – предварительная психологическая подготовка и ХПР – оптимизация характера и продолжительности работы в специализированных стационарах).

Таким образом, можно считать, что учащение чувства вины и болезненное переживание случаев неэффективности проводимых лечебно-реанимационных вмешательств в период разгара пандемии у МР специализированных для больных COVID-19 стационаров, является важной их психологической особенностью, что особо следует учитывать при проведении предварительной психологической подготовки. Частоту этого фактора можно объяснить также часто меняющейся информацией о тактике ведения больных COVID-19, временных рекомендаций по лечению болезни и его осложнений, - что, в целом, видимо, способствуют появлению у МР сомнений в правильности своих действий со снижением самооценки, а иногда, и самоуважения.

Таким образом, оценка медицинскими работниками, как личностных переживаний, так и медико-социальных факторов периода пандемии имеют различия в группах медицинских работников, оказывающих лечебную помощь в непосредственном контакте с пациентами с COVID-19 (группа высокого риска), и у МР, не имеющих такого контакта (контрольная группа).

Основное различие заключалось: в учащении личных переживаний и ощущений, чувств досады и вины у МР группы высокого риска (особенно у медработников основной группы), осмысление и объективная оценка ими значимости психологической и тактической подготовки к разгару пандемии.

При анализе результатов определена важность создания возможности активного участия МР в организуемых семинарах и кратковременных циклах подготовки по тактике работы в условиях пандемии, по выработке устойчивости к стрессорам и по принципам ускоренного внедрения новых временных рекомендаций, касающихся тактики лечения пациентов COVID-19 и эффективных методов самозащиты.

Список литературы

1. Луковцева З.В. Пандемия COVID-19 как социальный стрессор: факторы психолого-психиатрического риска (по материалам зарубежных исследований) // Социальная психология и общество. 2020. Том 11. № 4. С. 13—25.
DOI:https://doi.org/10.17759/sps.2020110402

2. Liu N. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter // *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 287. DOI:10.1016/j.ajp.2020.102070
3. Talevi D. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic // *Rivista di Psichiatria*. 2020. Vol. 55 (3). P. 137—144. DOI:10.1708/3382.33569
4. Arden M.A., Chilcot J. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: a call for research // *British Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25 (2). P. 231—232. DOI:10.1111/bjhp.12414
5. Fofana N.K. et al. Fear and agony of the pandemic leading to stress and mental illness: An emerging crisis in the novel coronavirus (COVID-19) outbreak // *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 291. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113230.
6. Mukhtar S. Mental health and psychosocial aspects of coronavirus outbreak in Pakistan: psychological intervention for public mental health crisis // *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 51. DOI:10.1016/J.AJP.2020.102069

Гулова Р.М., Сулаймонова Ш.А., Турсункулов З.Д.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЛЕЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19

Кафедры пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней №2
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. По социально-экономическим проявлениям и последствиям для поведения населения планеты, COVID-19 повторяет иные пандемии, в связи с чем, необходимо учитывать закономерности эпидемий и пандемий устоявшиеся до современного этапа развития цивилизации. Нередко беспокойная политико-экономическая и медико-социальная обстановка во многих странах мира оказывались обусловленными эпидемиями или связанными с текущей пандемией [1]. Из-за влияния карантинных мер на психологическое состояние людей, одним из наиболее неблагоприятных ожидаемых последствий пандемии COVID-19 считается чувство социальной изоляции и одиночества, которые тесно связаны с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР), самоповреждением и суицидальным поведением. Частые случаи чувства утраты, вызванные потерей прямых социальных контактов, а также от потери близких людей, работы, возможностей для получения образования, свободного передвижения и поддержки в период пандемии, - отмечены рядом исследователей [2, 3].

Медицинские работники (МР), работающие на переднем крае, подвержены более высокому риску заражения COVID-19 и, в большей степени, испытывают неблагоприятные психологические воздействия периода пандемии. Кроме того, в экстренном порядке обученные принципам ведения больных (согласно временным рекомендациям, которые часто обновлялись), врачи находятся в ситуации выраженного стресса и в защитной одежде работают в условиях испытания на физическую выносливость. Возникающие при этом тревожно-депрессивные нарушения психики и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) могут в долгосрочной перспективе нарушить размеренный ритм жизни МР.

Цель исследования. Установить значимость личностных (поведенческих) и медико-социальных факторов, возникающих в период разгара пандемии COVID-19, на частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников, оказывающих лечебную помощь в непосредственном контакте с пациентами с COVID-19.

Материал и методы исследования. У 235 МР, после *первого, 2-недельного цикла* работы в специализированных ковидных стационарах, изучена выраженность тревожно-депрессивных расстройств (тревоги, депрессии, ПТСР и синдром выгорания), частота личностных факторов и медико-социальных факторов. При оценке ряда личностных (поведенческих) и медико-социальных факторов, потенциально влияющих не только на психосоматический статус, но и угрожающих самооценке и самоуважению МР, использована составленная нами специальная анкета, позволяющая уточнить психоэмоциональную реакцию МР на возникшую тяжёлую медико-социальную ситуацию на фоне оказания лечебной помощи пациентам с COVID-19 в непосредственном контакте. Изучена частота ряда медико-социальных факторов, которые описаны более подробно ниже. Включённые в исследование медработники ознакомлены со шкалами для выявления синдромов тревоги и депрессии (по Гамильтону), ПТСР (по сокращённому опроснику PCL-C) и «синдрома выгорания» (по В. Каппони и Т. Новак) и в последующем, проведен онлайн-опрос МР [4, 5].

Статистический анализ полученных результатов исследования проведен с использованием прикладного пакета IBM Statistics 21,0 (IBM Corp., USA, 2012) программ прикладного статистического анализа (Statistica - 10,0).

Таблица 1.- Взаимосвязь (r) выраженности тревожно-депрессивных расстройств с личностными факторами, наблюдаемые у медицинских работников, оказывающих лечебную помощь пациентам с COVID-19 в период разгара пандемии (n=235).

Показатели	ЧВ	ОПО	ЧД	СС
Тревога	0,28*	0,20*	0,45*	0,33*
Депрессия	0,29*	0,18*	0,46*	0,35*
ПТСР	0,29*	0,20*	0,45*	0,36*
СВ	0,23*	0,15*	0,39*	0,33*

Примечание: ЧВ – чувство вины, ОПО - отсутствие привычного общения; ЧД - чувство досады за упущенные

возможности; СС – чувство страха и сомнений; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; СВ – синдром выгорания; * - отмечена значимость r (коэффициента корреляции по Спирмену; $p < 0,05$).

Результаты исследования. Личностные факторы, имеющие значимую взаимосвязь с тревожно-депрессивными расстройствами у МР представлены в таблице 1. Установлено, что у медработников, оказывающих лечебную помощь больным COVID-19 в непосредственном контакте влияние изученных личностных факторов с тревожно-депрессивными синдромами значимое, особенно с чувствами досады, страха и сомнений, так как значения коэффициента корреляции (r) выше, что свидетельствует о более тесной взаимосвязи показателей.

Представленные данные свидетельствуют, что влияние личностных факторов на выраженность тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников имеют значимую взаимосвязь ($p < 0,05$), как с уровнем тревоги и депрессии, так и выраженностью посттравматического стрессового расстройства и синдромом профессионального «выгорания».

Медико-социальные факторы. Проведена оценка частоты следующих медико-социальных факторов (таблица 2):

1) обучение тактике работы при пандемии COVID-19 (т.е. утверждается участие медицинского работника в семинарах); этот фактор имел отрицательную взаимосвязь с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников;

2) предварительная психологическая подготовка (участие МР) по выработке психологической устойчивости имела отрицательную взаимосвязь с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств;

Таблица 2.- Взаимосвязь (r) медико-социальных факторов, возникающих в период разгара пандемии, и выраженности тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников, оказывающих лечебную помощь пациентам с COVID-19 ($n=235$).

Показатели ($n=235$)	ОТР	ППП	ДНИ	ДССИД	ХПР	ОСП
Тревога	-0,39*	-0,38*	-0,34*	-0,30*	0,20*	0,14*
Депрессия	-0,39*	-0,38*	-0,34*	-0,29*	0,21*	0,15*
ПТСР	-0,39*	-0,38*	-0,35*	-0,31*	0,20*	0,14*
СВ	-0,43*	-0,37*	-0,37*	-0,39*	0,14*	0,10

Примечание: r – коэффициент корреляции; ОТР - обучение тактике работы при пандемии COVID-19; ППП – предварительная психологическая подготовка; ДНИ - доступность новой информации о пандемии; ДССИЗ - доступность современных средств индивидуальной защиты; ХПР - характер и продолжительность работы; ОСП - обременённость семейными проблемами; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; СВ – синдром выгорания; * - отмечена значимость r (коэффициента корреляции по Спирмену; $p < 0,05$).

3) доступность новой (научно-практической, тактической и лечебной) информации о пандемии COVID-19;

4) доступность современных, более эффективных методов индивидуальной защиты МР;

5) характер и продолжительность работы медработников в специализированном стационаре для лечения больных с COVID-19 (отсутствие удобств);

6) обременённость медицинских работников семейными проблемами (состояние здоровья членов семьи или другие проблемы, связанные с пандемией).

Первые четыре (ОТР, ППП, ДНИ, ДССИЗ) фактора имеют отрицательную взаимосвязь с тревожно-депрессивными расстройствами, то есть эти факторы способствуют снижению выраженности ТДР. Но с последними двумя факторами (ХПР и ОСП) взаимосвязь выраженности ТДР положительная, т.е. они усугубляют выраженность ТДР.

Таким образом, у медработников, оказывающих лечебную помощь больным COVID-19 в непосредственном контакте, влияние медико-социальных факторов с тревожно-депрессивными синдромами умеренное и у большинства факторов значения коэффициента корреляции (r) выше 0,35. Особенно, это касается значимости обучения тактике работы при пандемии и предварительной психологической подготовки медработников по выработке устойчивости к стрессорным влияниям. Установлено значимое влияние ряда не только личностных, но и медико-социальных факторов на частоту и выраженность КВЗ и ТДР у МР, оказывающих лечебную помощь в непосредственном контакте с пациентами с COVID-19. Кроме того, при анализе личностных переживаний МР групп риска в разгаре пандемии, установлено учащение чувства вины (37,5%) и болезненного переживания случаев неэффективности лечебных вмешательств (21,5%). При оценке медицинскими работниками значимости медико-социальных факторов периода пандемии, указана на необходимость: широкомасштабного обучения тактике работы в условиях пандемии (74,4%; $p < 0,05$); оптимизации характера и продолжительности работы МР групп риска (72,4%; $p < 0,05$). ППП, обучение тактике работы и своевременное внедрение очередных временных рекомендаций, имеют отрицательную взаимосвязь с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств у медицинских работников, что свидетельствует о развитии психологической адаптации и устойчивости в экстремальных условиях пандемии.

Список литературы

1. Беляков Н.А., Кулагина Е.Н., Митюрин Д.В., Трофимова Т.Н., Тучапский А.К., Фирсов В., Шелаев Ю.Б. От Юстициановой чумы до коронавируса: по следам мировых эпидемий и пандемий. СПб.: АНО РОССИКА «Лики», 2021. 270 с.
2. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7. P. 547–560. Published Online April 15, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

3. Абдуллозода Дж.А., Юсуфи С.Дж., Турсунов Р.А. Особенности течения и медико-социальные аспекты новой коронавирусной инфекции в Республике Таджикистан // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2022. Т. 11, № 1. С. 85-92. 001: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2022-11-1-85-92>
4. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton anxiety rating scale (SIGH-A) /M.K. Shear [et al.] // Depression and Anxiety. – 2001. –Vol.13, N4. –P.166–178.
5. Wilkins K.C. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions /K.C. Wilkins, A. J. Lang, S.B. Norman // Depression and anxiety. – 2011. –Vol.28, N7. –P.596–606.

Ганиева М.Т., Гулямов Ш.Г., Султонов У.Р.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ: ПОНЯТИЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

Актуальность. Нервно-мышечные заболевания представляют собой сложную группу гетерогенных, часто наследственных заболеваний. В широком смысле их можно разделить на нарушения, поражающие преимущественно клетки переднего рога, периферические нервы, нервно-мышечные соединения и мышечные волокна. Традиционно сюда также относят некоторые мультисистемные заболевания, такие как миотоническая дистрофия и митохондриальные миопатии [1]. Эпидемиологическое исследование важно не только для оценки различных генетических параметров, например частот генов, но и для мониторинга эффективности любых профилактических мер, таких как генетическое консультирование, а также для планирования больничных ресурсов, реабилитационных услуг и программ социального обеспечения для инвалидов. сообщество [2]. Это также дает ценную информацию для дальнейших исследований. Популяционные обследования, включающие все виды нервно-мышечных заболеваний, проводятся редко, и лишь немногие исследования посвящены распространенности этих заболеваний в детском возрасте [3].

Область наследственных нейромышечных заболеваний становится все более сложной: за последние несколько десятилетий было выявлено более 100 генетически различных форм миопатий, нейропатий и митохондриальных нарушений. Появляется все больше доказательств того, что визуализация мышц может играть важную роль в выявлении генетически различных состояний и помогать клиницисту выбирать подходящие генетические и биохимические диагностические исследования, а также какую мышцу нацелить на патологические исследования [4].

Цель исследования. Оценить общую и конкретную распространенность нервно-мышечных расстройств в детстве, а также оценить частоту рождаемости и кумулятивную заболеваемость отдельными расстройствами с ранним началом и/или высокой детской смертностью.

Материал и методы исследования. В ходе экспедиционных работ и медико-генетического мониторинга, проведенного кафедрой неврологии и основ медгенетики ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с участием врачей нейрогенетиков (из Лондона) по городу Душанбе и Согдийской области было выявлено 372 семей с различной наследственной нозологией нервной системы в возрасте от 3 до 45 лет. Семьям проведены стандартные клинко-синдромологический, клинко-гениалогический, молекулярно-генетический, лабораторный (с забором крови на ДНК-исследование) и нейровизуализационные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное клинко-генетическое исследование выявило 115 больных с различной наследственной нозологией, среди них 78 больных из 50 семей различными формами нейромышечных дистрофий. Наибольший процент выпадал на долю миодистрофии с Х-сцепленным типом наследования (Дюшенна, Беккера) и миодистрофии с аутосомным типом наследования (Ландузи-Дежерина, Эрба-Рота). Наименьший процент наблюдался при спинальных амиотрофиях (Верднига-Гоффмана, Кугельберга-Веландера). Многоуровневый подход служит основой для дифференцированного и адекватного лечения, направленного на коррекцию ключевых факторов этиопатогенеза и замедление развития тяжелой инвалидизации. Особенностью исследования среди миодистрофии с Х-сцепленным типом наследования (Дюшен), где болеют мальчики, выявили носителей женщины (из трех семей) с одним или двумя клиническими симптомами что подтверждено литературными данными. В исследованных семьях миодистрофии с аутосомным типом наследования (Эрба-Рота) наблюдались более пяти членов семьи данной патологией, что влияет не только на социальный, но и экономический фактор. Такая же ситуация наблюдалась в семьях с невральными амиотрофией Шарко-Мари-Тут. Одна из главных проблем, с которой столкнулись семьи с детьми с ограниченными возможностями в наши дни это проблема материально-финансовой обеспеченности. Несмотря на принимаемые меры социальной поддержки на федеральном и краевом уровнях, материальное благосостояние большинства семей, в том числе и имеющих ребенка с инвалидностью, падало, достигая во многих семьях опасной границы угрозы здоровью детей.

Таким образом, выявленные формы наследственных мышечных дистрофий в ходе экспедиционных работ отличались разным типом наследования, вариативностью возраста начала заболевания, преимущественной локализацией поражения мышц и другими признаками, что необходимо уметь своевременно диагностировать и дифференцировать.

Необходимо подчеркнуть, что перечисленные формы нейромышечных дистрофий сопровождалась не только симптомами в указанной статье, но и проявляется поражением какой-либо одной из систем организма и характеризовались рядом клинических симптомов (эндокринные расстройства, поражения слуха, поражения зрения, желудочно-кишечные нарушения, поражения внутренних органов). Очевидно, что в дальнейшем успех в лечении прогрессирующих мышечных дистрофий будет зависеть от новейших разработок в области молекулярной генетики, геномной терапии. Поэтому вовремя назначенное лечение позволит предотвратить быстрое прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни пациента и увеличить продолжительность его жизни.

Мы обнаружили более высокую частоту нервно-мышечных расстройств у детей в северной части, что не раз

сообщалось в предыдущих исследованиях, проведенных по РТ. О высоких показателях распространенности сообщалось ранее в предыдущих исследованиях как в возрастных исследованиях детей, так и в исследованиях всего населения. В текущем исследовании кумулятивная заболеваемость превышает коэффициент распространенности. Вероятно, это отражает высокую детскую смертность от некоторых из этих расстройств.

Вывод. Таким образом, несмотря на генетическую гетерогенность, основные клинические проявления различных форм наследственных мышечных дистрофий довольно похожи. Вместе с тем течение и прогноз крайне вариabельны и определяются стадией заболевания.

Список литературы

1. Наследственные мышечные дистрофии Доронин В.Б.1, Доронина О.Б.2 Hereditary muscular dystrophies Doronin V.B., Doronina O.B. НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск
2. Arahata K., Ishihara T., Kamakura K. et al. Mosaic expression of dystrophin in symptomatic carriers of Duchenne's muscular dystrophy // N. Engl. J. Med. 1989. V. 320. P. 138—142.
3. Brooke M. A clinician's view of neuromuscular disease. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986.
4. Bushby K.M. Diagnostic criteria for the limb-girdle muscular dystrophies: report of the ENMC Consortium on Limb-Girdle Dystrophies // Neuromuscul. Disord. 1995. V. 5. P. 71—74.

Давлатмира Г.Ш., Рабеева Ш.Р., Рахимзода О

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

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

Актуальность. Актуальность разработки комплексной медицинской реабилитации с использованием немедикаментозных технологий, нацеленных на улучшение социально-бытовой адаптации и качества жизни больных болезнью Паркинсона (БП), обусловлена отсутствием программ комплексной двигательной долгосрочной реабилитации больных. В связи с этим становится необходимым создание программы комплексной медицинской реабилитации. С этой целью в клинической практике применяется ряд методов, направленных на улучшение двигательных функций: физические упражнения, скандинавская ходьба, темпоритмовая коррекция ходьбы, гимнастика.

Цель исследования. Основной платформой научных исследований в области восстановительной медицины является разработка научных программ, направленных на устранение морфофункциональных нарушений различных органов и систем, в частности нервно-мышечного аппарата, и двигательных нарушений при хроническом неуклонно прогрессирующем нейродегенеративном заболевании, таком как болезнь Паркинсона (БП), что особенно актуально. С этой целью в клинической практике применяется ряд методов, направленных на улучшение двигательных функций: физические упражнения, скандинавская ходьба, темпоритмовая коррекция ходьбы. Однако до настоящего времени нет программ комплексной двигательной долгосрочной реабилитации больных БП. Цель и задачи исследования — разработка эффективного комплекса лечения больных БП.

Материал и методы исследования. В исследование по разработке комплексов лечения было включено 90 больных с верифицированным диагнозом БП II и III стадии по Хен—Яру согласно клинко-диагностическим критериям Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании (Lees, 2009) — 45 (50%) мужчины и 45 (50%) женщины. Средний возраст составил $60,8 \pm 6,2$ года, 72 (80%) больных были в возрасте от 51 года до 75 лет и 18 (20%) — от 35 до 50 лет. Средняя продолжительность заболевания — $5,8 \pm 1,2$ года. Все больные были разделены на 2 сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания и клинко-функциональным характеристикам группы:

- основная группа — 55 больных, у которых применялась комплексная двигательная программа реабилитации, включающая лечебную физкультуру с использованием специально разработанных нами физических упражнений, направленных на улучшение двигательных функций и постуральных нарушений, скандинавскую ходьбу, тренинг на эллипсоидном тренажере, эрготерапию и тренинг равновесия и устойчивости на стабильной платформе;

- контрольная группа — 35 больных, получавший адекватные дозы противопаркинсонической терапии в соответствии со стандартами лечения данного заболевания.

Наряду с этим в исследование были включены 30 здоровых добровольцев сопоставимого возраста и пола, все результаты исследования которых принимались за возрастную норму. Разработка эффективных комплексов лечения больных БП и применение созданной комплексной программы двигательной реабилитации приводят к заметной коррекции двигательных нарушений, проявляющейся увеличением длины шага и скорости ходьбы. Установлено, что применение такой программы способствует улучшению постуральной устойчивости при выполнении разных динамических тестов на неподвижной стабильной платформе.

Характеристика больных БП, включенных в исследование

Больные	Стадия по Хен—Яру	Длительность заболевания, годы	Стандартная суточная доза леводопы, мг	UPDRS I часть, баллы	UPDRS II часть, баллы	UPDRS III часть, баллы
Основная группа	$2,6 \pm 0,5$	$5,7 \pm 0,8$	$563,3 \pm 21,5$	$1,2 \pm 0,2$	$13,3 \pm 0,8$	$40,2 \pm 2,15$
Контрольная группа	$2,7 \pm 0,5$	$6,1 \pm 0,4$	$571,7 \pm 18,6$	$1,1 \pm 0,2$	$13,4 \pm 0,9$	$39,9 \pm 2,3$

Как следует из табл. 1, все представленные показатели у больных основной и контрольной групп не имели

достоверных различий. Кроме того, больные основной группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от частоты занятий. Реабилитационная программа включала 10 занятий, проводившихся с разной частотой: в группе А 2 раза в неделю, в группе Б 5 раз в неделю. Исследование выполнялось в 2 этапа, эффективность двигательной реабилитации оценивали по шкале UPDRS III часть. Первый этап: комплексная двигательная реабилитация в группах А и Б. Второй этап: продолжение двигательной реабилитации в домашних условиях в течение 6 мес, включающей скандинавскую ходьбу и лечебную физкультуру с оценкой полученных результатов через 3 и 6 мес после окончания домашней двигательной реабилитации.

Результаты исследований и их обсуждение. Двигательные нарушения у наблюдаемых больных характеризовались наличием в 100% случаев основных симптомов (гипокинезия и ригидность). У 96,3% больных отмечался тремор покоя, у 26,5% — постуральный тремор. Нарушения ходьбы выявлялись у всех больных, что подтверждалось данными оценки по шкале М. Tinetti, все больные хорошо переносили комплексную двигательную реабилитацию, ни у одного не возникли отрицательные явления в период занятий или после них. После 10 занятий комплексной программы реабилитации происходило достоверное уменьшение двигательных нарушений как в группе А, так и в группе Б без достоверных различий между ними. Полученные результаты сохранялись на фоне домашней программы реабилитации на протяжении 6 мес, что позволяет рассматривать их как свидетельство долгосрочной эффективности двигательной реабилитации у больных БП. В контрольной группе за весь период наблюдения изменений двигательных нарушений не отмечалось.

Комплексная двигательная реабилитация у больных БП позитивно отразилась и на показателях нарушений ходьбы по шкалам М. Tinetti и UPDRS III часть. Проведение комплексной двигательной программы реабилитации у больных БП в группах А и Б приводило к достоверному улучшению показателей ходьбы как по шкале М. Tinetti, так и по шкале UPDRS III часть, однако достоверных различий в результатах в группах А и Б отмечено не было. Полученные данные после базовой двигательной реабилитации сохранялись и на фоне домашней программы реабилитации через 3 и 6 мес. Кроме того, улучшение показателей ходьбы у больных БП под влиянием двигательной реабилитации сопровождалось увеличением скоростных показателей по тестам 2-минутной ходьбы и «Встань и иди». Следует указать, что хотя комплексная двигательная программа как в группе А, так и в группе Б приводила к достоверному увеличению скоростных показателей ходьбы в тестах 2-минутной ходьбы и «Встань и иди», различия в результатах между этими группами отсутствовали. Под влиянием базовой программы реабилитации в группах А и Б показатели достигли возрастной нормы и сохранялись в течение всего периода наблюдения (6 мес). У больных контрольной группы отмечалась тенденция к ухудшению показателей по тесту как 2-минутной ходьбы, так и «Встань и иди», а к концу периода наблюдения (6 мес) зафиксировано их достоверное ухудшение по обоим шкалам. Немаловажное значение у больных БП имеют аффективные нарушения.

Доказательством вышесказанного является и оценка динамики общего балла, значение которого после базовой программы реабилитации соответствовало возрастной норме, что выгодно отличает полученные результаты в основной группе от результатов в контрольной, в которой у больных отмечалось ухудшение исходных показателей. Таким образом, программа комплексной двигательной реабилитации, включающая лечебную физкультуру со специально разработанным нами комплексом физических упражнений, скандинавскую ходьбу, тренинг на эллиптическом тренажере и применение технологий 3/2015 физиотерапия, бальнеология и реабилитация 16 биоуправления с помощью стабиллоплатформы, у больных БП на фоне адекватной противопаркинсонической терапии способствуют улучшению основных двигательных функций, о чем свидетельствуют показатели по шкале UPDRS III часть, а также увеличение скоростных показателей ходьбы по данным тестов «Встань и иди» и 2-минутной ходьбы. Данную комплексную программу целесообразно назначать больным БП с учетом степени выраженности двигательных расстройств и тяжести заболевания по Хен—Яру.

Список литературы

1. Кривonos О.В. Организации медицинской помощи больным болезнью Паркинсона. М.; 2013.
2. Похабов Д.В., Абрамов В.Г. Восстановление нарушений ходьбы, включая феномен "застывания", у пациентов с болезнью Паркинсона с использованием метода темпоритмовой коррекции. Неврологический журнал. 2006; 11(5): 20—4.
3. Карпова Е.А. Постуральные нарушения при болезни Паркинсона (клинико-стабилометрический анализ): Дисс. М.; 2003.

Давлатмирова Г.Ш., Хайдарова У.З., Абдурахмонзода Т.А.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННО-ОТЯГОЩЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНСУЛЬТА

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

Актуальность. В настоящее время инсульт является одним из наиболее социально значимых заболеваний в мире [1]. Крупные международные исследования в которые включены десятки тысяч больных показали, что систематическая антигипертензивная терапия снижает частоту инсульта на -40%.

Одним из важнейших факторов инсульта является артериальная гипертензия [3,4]. Проведенные научные исследования последних лет позволили сделать заключения о многофакторности её возникновения. Среди них особое место занимает генетическая предрасположенность. Приблизительно у 50% больных обнаруживается наследственная предрасположенность к гипертензионной болезни (ГБ) [5]. В качестве генетических факторов, обуславливающих развитие и течение ГБ, как правило, выступают аллельные варианты «кандидатных» генов нескольких групп: генов, ко-

дирующих факторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), ферменты или транспортные белки принимающие участие в метаболизме липидов, факторы гемостаза и функции эндотелия. Все эти гены могут ассоциироваться с развитием церебрального инсульта у больных, страдающих ГБ [6].

Цель исследования. Изучить роль наследственно предрасположенной гипертонической болезни (ГБ) в возникновении инсульта.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 40 пациентов, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан на 2020-2022г. Все пациенты, включенные в исследование, были распределены на две группы: первую группу составили больные с наследственно отягощенной гипертонической болезнью, осложнившейся инсультом (20 пациентов); вторую группу (контрольную) составили больные с ГБ, наследственно не отягощенные, осложнившимся инсультом (20 пациентов).

Всем обследованным больным было проведено клиничко-неврологическое обследование, включающее подробный анализ жалоб и анамнестические сведения, подробный генеалогический анамнез, оценку объективного соматического и неврологического статуса (по общепринятой в классической неврологии методике), биохимические, а также нейровизуализационные методы исследования (КТ, МРТ).

Результаты исследования и обсуждение. У всех больных в контрольной группе основными жалобами при поступлении были головная боль (100%), слабость на руках и ногах с одной стороны (84%), нарушение речи (60%). Головокружение и неустойчивость при ходьбе были в 19 и 3 случаях соответственно. Нарушение памяти отмечалось у 15 больных, нарушение сна наблюдалось у 40% больных, которые были у них и до развития МИ, но клиника усилилась с развитием инсульта. Кроме этого у 3 больных отмечалось нарушение слуха, носящего центральный характер. У больных контрольной группы неврологические нарушения были менее выраженными.

Уровень неврологического дефицита в 1-й группе зависел в основном от степени тяжести перенесенного инсульта. В связи с определенными критериями отбора у этих больных встречались ишемический (56%), а также геморрагический (32%) инсульты, характеризующиеся выраженным неврологическим дефицитом по сравнению с контрольной группой (72% ишемический и 24% геморрагический инсульты).

Головная боль и головокружение почти одинаково встречались в обеих группах. Гемиплегия в основной группе встречалась в 94% случаях, в контрольной группе в 86%. Нарушение речи по типу сенсорной и моторной, а также сенсо-моторной афазии было более выражено в основной группе (68%).

При генеалогическом исследовании в основной группе отмечалась наследственная отягощенность к гипертонической болезни в основном по материнской линии, так: у 16 больных наследовалось по материнской линии, у 4 больных - по отцовской линии. По поперечной линии есть случаи среди сибсов, часто у сестер. У 17 больных сестры тоже страдали гипертонической болезнью, у 3- были больны братья. У мужчин гипертоническая болезнь, имеющая наследственный характер, протекала более злокачественно, с быстрым развитием сердечно-сосудистых и мозговых осложнений.

Выявлено, что у больных с наследственной отягощенностью по гипертонической болезни, характерным являлось более длительное существование АГ (в 1-й группе- 12 $\pm$ 3,4 года, во 2-й- 9,2 $\pm$ 3,1 года от возникновения АГ) и более быстрое изменение степени тяжести АГ, по меньшей мере, за 5 лет до развития ОНМК. Длительное существование АГ способствует более выраженным нарушениям сосудистой системы и органов-мишеней, что, в свою очередь, приводит к формированию «порочного круга», поддерживающего повышенное АД.

Более тяжелое течение АГ в 1-й группе обусловлено быстрым и значительным поражением органов-мишеней, а также сложностями в лечении данной категории больных. При этом не всегда абсолютные значения систолического и диастолического АД в 1-й группе превышали таковые во 2-й группе, а степень тяжести АГ не всегда коррелировала со стадией заболевания.

Также при исследовании анамнеза больных в основной группе (78%) отмечалось нерегулярное медикаментозное лечение АГ, что затем при поступлении в стационар и регулярном приеме антигипертензивных препаратов улучшил восстановление нарушенных функций. Профилактика инсульта посредством коррекции АГ является наиболее эффективным, перспективным, относительно простым и экономически выгодным мероприятием, независимо от наследственной предрасположенности, пола, географического района и этнической принадлежности населения [4,5].

При исследовании когнитивных функций в обеих группах отмечались в основном легкие (преддементные) когнитивные нарушения (48% и 44% в основной и контрольной группе соответственно).

Таким образом, при исследовании когнитивных функций существенных различий в группах не выявлено, что говорит о том, что в независимости от наследственной отягощенности по гипертонической болезни когнитивные функции изменяются по другим причинам. К настоящему времени накоплено уже большое число доказательств важной роли генетических факторов в формировании риска инсульта, механизмах церебральной ишемии (геморрагии), детерминировании тяжести поражения и характера восстановления после перенесенной цереброваскулярной катастрофы, что может быть впоследствии причинами сосудистой деменции. Но при этом следует учитывать, что при повышенном риске повторных НМК степень когнитивных нарушений тоже увеличивается.

Вывод. Наследственная гипертония больше наследуется по материнской линии, в 3 раза чаще. Инсульт у больных с наследственной отягощенностью по гипертонической болезни протекает тяжелее. Нарушения уровня АД выявляемые при наблюдении такой группы больных требуют своевременной адекватной коррекции с целью предупреждения острых нарушений мозгового кровообращения.

Список литературы

1. Кобавала Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертонии: ответы на ваши вопросы. М., 2004.
2. Пулодов А.М., Рахмонов Р.А. «Асабшиноси» Душанбе 2011 с-310.
3. Скворцова В.И., Лимборская С.А., Сломинский П.А., и др. Полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента у больных с ишемической болезнью головного мозга. Журн неврол психиатр им С.С Корсакова 2001; (прил

3): 21-7.

4. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней, 3-е изд. СПб.: «Элбис-СПБ», 2005.
5. O'Donnell P., Xavier D., Liu L. et al. Risk factors for ischemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the interstroke study): a case-control study. Lancet 2010; 376 (9735): 112-123.
6. Vos T., Barber R.M., Bell B. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015; 386 (9995): 743-800.

Давлатмирова Г.Ш., Абдурахмонзода Т. А., Хайдарова У. З

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ

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

Актуальность. Сосудистые заболевания мозга являются одной из актуальных проблем современной медицины (3). По данным BonitaR (1994) каждый год инсультом заболевают от 5,6 до 6,6 млн человек(5). Являясь одной из главных причин инвалидизации населения, цереброваскулярные заболевания имеют большую экономическую и социальную значимость (1,2). Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10 000 населения и занимает первое место среди всех остальных причин первичной инвалидности, причем примерно 20-30% из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. Только на инсульте, в США затраты составляют от 7,5 до 11,2 млн долларов в год, в России сумма прямых и не прямых затрат на проблему инсульта колеблется от 16,5 до 22 млрд долларов (3). Смертность от цереброваскулярных заболеваний занимает третье место, уступая лишь заболеванием сердце и онкологическим заболеванием. Летальность у больных с инсультами остается высокой и во многом зависит от тактических подходов в остром периоде. Летальность в течении месяца после инсульта составляет 35% (2,4). В течении года умирает около 50% больных, перенесенных инсульт. Выявлено, что только 20% больных после инсульта возвращаются к труду. Воздействовать на данную проблему можно только путем организованной системы лечебно-профилактической помощи населению. В то же время квалифицированная помощь при профилактике, лечении и реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями невозможны без точных эпидемиологических данных, анализа фактора риска, оказывающих прямое действие на возникновение и течение заболевания с учетом географических и этнических особенностей нашей страны, не представляется возможным. Для решения этих проблем во всех развитых странах созданы программы «Регистр инсульта», в том числе в России в 1999 году было создано программа «Регистр инсульта в России», обеспечивающая регистрацию всех случаев ОНМК во включенных к исследованию регионах и объединяющая результаты в единую компьютерную базу данных. Согласно рекомендациям ВОЗ, регистр является научной основой организации лечения и медико-социальной реабилитации больных с инсультами и профилактики заболевания. Регистр инсульта основан на демографических показателях и территориальном принципе и помимо получения достоверных эпидемиологических данных позволяет:

- Оценить медицинские и социально-экономические последствия инсультов
- Определить состояние системы оказания помощи больным в данном регионе
- Рассчитать потребность в лечебных реабилитационных мероприятиях
- Выявить ведущие факторы риска различных регионах и разработать пути их коррекции.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости и факторов риска инсульта в условиях ЦРБ г. Хорога.

Материалы и методы исследования. В группы исследования вошли 110 пациентов (65 мужчин и 45 женщин) с острыми нарушениями мозгового кровообращения за период с 2020-2022гг. средний возраст пациентов составлял 54,6±7,7лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в неврологическом отделении ЦРБ г. Хорога.

Все пациенты в зависимости от возраста были разделены на 3 группы.

Диагноз ОНМК выставляется на основании детального сбора анамнеза, жалоб, клинических и лабораторных методов, а также люмбальной пункции и данных КТ головного мозга.

Клинический метод исследования включал в себя исследование, прежде всего неврологического и соматического статуса. При неврологическом осмотре оценивалась степень выраженности вербальных, двигательных и чувствительных расстройств. Для выяснения факторов риска инсульта всем пациентам, помимо детального сбора анамнеза (длительность заболевания, перенесенные заболевания, длительность сахарного диабета и гипертонической болезни, стрессовые ситуации, вредные привычки, образ питания, профессия и режим труда), также проводилась клинические и биохимические исследования крови, которые включала в себя исследования уровня холестерина, сахар крови, времени свертываемости крови (ВСК), МНО и АЧТВ и исследовали спинномозговой жидкости. Полученные результаты исследования подвергли статической обработке на персональном компьютере с использованием программы SPSS 12.0.

Результаты и обсуждение. При поступлении все пациенты в зависимости от общего состояния были госпитализированы неврологическое или реанимационные отделение г. Хорога. Частота встречаемости сосудистых заболеваний головного мозга различных возрастных группах. В результате анализа заболеваемости в возрастной группе до 40 лет преобладали больные и ИИ над ТИА, и составляли 8 пациентов против 4, а геморрагический инсульт, в этой группе не встречался. В возрастной группе до 60 лет, также преобладали пациенты с ИИ, их было 22 пациента, с ТИА 11 человек, с ГИ 4 человека. В возрастной группе до 80 лет на первый план также выступали пациенты с ИИ и составили 39 человек, на втором месте пациенты с ТИА, их было 17 человек, а ГИ наблюдался у 5 пациентов

В структуре заболеваемости в зависимости от возрастных показателей преобладают пациенты с Ишемического

инсульта (ИИ) в основном в возрастной группе от 60 до 80 лет составляет 62,0% от общего числа пациентов перенесших инсульт, пациенты с ТИА составляли 29,0% пациентов, а у 8,1% пациентов наблюдался геморрагический инсульт (ГИ) и по типу внутримозгового кровоизлияния, который существенно не различался в сравниваемых группах.

Для определения вида инсульта из группы пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга были выделены пациенты с ИИ и ГИ. Соотношение ишемического и геморрагического инсультов: ишемический характер отмечался 69 пациентов а у 9 пациентов был диагностирован геморрагический характер.

Ишемический инсульт встречался 88,4% случаев, а геморрагический инсульт встречался в 11,6% случаев, что соответствует данным литературы и других авторов (Гусев 2003).

Общая летальность у больных с инсультом составила 20 (18,1%) человек от общего числа пациентов с сосудистой патологией головного мозга.

В результате анализа смертности выявлено что с увеличением возраста отмечается и увеличение процентов летальности. Также следует отметить, что по половому признаку смертность существенно не различалась, мужчин было 11, что составляет 55%, а женщин 9, что составляет 45% от общей летальности.

Стрессовые ситуации отмечались у 98 пациентов, а атеросклеротические поражения сосудов головного мозга отмечались у 82 пациентов. Погрешность в диете и нарушение режима питания отмечались у 77 пациентов, 26 пациентов страдали сахарным диабетом. Малоактивный образ жизни наблюдался у 63 пациентов, а у 74 пациентов наблюдалось ожирение различной степени. 38 пациентов злоупотребляли алкоголем и курением, а у 27 пациентов инсульт развился вследствие физических нагрузок.

Таким образом, гипертоническая болезнь, атеросклеротические поражения сосудов головного мозга, стресс, погрешность в диете и нарушение режима питания являлись основными факторами риска при развитии инсульта. Анализируя эпидемиологические данные и факторы риска инсульта в ГБАО с учетом географических и этнических особенностей нашей страны можно сделать следующие

Выводы.

1. Частота сосудистых заболеваний головного мозга увеличивается, причем в последние десятилетия заболевание молодеет.
2. Общая летальность и соотношение ишемического и геморрагического инсультов существенно не отличались, что сопоставимо с данными других авторов.
3. Основными факторами риска являлось стресс, гипертоническая болезнь, атеросклероз и погрешность в диете.

Список литературы.

1. Верещагин Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии/ Н.В. Верещагин, В.А. Моргунов, Т.С. Гулевская. М Медицина, 2007. –с 288
2. Виленский Б.С. Патогенез сосудистых поражений головного мозга/Б.С.Виленский, Г.М. Семенова, Е.А. Широков и др.// Журн. Невропатологии и психиатрии.1996.-№5.-с.14-18.
3. Гусев Е. И. Эпидемиология инсульта в России/ Е.И.Гусев, В.И.Стаховская.//Журнал невропатологии и психиатрии.-2003.Приложение к журналу Инсульт №8.-с.4-61
4. Малкова А.А. К характеристике регистра мозгового инсульта в Ижевске: Дис. Канд. Мед. наук. М.,1996.-306с.
5. Bonita, R. Curr Opin Neurol/ R. Bonita, R. Beaglehole, K. Asplund //Stroke.1994.- Vol.7,N 5.-P. 5-10.

Дадабаев Р.Д., Алиев Х.И., Хомидзода Х.Х.

ОНИХОПАТИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Псориаз-распространенное хроническое кожное заболевание, характеризующееся тяжелым рецидивирующим течением и трудностями терапии[1]. Первым описал поражение ногтей при псориазе в 1835 году Биет, а в 1868 году Харди показал, что псориаз ногтей может быть единственным признаком дерматоза. Псориагическая онихопатия проявляется в изменении цвета, конфигурации, толщины и консистенции ногтя [1]. Ногти при псориазе вовлечены в патологический процесс в 32,1–66,7 % случаев [1,2]. Неэстетичный вид ногтей, пораженных псориазом, снижает качество жизни больных, косметические проблемы испытывают 93 % больных, 58 % больных псориазом указывают, что псориаз ногтей мешает трудовой деятельности. Кроме этого имеется корреляция между тяжестью поражения ногтей и тревожно-депрессивными расстройствами у больных с псориагическим артритом [2]. В настоящем исследовании больные предъявляли жалобы на неэстетичный вид ногтей. Существуют различные методы лечения псориаза ногтей, но информации относительно их эффективности и безопасности мало, а имеющиеся данные свидетельствуют, что при проведении общей терапии псориаза ногтевые пластины восстанавливаются редко.

Целью исследования. Оценить клинические варианты псориагических онихопатий.

Материалы и методы исследования. Основную группу исследования составили 69 больных псориазом с клиническими проявлениями онихопатий. Был собран анамнез, проведен клинический осмотр. Для дифференциальной диагностики с онихомикозами всем пациентам проводилось микроскопическое исследование ногтевых чешуек. Статистические данные были проанализированы, рассчитан критерий Стьюдента для альтернатив, установленный уровень значимости был $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании 150 больных псориазом ногтевые пластины были изменены у 55-и (36,7 %) больных, они и составили основную группу наблюдения. В основной группе наблюдения было 35 мужчин и 20 женщин ($p = 0,13$), в возрасте от 10 до 65 лет. Значимых различий между мужчинами и женщинами по возрасту, длительности заболевания, длительности изменения ногтевых пластин найдено не было. Подногтевой гиперкератоз был у 35-х (63,6 %) больных и являлся характерным признаком псориаза ногтей стоп. Так у 33-х (60 %) пациентов были поражены ногтевые пластины стоп, у 18-ти (33 %) были изменены ногтевые пластины

кистей ($p = 0,0002$). Для псориаза ногтей на пальцах кистей были характерны изменения в виде симптома наперстка, онихолизиса, продольных линий, линий Бо, койло- и лейконихии, подногтевых геморрагий. Симптом наперстка был у 36-ти (65,4 %) больных, из них 35 имели деформацию ногтевой пластины пальцев кистей. Онихолизис наблюдался у 33-ти (60 %) больных, и в 30 случаях встречался на кистях, в 3-х на стопах ($p = 0,00003$). Ногтевая пластина отделялась от ложа в проксимальной части у 8-ми (14,5%) больных. Онихомадезис ногтевых пластин пальцев кистей был у 11-ти больных на пальцах кистей, и у двух на пальцах стоп ($p = 0,001$). Линии Бо были у 22-х (40 %) больных, их них у двух на пальцах стоп и у 20-ти — на кистях. Данная патология чаще отмечалась у женщин, в 14-ти случаях против 8-ми у мужчин ($p = 0,02$). Продольные линии встречались у 11-ти (20 %) больных, на стопах продольные линии были в трех случаях, на кистях в 8-ми случаях ($p = 0,017$). Койлонихия была зарегистрирована у 8-ми (14,5 %) больных, при этом ногти пальцев кистей были изменены у 7-ми больных, а стоп — лишь у одного ($p = 0,003$). Симптом масляного пятна диагностирован у 14-ти (25,4 %) больных, в том числе в 10-ти случаях на ногтевых пластинах кистей и в четырех случаях — на стопах ($p = 0,003$). Трахионихия встречалась у 18-ти (30 %) пациентов практически с одинаковой частотой как на кистях, так и на стопах, соответственно у 10-ти и у 8-ми больных ($p = 0,81$). Ряд симптомов был отмечен только на ногтевых пластинах кистей. Так у шести (11 %) больных наблюдались подногтевые геморрагии в виде занозы, у четырех (7,3 %) — точечная лейконихия и у трёх (5,4 %) — полосовидная лейконихия. В зависимости от формы псориаза псориагические онихопатии имеют ряд особенностей. При эритродермии наблюдалось тотальное поражение всех ногтевых пластин, которое чаще протекало по типу онихолизиса и трахионихии. Для псориагического артрита был характерен подногтевой гиперкератоз, симптом наперстка, онихолизис, трахионихия, 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 наперстка, онихомадезис, трахионихия, симптом масляного пятна, линии Бо, продольные линии, подногтевые геморрагии в виде занозы. Симптом наперстка чаще встречался при псориагическом артрите (у 100 %), онихолизис — при ладонно-подошвенной форме псориаза, эритродермии и псориагическом артрите (100; 81,8 и 73 % соответственно), трахионихия — при псориагическом артрите и эритродермии (72,7 и 81,8 % соответственно).

Псориагические ониходистрофии пальцев кистей были у 53-х (96,4 %) больных, на ногтевых пластинах стоп клинические проявления псориаза встречались у 36-ти (65,4 %) больных ($p = 0,00029$). На стопах более часто изменялись ногтевые пластины первых пальцев, на кистях преобладало поражение ногтевых пластин первых и вторых пальцев. Деформация дистальной части ногтевой пластины наблюдалась на кистях у 40 (72,7 %) больных, на стопах у 14-ти (25,4 %) больных ($p = 0,000134$). Проксимальная локализация поражения встречалась на ногтевых пластинах пальцев кистей у 18-ти (33 %) больных, на стопах у двух (3,6 %) больных ($p = 0,000002$), а латеральная локализация наблюдалась на кистях у 23-х (41,8 %) больных и у четырёх (7,3 %) больных на стопах. Тотальное поражение ногтевых пластин на кистях — у 18-ти (33 %) больных и на стопах у — 25-ти (45,4 %) больных. Гипертрофический тип поражения ногтей выявлен у 28-х (51 %) больных на стопах, на кистях — у пяти (9 %) больных ($p = 0,000001$). Онихопатии протекали по нормотрофическому типу у 45-ти (82 %) больных на кистях, у 12-ти (22 %) на стопах ($p = 0,0000001$). Онихолизис в 2 раза чаще встречался на стопах, чем на кистях (соответственно 6 (11 %) и 3 (5,4 %) случая). Псориагическая онихопатия ассоциирована с микотической инфекцией у 11-ти (20 %) больных, из них было 7 (63,6 %) мужчин и 4 (36,4 %) женщин. Во всех случаях это был онихомикоз стоп, а у одного пациента — в сочетании с онихомикозом кистей.

Таким образом, у 36,7 % больных псориазом развивались онихопатии, что согласуется с данными литературы [1,2]. Псориагическими ониходистрофиями страдали как мужчины, так и женщины. Было выявлено, что ногтевые пластины пальцев кистей и стоп изменялись не одинаково. Ногти кистей чаще вовлекались в патологический процесс, в большинстве случаев они были изменены по нормотрофическому типу с локализацией признаков ониходистрофий в дистальной и латеральной частях ногтевой пластины. Для ногтей стоп был характерен гипертрофический тип поражения с тотальной деформацией ногтевой пластины. На стопах более часто изменялись ногтевые пластины первых пальцев, на кистях — ногти первых и вторых пальцев. Ногти кистей в отличие от ногтей стоп в меньшей степени адаптированы к условиям гипоксии, поэтому на кистях наблюдалась клиническая картина с яркими дистрофическими проявлениями. Преобладали следующие изменения: симптом наперстка, онихолизис, продольные линии, линии Бо, койло- и лейконихии, подногтевые геморрагии. 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. Признаки псориагической ониходистрофии встречались с различной частотой в зависимости от формы псориаза. Симптом наперстка был характерен для псориагического артрита, онихолизис — для ладонно-подошвенной формы псориаза, псориагического артрита и эритродермии, трахионихия — для псориагического артрита и эритродермии. Псориагические онихопатии были ассоциированы с микотической инфекцией у 20 % больных, что соответствует данным литературы [3]. Онихомикоз чаще встречался у мужчин и локализовался на ногтевых пластинах стоп.

Список литературы.

1. Жукова О.В., Артемьева С.И. Псориаз ногтей: Динамика клинического течения на фоне терапии препаратами ИЛ-17/Медицинский совет.-2022.-16(3): С. 38-45.
2. Коротаева Т.В. ингибиторы интерлейкина 17А в лечении псориагического артрита: что нового?/ современная ревматология .-2021.-№2: С. 106-111.
3. Baran R. The burden of nail psoriasis: an introduction / R. Baran // Dermatology. — 2010. — N 8. — P. 221.

ИЗУЧИТЬ ЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ

Кафедра Внутренние болезни, нефрология и гемодиализа

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Известно, что со степенью прогрессирования ХБП возрастают риск нарушения кальциевого обмена. При этом риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ХБП увеличиваются, сохраняя даже после трансплантации почки [4,6,7,8,11]. Ряд научных исследований по определению уровня витамина D у пациентов с хронической болезнью почек, в том числе и у пациентов после трансплантации, показало, что от 30% до 50% пациентов с ХБП имеют дефицит витамина D [11,13,15,16].

К сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности среди пациентов с ХБП могут привести минерально-костные нарушения [9,10,13,14] – системные нарушения минерального и костного метаболизма, обусловленные снижением почечной функции. Минерально-костные нарушения у пациентов с ХБП определяют уже при скорости клубочковой фильтрации менее 70 мл/мин/1,73м² (II стадия ХБП) [7,8,15,16].

Цель исследования: изучить значение костно-минерального обмена у пациентов с ХБП 2–3-й стадий.

Материалы и методы исследования: было обследовано 105 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С2 и С3 стадии, в возрасте от 35 до 69 лет, воспалительной и сосудистой этиологии. Все обследованные пациенты находились на диспансерном наблюдении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нефрологии и трансплантации почки МЗРУз. Средний возраст больных составлял 41,3±14,7 года.

Диагноз ХБП устанавливали в соответствии с критериями KDIGO (2012) [17]. Стадия 2: СКФ 89–60 мл/мин/1,73м² (n=35 пациентов), стадия 3: СКФ 59–30 мл/мин/1,73м² (n=33 пациентов с С3а стадией и n=37 пациентов с С3б стадией ХБП). Оценка функционального состояния почек проводилась на основе определения уровня сывороточного креатинина (Кр), экскреции альбумина с мочой (определение микроальбуминурии (МАУ ≥300 мг/л) в разовой утренней моче, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКФ EPI, в которой учитываются раса, пол, возраст, уровень креатинина сыворотки крови [4,5,12]. Для расчета СКФ по формуле CKD-EPI можно воспользоваться специальными приложениями для мобильных устройств (QxMDCalculator). В параклинический спектр также входило определение следующих биохимических маркеров, таких как паратгормон (ПТГ), кальций (Са), фосфор (Р), кальций-фосфорное произведение (Са×Р), щелочная фосфатаза (ЩФ), общий белок, альбумин, мочевины (на биохимическом анализаторе «SIEMENS ADVIA 2400», Германия).

При оценке уровня витамина D мы руководствовались рекомендациями KDOQI по лечению нарушений костно-минерального обмена у пациентов с ХБП от 2005 г. и по питанию пациентов с ХБП от 2008 г. [2,3,4,5].

Статистический анализ результатов проводили при помощи программы «Statistica v7.0» («StatSoft Inc», США). Были использованы методы описательной статистики с определением частоты встречаемости признака, средней арифметической, медианы и стандартного отклонения (SD). Различия в показателях биологических маркеров между группами ХБП рассчитывались с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение: клиническая характеристика обследованных пациентов с ХБП С2-3 стадией представлены в таблице №1. Как видно из представленных данных средний возраст и гендерный состав обследованных пациентов был сопоставим. Анализ этиологической структуры данных пациентов показал, что во всех группах пациентов с ХБП С2, С3а и С3б стадии преобладали пациенты с хроническим гломерулонефритом и тубулоинтерстициальным нефритом. Наименьший процент этиологического фактора ХБП составили пациенты с гипертонической и атеросклеротической этиологии (от 4-7%) (таблица 1.).

Анализ распределения пациентов с ХБП в зависимости от уровня VitD показало, что по мере нарастания тяжести ХБП отмечался рост количества больных с уровнем недостаточности и дефицита витамина D. Анализ сывороточного уровня витамина D выявил, что у 56,2% пациентов отмечается его снижение, а у 26,7% пациентов обнаружен дефицит Витамина D. при этом, в 1й группе с ХБП С2 у 22 пациентов (59,5%) отмечались нормальные значения Вит D, то во 2й группе пациентов с ХБП3а стадии составили 4 (10,2%), а в 3й группе данный контингент пациентов был равен 0. Количество пациентов с недостаточным уровнем Вит. D в 1й группе выявился у 3 (8,1%) пациентов, во 2й группе у 9 (23,1%) и в 3й группе с ХБП С3б стадией у 17 (44,7%) пациентов (таблица 1.).

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с ХБП С2-С3 стадией

Параметры	ХБП 2 стадии n=37	ХБП 3а стадии n=39	ХБП 3б стадии n=38
Возраст, годы	40,82±12,67	39,7±11,37	35,63±13,55
Гендерное распределение			
Мужчины, n (%)	16 (29,4%)	21 (53,8%)	22 (57,9%)
Женщины, n (%)	21 (56,6%)	18 (46,1%)	16 (42,1%)
Распределение пациентов по этиологии			
Хронический гломерулонефрит	13 (35,2%)	14 (35,9%)	16 (42,1%)
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	15 (40,5%)	15 (38,5%)	13 (34,2%)
Гипертонический нефроангиосклероз	5 (13,5%)	7 (17,9%)	5 (13,2%)
Атеросклероз сосудов почек	4 (10,8%)	3 (7,7%)	4 (10,5%)
Распределение пациентов в зависимости от уровня VitD			

Норма VitD (≥ 30 нг/мл)	22 (59,5%)	4 (10,2%)	-
Недостаток VitD (15–29 нг/мл)	12 (32,4%)	26 (66,7%)	21 (55,3%)
Дефицит VitD (≤ 15 нг/мл)	3 (8,1%)	9 (23,1%)	17 (44,7%)
Биохимические показатели функции почек			
СКФ, мл/мин/1,73 м²	73,36 $\pm$ 12,4	52,6 $\pm$ 7,75**	36,7 $\pm$ 6,59***
Мочевина, ммоль/л	10,3 $\pm$ 1,8	12,4 $\pm$ 2,2**	13,7 $\pm$ 2,6***
Креатинин, мкмоль/л	122,55 $\pm$ 13,58	167,4 $\pm$ 18,37**	203,5 $\pm$ 22,52***
Общий белок, г/л	52,67 $\pm$ 5,5	46,23 $\pm$ 6,66**	42,51 $\pm$ 6,93***
Альбумин, г/л	36,2 $\pm$ 4,72	31,45 $\pm$ 4,34	26,7 $\pm$ 5,6***
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	257,43 $\pm$ 68,15	286,7 $\pm$ 59,7	321,5 $\pm$ 63,4***

Примечание: уровень достоверности ** $p < 0,01$ и *** $p < 0,001$

Анализ биохимических параметров функционального состояния почек (креатинин и уровень СКФ) и биохимического состава крови (мочевина, уровень общего белка) соответствовал стадиям ХБП, достоверно различался во 2й и 3й группах исследования, в отличие от данных 1й группы с ХБП 2й стадии (** $p < 0,01$ и *** $p < 0,001$ – таблица 1.). Однако щелочная фосфатаза, несмотря на некоторую тенденцию к повышению уровня последней, у пациентов с 2 и 3а стадиями ХБП достоверно не отличалась. Результатами анализа уровня сывороточного альбумина также не выявлено достоверной разницы у пациентов с разными стадиями ХБП. (таблица 1.).

Уровень ПТГ значимо повышался, начиная с 3 стадией ХБП (** $p < 0,01$ и *** $p < 0,001$ – таблица 2.) на 72,6% и в 1,2 раза во 2й и 3й группе пациентов с ХБП 3а и 3б стадиями. Что же касается уровня сывороточного кальция и фосфора, а также их соотношения (Са х Р) то значимое различие между представленными группами исследования не наблюдалось ($p > 0,05$).

Таблица 2.

Показатели кальцево-фосфорного обмена у пациентов с ХБП С2-С3 стадии

Параметры	ХБП 2 стадии n=37	ХБП 3а стадии n=39	ХБП 3б стадии n=38
Vit.D, нг/мл	26,6 $\pm$ 6,96	20,2 $\pm$ 5,7*	19,7 $\pm$ 4,3***
Кальций, ммоль/л	2,46 $\pm$ 0,14	2,33 $\pm$ 0,31	2,15 $\pm$ 0,34
Фосфор, ммоль/л	1,44 $\pm$ 0,27	1,52 $\pm$ 0,33	1,65 $\pm$ 0,22
Са х Р	3,49 $\pm$ 0,724	3,54 $\pm$ 0,77	3,63 $\pm$ 0,69
иПТГ, нг/мл	54,2 $\pm$ 23,8	93,6 $\pm$ 37,1**	128,3 $\pm$ 34,5***

Примечание: уровень достоверности * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ и *** $p < 0,001$.

Минеральные и костные нарушения могут выявляться при снижении СКФ менее 70 мл/мин/1,73м² еще до установления III стадии ХБП. Ухудшение почечной функции и прогрессирование минерально-костных нарушений при ХБП осложняются развитием вторичного гиперпаратиреоза. Пациенты с ХБП подвержены риску развития более ранних и тяжелых нарушений минерально-костного обмена, которые являются ведущей причиной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в этой категории больных. Несмотря на попытку активно скорректировать нарушения минерального обмена у пациентов с ХБП, более чем у половины из них отмечался дефицит витамина D. У больных с ХБП снижение сывороточного уровня витамина D обусловлено повышенной фильтрацией в клубочках и результатом диет с низким содержанием белка и протеинурией [11,14,15,16]. Эти факторы часто сопровождают ХБП, приводя к потере витамин D-связывающего белка с мочой [7,8,9,15, 16]. Дефицит витамина D приводит к низкому всасыванию кальция в кишечнике, гипокальциемии и увеличению секреции ПТГ с развитием вторичного гиперпаратиреоза, который является независимым фактором риска смерти у пациентов с ХБП [2, 3,10,11,12].

Закключение. В нашем исследовании выявлено, что пациенты с ХБП и с дефицитом витамина D имели достоверно более низкие показатели сывороточного альбумина. Однако остается вопрос об определении витамина D у больных, с тяжелыми стадиями ХБП и нуждающимися в процедуре гемодиализа, поскольку влияние диализа на костно-минеральный обмен велико и оценить истинную картину костно-минерального обмена у таких пациентов сложно. Определение сывороточного витамина D и его коррекция у больных с ХБП было предметом споров из-за различных результатов, полученных разными исследователями [10,11,14,16]. Предложено определение сывороточного уровня «пищевого» витамина D у пациентов, не получающих диализ, и проведение коррекции при его недостатке.

Список литературы:

- Shroff R, Aitkenhead H, CostaNet al. Normal 25-Hydroxyvitamin D Levels Are Associated with Less Children with CKD. J Am Soc Nephrol 2016;27(1):314–322
- North American Pediatric Renal Trials and Collaborative Study. NAPRTCS 2008 Annual Report. Renal transplantation Dialysis chronic renal insufficiency. Rockville: The EMMES Corporation; 2008. [Accessed on: December 20th, 2016]
- Melamed M, Thadhani R. Vitamin D Therapy in Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease. Clin J Am Soc Nephrol 2012;7(2):358–365
- KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 2013;3. [Accessed on: December 20th, 2016]. Available at: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in Children with CKD: 2008 update. Am J Kidney dis 2009; 53(3 Suppl 2). [Accessed on: December 20th, 2016]. Available at: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/cpgped-nutr2008.pdf>
- Chesney RW. Interactions of vitamin D and the proximal tubule. Pediatr Nephrol 2016; 31: 7–14
- Damasiewicz M, Kerr PG, Polkinghorne KR. Vitamin D therapy in chronic kidney disease: back to the future? Clin

8. Bosworth C, de Boer IH. Impaired vitamin D metabolism in CKD. *Semin Nephrol* 2013; 33: 158–168
9. Kumar J, McDermott K, Abraham AG et al. Prevalence and correlates of 25-hydroxyvitamin D deficiency in the Chronic Kidney Disease in Children (CKiD) cohort. *Pediatr Nephrol* 2016; 31: 121–129
10. Molina P, Gorris JL, Molina MD et al. The effect of cholecalciferol for lowering albuminuria in chronic kidney disease: a prospective controlled study. *Nephrol Dial Transplant* 2014; 29: 97–109
11. Weiner DE, Kapoian T, Johnson DS. Nutrition, vitamin D, and health outcomes in hemodialysis: time for a feeding frenzy? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2015; 24: 546–556
12. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl* 2017;7:1–59
13. Levin A, Bakris G L, Molitch M et al. Prevalence of abnormal serum vitamin D, PTH, calcium, and phosphorus in patients with chronic kidney disease: results of the study to evaluate early kidney disease. *Kidney Int* 2007; 71: 31–38
14. Torrealba JV, Bover J, Cannata J et al. Recommendations of the Spanish Society of Nephrology for the management of bone mineral metabolism disorders in patients with chronic kidney disease (S.EE. .N.- MM) *Nefrologia* 2011; 31 (1): 3–32
15. Gordon CM, DePeter KC, Feldman HA et al (2004). Prevalence of vitamin D deficiency among healthy adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158: 531–537
16. Kramer H, Berns JS, Choi MJ et al. 25-Hydroxyvitamin D testing and supplementation in CKD: an NKF-KDOQI controversies report. *Am J Kidney Dis* 2014; 64: 499–50

Джураева С. Д., Ниязова Н.Ф.

ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ

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

Актуальность. Сахарный диабет (СД) занимает лидирующее место в структуре распространенных неинфекционных заболеваний и его осложнений – являются одним из важнейших медико-социальных и экономических проблем современного здравоохранения [1]. Диабетическая ретинопатия (ДР) является наиболее частым осложнением диабета и остается ведущей причиной предотвратимой слепоты среди населения трудоспособного возраста в развитых странах [2]. Она составляет 70%-80% от всей инвалидности по зрению обусловленной СД [3]. Диабетическая ретинопатия (ДР) при СД характеризуется микрососудистыми нарушениями в сетчатке глаза, которые в терминальной стадии могут приводить к полной потере зрения. Заболевание начинается с повышения проницаемости сосудистой стенки и микроокклюзивных процессов в терминальных сосудах, что способствует развитию ишемии сетчатки и приводит к появлению васкулярных изменений на глазном дне [4]. Осложнения течения диабета (диабетическая ретинопатия и диабетический макулярный отек (ДМО)) являются одной из главных причин нарушения зрения. Неконтролируемая гипергликемия при сахарном диабете может привести к ДР и ДМО [5]. Изучение методов ранней диагностики и лечения диабетической ретинопатии является одной из актуальных проблем как в офтальмологии, так и в эндокринологии.

Цель исследования. Изучение частоты различных стадий ДР в зависимости от длительности СД 2 типа, степени компенсации с рациональным подходом к лечению.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 103 пациента (мужчин 27 (27,8%), женщин 76 (76,2%)), находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГМЦ №1 им. К. Ахмедова с диагнозом сахарный диабет 2 типа. Возраст больных составил от 30 до 70 лет в среднем 52,5 лет. Для оценки стадий диабетической ретинопатии всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование, включающее в себя визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию переднего отдела глаза и осмотр глазного дна. Для определения стадии ДР были использованы классификации ДР предложенной 1991 году М. Porta и Е. Kohner, которая также является официальной классификацией ВОЗ. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от стадии ДР. Также учитывались длительность заболевания, уровень глюкозы, гликолизированного гемоглобина и получаемая терапия.

Статистический анализ результатов проводился с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждения. В ходе исследования 103 пациентов с СД 2 типа непролиферативная стадия ДР была выявлена у 53 (54,5%) больных, которая характеризовалась в виде микроаневризм, точечных кровоизлияний, отека сетчатки с локализацией в центральной зоне глазного дна. Препролиферативная стадия выявлена у 12 (11,7%) больных, где наблюдались венозные аномалии, четкообразностью, извитостью петлеобразностью, удвоением калибра сосудов, большим количеством твердых ватных экссудатов множеством крупных геморрагий. Пропролиферативная ретинопатия характеризовалась неоваскуляризацией диска зрительного нерва и других отделов сетчатки, кровоизлиянием в стекловидное тело, образованием фиброзной ткани в области преретинальных кровоизлияний и была выявлена у 3 (3%) пациентов, 2-м из которых была проведена лазеркоагуляция сетчатки в 2019 году.

Наиболее значимыми факторами риска развития ДР являются продолжительность заболевания, плохой гликемический контроль и высокий уровень гликированного гемоглобина. Так у обследованных пациентов длительность заболевания составил до 5 лет у 32 (32%) больных, до 10 лет у 35 (34%) больных, до 15 лет у 31 (31%) больных и до 20 лет у 5 (5%). Более 66% больных СД 2 типа были с длительностью заболевания более 10 лет и возрастной их диапазон составил 40-50 лет. Уровень глюкозы, плазмы натощак колебался от 8 ммоль/л до 15,0 ммоль/л. Через 2 часа после еды от 10 ммоль/л до 17 ммоль/л. Повышенный уровень гликолизированного гемоглобина до 10% наблюдался у 36 больных, до 12% у 65 больных и свыше 15% у 2 пациентов. Все больные получали базисную терапию, включающие инсулинотерапию и пероральные сахароснижающие препараты. Пациенты, получающие инсулинотерапию составили

33,9% лиц, с комбинированной схемой лечения (инсулин и пероральные сахароснижающие препараты) 13,39% чел., больные получающие ППС-составили 58,7%.

Лечение диабетической ретинопатии как и других поздних осложнений сахарного диабета начиналось с достижения компенсации углеводного обмена в соответствии с целевым значением для данного пациента наряду с нормализацией жирового, белкового, водно-солевого обмена.

На фоне базисной терапии, включающий препараты гипогликемического действия проводился контроль степени компенсации углеводного обмена с коррекцией доз сахароснижающей терапии. Обращалось внимание на дифференцированное назначение диуретиков, статинов, гипотензивных средств. Больным с непролиферативной ретинопатией дополнительно назначался «Тивортин» внутривенно в течение двух недель. На фоне проводимой терапии не было зарегистрировано прогрессирование ДР, сократилось число больных с непролиферативной ретинопатией. В двух случаях после лазерокоагуляции сетчатки была отмечена положительная динамика улучшился визуса, отмечалось достоверное увеличение кровотока.

Выводы.

1. С целью выявления начальных стадий ДР всем больным при постановке диагноза СД 2 типа необходим осмотр окулиста не реже одного раза в год.
2. Компенсация углеводного обмена с достижением целевых значений показателей гликемии с коррекцией доз является важным аспектом в лечении и профилактики ДР.

Список литературы.

1. Крыжановская Т.В. Патогенетические аспекты реабилитации больных диабетической ретинопатией// Сучасні аспекти судинно-ендокринних захворювань органа зору. – Киев – 2015. – С.73-74.
2. WongTY, CheungCM, LarsenM, et al. Diabetic retinopathy // *Nat Rev Dis Primers*. –2016. - Mar;2:16012. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.12>
3. Лысенко Г.С. Современные представления о патогенезе препролиферативной диабетической ретинопатии // Вестник РАМН. – 2016. - №5. – С.56-59.
4. Тактика врача эндокринолога / Практическое руководство под редакцией академика РАН И. И. Дедова, академика РАН Г. А. Мельниченко// Издательство ГЭОТАР Медиа 2022г.
5. Кирилюк, М.Л. Медикаментозное лечение и профилактика диабетической ретинопатии при сахарном диабете: обзор литературы и клинических исследований. - МЭЖ.-2012. - №5 (45)

Дододжони А., Рахимова Д.С.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

Актуальность. Диабет – это хроническое заболевание, которое возникает либо в случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточное количество инсулина, либо, когда организм не может эффективно использовать вырабатываемый инсулин. По данным ВОЗ, число пациентов, страдающих диабетом, увеличилось со 108 миллионов до 422 миллионов в период с 1980 по 2014 год, причем большое количество пациентов приходится в странах со средним или низким уровнем дохода [1]. По данным ряда статистических данных в мире в 2019 году диабет стал непосредственной причиной смерти в 1,5 млн случаев, из них 466 тыс. произошли из-за осложнений сахарного диабета. Среди них около 30,7% заболеваний почек и 20% сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), причиной которых является повышенный уровень сахара в крови [1,2]. Некоторые исследования подтвердили, что из общего числа, упомянутого выше, от 19% до 34% из них подвергаются высокому риску развития диабетического стопа в течение жизни. Примерно 20% пациентов с симптомами диабетической стопы требуют операции по ампутации, и примерно 10% из них умирают в первый год с момента постановки диагноза.

Цель исследования. Изучение факторов риска развития диабетической стопы у больных сахарным диабетом и путей их решения в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 73 пациента с диагнозом сахарного диабета 2-го типа, находившихся на диспансерном учете городского центра здоровья №2 г. Душанбе. Перед выполнением цели исследования мы учитывали данные амбулаторной карты каждого пациента. Из общего числа больных 48 (65,8%) были женщинами и 25 (34,2%) мужчинами. Средний возраст составил 59,4 года.

В качестве метода исследования мы использовали традиционный метод, включающий: определение индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления (АД) по методу Короткова, изучение образа жизни больных и определение уровня сахара в крови. Результаты исследований обрабатывались с использованием программ «Statistika for Windows».

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении анамнеза жизни, связанной с сахарным диабетом, установлено, что все они страдают сахарным диабетом 2 типа более 10 лет. Жалоб, связанных с синдромом диабетической стопы, за время исследования не наблюдалось. Жалобы, вынудившие большинство пациентов обратиться к врачу первичной медико-санитарной помощи или быть госпитализированными, были следующими: частое мочеиспускание у 67 человек (91,8%), частое мочеиспускание ночью у 39 человек (53,4%) и, наконец, жжение подошв ног наблюдалось у 66 (90,4%) человек. Все больные применяют препараты для регулирования уровня сахара в крови, препараты для снижения процесса свертывания крови, т.е. антиагреганты, а также гипотензивные препараты от гипертонии. (90,4%). В ходе исследования и определения ИМТ установлено, что у 27 больных 36,9% масса тела соответствовала норме от 21,3 до 24,6 кг/м². ИМТ у 22 больных 30,1% соответствовал избыточной массе тела, которая составляла от 26,8 до 28,9 кг/м². У 18 пациентов 24,6% диагностировано ожирение 1-й степени, ИМТ колебался от 31,8 до 34,6

кг/м², у остальных 6 больных 8,3% зафиксировано ожирение 2-й степени, ИМТ составлял от 37,1 до 38,9 кг/м² был равным. Все пациенты, включенные в исследование, почти 97,2% страдали гипертонической болезнью (ГБ). В частности, при изучении амбулаторной карты больных мы выяснили, что из 47 из них 64,4% страдают ГБ 1-й степени, у 32,8% - ГБ 2-й степени, но у остальных двое (2,8%) - от гипертонии, не жаловались. В ходе исследования нам стало ясно, что не все пациенты установили для себя правильный образ жизни. Из них 44 человека, т.е. 60,3% из них, не соблюдают правила диетического питания вовремя и ежедневно по предписаниям врачей. Небольшое количество пациентов обратило внимание на вопрос физической активности, особенно ходьбу 2-3 раза в неделю по 30 минут - 21 человек (28,8%). Остальные 52 пациента, 71,2%, не придали значения необходимости. Небольшое количество пациентов 27 знали, что больным сахарным диабетом следует носить обувь с широким носком 36,9%. Еще у 31 пациента 42,5% оказались осведомлены о рекомендуемой обуви, но не всегда в полной мере соблюдают ее, и, наконец, остальные 15 пациентов (20,6%) подтвердили, что не знают или могли о ней слышать, но забыли. Из 25 обследованных пациентов мужского пола установлено, что 7 (28%) являются курильщиками. Из 25 обследованных пациентов мужского пола установлено, что 7 (28%) являются курильщиками. Еще 3 (12%) человека из этой же группы сообщили, что иногда употребляют алкогольные напитки во время торжеств.

Все пациенты были более 10 летней давности сахарным диабетом 2 типа, которому можно предполагать, что отрицательно влияет на организм в частности особенно органов мишеней. 97,2% страдали ГБ, которому удвоят срок приближения осложнения диабета. В частности, пациенты не соблюдали рекомендованные врачам правила профилактики осложнения диабета, особенно несоблюдение ношения обуви с широким носком, что в большинстве случаев лежит в основе развития синдрома диабетической стопы. В дополнение к вышесказанному видно, что, хотя их число и невелико, есть пациенты, употребляющие табак и алкоголь на 40%.

Выводы. 60,3% больные сахарного диабета 2 типа, не соблюдают правила диетического питания вовремя или ежедневно по предписаниям врачей. 42,5% оказались осведомлены о рекомендуемой обуви с широкой носок, но не всегда в полной мере соблюдают ее. У 90,4% больных зафиксированы симптомы боли и жжения в подошвах стоп. 32,9% больных страдают ожирением.

Эндокринологам, терапевтам и работникам ПМСП следует не только полагаться на лекарства при сахарном диабете и его осложнениях, важно также разъяснять и проверять образ жизни больных, чтобы не допустить осложнения сахарного диабета, в том числе диабетической стопы.

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019. Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2020
3. International Diabetes Federation . The Diabetic Foot. Brussels, Belgium, International Diabetes Federation, 2020. Accessed 1 August 2022.
4. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med* 2017;376:2367–2375
5. Meloni M, Izzo V, Giurato L, Lázaro-Martínez JL, Uccioli L. Prevalence, clinical aspects and outcomes in a large cohort of persons with diabetic foot disease: comparison between neuropathic and ischemic ulcers. *J Clin Med* 2020;9:1780.

Дододжони А.

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из основных причин смертности в мире. По данным ВОЗ, в 2016 году от сердечно-сосудистых заболеваний умерло более 17,9 млн человек, более 75% из которых приходится на страны со средним или низким уровнем дохода[1]. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), являющаяся одним из основных компонентов ишемической болезни сердца (ИБС), является серьезной проблемой системы здравоохранения каждой страны в современном мире [1,2]. Хотя в современных условиях медицинская наука добилась значительных успехов в области медикаментозного лечения хронической сердечной недостаточности, однако тяжесть повторных госпитализаций многих больных с этим заболеванием в стационары не уменьшилась [3]. Важно отметить, что, согласно вышеизложенному, хотя план лечения ХСН в стационарах подтвержден с медицинской точки зрения, но необходимо сказать, что причиной повторной госпитализации больных в большинстве случаев является низкий уровень медицинских знаний или отсутствие информации о заболевании хронической сердечной недостаточности. В том числе пренебрежение приемом лекарств, назначенных врачами в больнице, при выписке больного, то есть несвоевременный прием лекарства или полное прекращение приема лекарства и несоблюдение диеты[4].

Цель исследования. Изучение уровня медицинских знаний больных с ХСН в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы исследования. Обследовано 112 больных с ХСН, находящихся на диспансерном учете городского центра здоровья (ГЦЗ) №2 г. Душанбе в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст 63,7±6,4 года). Из них женщин было 34 (30,4%), мужчин – 78 (69,6%).

Перед выполнением цели исследования мы учитывали данные амбулаторной карты каждого пациента, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) больных, измеряли артериальное давление (АД) по методу Коротковой и рассчитывали частоту сердечных сокращений (ЧСС).

В ходе исследования для выяснения уровня медицинской знаний пациентов мы использовали один из популярных в современных условиях и подходящих для амбулаторных условий методов – анкетирование SC-CHDI (The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory) который состоит из 23 вопросов, разделенных на 3 раздела (шкалы). Ответы на вопросы от 1 до 10 и от 12 до 23 структурированы по принципу (от 0 или 1 до 4 или 5 баллов).

Вопрос 11 имеет (от 0 — “нет” до 1 — “да” балла). Раздел – А (максимальный балл-40) отражает понятия поведенческие рекомендации для поддержания здоровья пациентов с ИБС, а раздел – Б (максимальный балл-21) включает вопросы о скорости распознавания симптомов ХСН и, наконец раздел – В (максимальный балл-24) предназначен для оценки уверенности в своих действиях в отношении ХСН. Чем выше итоговый балл пациента по результатам анкетирования, тем выше уровень медицинского знания пациента в отношении ХСН. Результаты исследований обрабатывались с использованием программ «StatistikaforWindows».

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза жизни установлено, что 69(61,6%) больных, включенных в исследование, перенесли инфаркт миокарда (ПИМ) 2-3 года назад. Результаты данных амбулаторной карты, ИМТ и АД обследованных больных приведены в таблице № 1.

Таблица №1. Результаты данных амбулаторной карты, ИМТ и АД обследованных больных.

Число больных, страдающих АД		ИМТ	
		Количество пациентов	Показатели ИМТ
108(96,4%)		43	18,5-24,6 кг/м ² норма
Мужчины (%)	Женщины (%)		
77 (68,7%)	31 (27,7%)		
АД – I степени	АД – I степени		
28 (36,3%)	17 (54,8%)		
АД – II степени	АД – II степени		
30 (38,9%)	9 (29,1%)		
АД – степени I II	АД – I II степени		
19 (24,8%)	5 (16,1%)		

По результатам раздел - А поведенческих рекомендаций по поддержанию здоровья, установлено, что почти все пациенты 102 (91,1%) были проинформированы семейными врачами или медицинскими сестрами о ХСН, но пациенты не обратили на это внимания. На ряд вопросов части - А анкеты, пациенты дали положительные ответы. Среди вопросов - ежедневное употребление препаратов для разжижения крови, отказ от курения, ежедневное измерение АД, по возможности использование в ежедневном рационе овощей и фруктов отвечали положительно. Они дали отрицательные ответы на вопросы, которые включают в себя физические упражнения каждое утро, контроль массы тела, использование специальных систем, которые помогают им напоминать о необходимости приема лекарств. Общий балл пациентов, включенных в исследование, составил 27,8 баллов по разделу - А анкеты. Из раздела – Б 76 (67,8%) пациентов дали положительный ответ на одиннадцатый вопрос анкеты, которая включает в себя распознавания симптомы заболеваний сердца и спрашивает у пациентов, беспокоили ли их подобные симптомы в течение последнего месяца. Из них 19 (25%) были женщинами и 57 (75%) мужчинами. А у остальных 36 (32,2%) пациентов они отрицали наличие симптомов сердечных заболеваний за последний месяц. Общий балл по разделу - Б составил 13,7. В разделе - В у пациентов отмечался не особой уверенности в своих действиях в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Выяснилось, что 93 (83,1%) больных не могут с полной уверенностью сказать, что симптомы ХСН, какого значения имеют и что они могут принять меры для себя во время появления симптомов для облегчения своего состояния. Из них 26 (76,5%) женщин и 67 (85,8%) мужчин. Все пациенты 81 (72,3%) с уверенностью заявили, что рекомендованные им препараты эффективны, только 31 (27,7%) из них заявили, что не могут выразить полной уверенности. Общий балл по разделу - В составил 12,4. Итоговый суммарный балл пациентов по опроснику составил 53,9(63,4%), по которому максимальный балл по опроснику составляет – 85(100%) баллов.

Отрадно, что по полученной в ходе исследования информации выяснилось, что по разделу - А анкеты пациенты набрали 27,8 балла. Хотя максимальный балл в этом разделе был 40 баллов. Кардиологи, семейные врачи и семейные медсестры объясняют пациентам, как правильно вести себя при ХСН, было обнаружено, что большое количество пациентов 91,1% быстро забывают, или игнорируют этого. Общий балл набранному пациентам по разделу - Б составил 13,7 по которому можно сказать, что чуть выше среднего балла в соответствии общей оценки опросника. В разделе - В видно, что 83,1% больных не имеют полной уверенности в своих действиях по облегчению симптомов ХСН и значимости симптомов ХСН.

Выводы. 1. Исследование выявило, что 91,1% пациентов не обращают внимания на рекомендации медицинских работников или быстро их забывают. 2. Практически все больные нуждаются не только в медикаментозных мерах, но и немедикаментозных мерах, особенно для повышения уровня медицинских знаний больных, страдающих ХСН. 3. Кардиологам, в том числе медработникам на уровне ПМСП, следует проводить работу с группой больных ХСН по профилактическим мероприятиям, направленным на повышение уровня медицинской знаний пациентов, особенно о важности симптомов и самопомощи при необходимости.

Список литературы.

1. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure // Heart. – 2007. – V. 93. – P. 1137–1146.
3. Shah KS, Xu H, Matsouka RA, et al.. Heart failure with preserved, borderline, and reduced ejection fraction: 5-year outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(20):2476-2486. doi: 10.1016/j.jacc.2017.08.074
4. Ю.Н. Неклюдова, Т.М. /Обучение как фактор повышения уровня знаний у больных с хронической сердечной недостаточностью / Ю.Н. Неклюдова, Т.М. Мураталиев, В.К. Звенцова, А.А. Окунова, С.Ю. / Мухтаренко Вестник КазНМУ, №1-2015 С.513-516.

Актуальность. Изучение особенностей клинического течения чесотки обусловлено ростом её заболеваемости во многих странах мира, в том числе и в нашей республике. Особенно высока заболеваемость среди детского контингента. Классическая клиническая картина чесотки особых изменений не претерпела, однако чаще стали регистрироваться атипичные, стёртые и осложнённые формы. Значительно увеличилась регистрация таких форм как, осложненная, норвежская и узелковая чесотка [1,2]. Изучение особенностей клинического течения чесотки обусловлено ростом её заболеваемости во многих странах мира, в том числе и в Республике Таджикистан. Интенсивный показатель заболеваемости чесоткой у детей до 14 лет составляет 463,5–260,0, а у подростков 15–17 лет — 410,5–258,6. Недостаточное знание врачами общей лечебной сети особенностей клиники чесотки приводит к частым диагностическим ошибкам и созданию неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Особый интерес представляет возникновение узелковой чесотки, официальное название которой скабиозная лимфопазия кожи (СЛК). Патогенез лимфопазии данного дерматоза полностью не изучен и дискутируется по настоящее время. Имеется несколько точек зрения на механизмы возникновения скабиозной лимфопазии. Предполагают, что ведущим звеном является чётко выраженная у больных «лимфопластическая диспозиция», то есть способность кожного покрова к своеобразной обратимой лимфоидно-гранулематозной гиперпластической реакции. Гранулематозная реакция кожи может возникнуть вследствие раздражения кожи при расчесывании или всасывании продуктов распада экскрементов. В пользу этого свидетельствуют и гистологические данные, так как эти высыпания напоминают лимфому [3]. В большинстве случаев такие папулы, резистентные к проводимой терапии, привлекали внимание клиницистов после завершения лечения чесотки. По данным зарубежных исследователей, проводивших изучение серийных гистологических срезов СЛК, после специфической терапии, клещи в узелковых элементах не выявлялись [4]. В связи с этим, нельзя считать, что возникновение рецидивов чесотки связано с сохранением возбудителя в папулах.

Несколько иной точки зрения придерживаются другие авторы. По их мнению, СЛК не является осложнением или узелковой разновидностью чесотки, а представляет собой характерный для данной локализации клинический вариант чесоточного хода с большим числом паразитарных элементов в нём [2]. Это подтверждается данными об образовании СЛК на месте ходов при типичной чесотке до лечения. При этом в гистологических препаратах обнаруживают яйца, личинки и экскременты. Наличие чесоточных ходов в роговом слое лентикулярных папул доказано также путём микроскопического исследования в молочной кислоте соскобов эпидермиса с их поверхности. Во всех случаях обнаружены самки, яйца, личинки, опустевшие яйцевые оболочки и экскременты чесоточного клеща. При этом количество паразитарных элементов в ходах лентикулярных папул вдвое превышало их содержание в типичных ходах, выявленных на кистях, запястьях и стопах, и составляло в среднем 20–22,7 против 6,2–12,9. Встречаемость СЛК при чесотке, по данным литературы, колеблется в широких пределах. Это обусловлено тем, что в большинстве случаев данные приводятся в целом по выборке без учета возраста больных [1, 2]. В то же время, в доступной литературе отсутствуют данные об оценке топики СЛК у детей с учётом их пола и возраста. При этом достаточно часто делается акцент на преобладании скабиозной лимфопазии в детском возрасте [2,3], которая в последние годы регистрируется от 5,6% до 41,6% случаев [1,4].

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость скабиозной лимфопазии кожи у детей с учётом топики процесса, пола и возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 96 детей различного возраста. Разделение больных нами произведено с учётом биологического возраста человека: I группа - до года, II группа – от года до 3-х лет, III – от 3 до 7 лет, IV – от 7 до 10 лет, V – от 10 до 14 лет. Для унификации клинических данных использованы клинко-эпидемиологические сведения, которые заполнялись при обращении ребёнка. Диагноз чесотки подтверждали лабораторно методом дерматоскопии. Проводился полный подсчет чесоточных ходов. Топика СЛК оценена с использованием индексов встречаемости и обилия.

Результаты собственных исследований. У всех 96 пациентов диагноз чесотки был подтвержден микроскопически. Распределение больных по полу и возрасту показало, что в целом по выборке в 1,4 раза преобладали мальчики (58,3% против 41,7%). Эта закономерность сохранялась у детей во всех возрастных категориях: в группе детей грудного возраста мальчиков было в 1,7 раза больше, чем девочек (60% против 40%), от года до 3 лет - в 1,6 раз (61,1% против 38,9%) и от 3 до 7 лет - в 1,7 раза (63,2% против 36,7%) . Достоверных различий по полу в старших возрастных группах не выявлено. Все дети в возрасте от 7 до 14 лет (44) посещали школу. Среди 52 детей дошкольного возраста (до 7 лет) организованных было 23 (44,2%) ребёнка, неорганизованных - 29 (55,8%).

Чесоточные ходы на коже туловища и половых органов мужчин практически всегда приурочены к лентикулярным папулам и содержат большое количество паразитарных элементов. Обследование детей, больных чесоткой, показало, что типичные чесоточные ходы на коже туловища встречались в единичных случаях. СЛК была представлена папулами размером 0,3–0,5 см, округлой или овальной формы, плотноватой консистенции, красно-бурого цвета. Отличительной особенностью этих папул был мучительный зуд, что приводило к их расчесыванию. Некоторые папулы имели на своей поверхности линейное шелушение.

Для выяснения взаимосвязи описанных папул с чесоточными ходами, нами выборочно были сделаны соскобы эпидермиса с 18 неповреждённых расчёсыванием лентикулярных папул у детей, больных чесоткой, в различных возрастных группах. Типичное содержимое чесоточного хода обнаружено в 15 (83,3%) из них. Это является прямым доказательством возникновения элементов на месте ходов. Отсутствие содержимого ходов в соскобах с 16,7%

папул может быть связано с механическим удалением хода при расчесывании и наступившей по истечению времени эпителизацией дефекта.

Топика чесоточных ходов у детей с учетом пола, оцененная по индексам встречаемости и обилия, показала, что при одинаковых индексах встречаемости СЛК у мальчиков и девочек (83,6% и 74,1%, соответственно), индекс обилия СЛК в 1,9 раз преобладал у мальчиков (65 против 3,5 соответственно). Полученные данные наглядно свидетельствуют, что СЛК у мальчиков регистрировалась в 6 анатомических областях, у девочек – в 7. Практически все мальчики имели СЛК на половом члене (85,7%), около 2/3 (60,7%) – на мошонке, треть (32,1%) – на ягодицах, 1/5 (21,4%) – на боковой поверхности грудной клетки, реже СЛК возникала в области пупка (14,3%) и у единичных больных (3,5%) – в подмышечной области.

Индексы встречаемости СЛК у девочек были значительно ниже: на коже ягодиц – 20%, в подмышечных областях – 15%, в области пупка – 12,5%, на боковой поверхности грудной клетки – 7,5%, на половых губах и в области молочных желез – по 5%, в области лобка – 2,5%.

Изучение индекса обилия СЛК у детей с учетом топики процесса и пола детей свидетельствуют, что диагностически значимые индексы обилия СЛК у мальчиков зарегистрированы на половом члене (2,6) и мошонке (2,4), у девочек – в области пупка (0,9) и на ягодицах (0,8). Сопоставление индексов встречаемости и обилия у мальчиков и девочек дает общепринятую в паразитологии количественную оценку топики СЛК. У мальчиков СЛК чаще и в большем количестве возникает на половом члене (85,7% и 2,6) и на мошонке (67,5% и 2,4), несколько реже – на ягодицах (32,1% и 0,6). У девочек при низких показателях встречаемости и обилия СЛК на туловище, следует отметить ее преобладание на ягодицах (20% и 0,9). Тщательный осмотр этих областей и выявление сильно зудящих лентиккулярных папул позволяет врачу уже при первичном осмотре с достаточной долей вероятности решать вопрос в пользу чесотки.

Топика СЛК изучена по индексам встречаемости и обилия с учетом возраста больных. Выявлено, что индексы встречаемости и обилия СЛК у мальчиков убывают с возрастом: на половом члене от 80% (грудной возраст) до 20% (от 10 до 14 лет) и от 0,9 до 0,5 (тот же возраст); на мошонке от 80% до 12,5% и от 1,3 до 0,2. Они наиболее значимы для мальчиков в возрасте от 0 до 7 лет. Индексы встречаемости и обилия чесоточных ходов на ягодицах преобладают в возрастных группах от 3 до 7 лет (42,1% и 0,7) и от 7 до 10 лет (40% и 0,7).

Таким образом, скабиозная лимфоплазия кожи является диагностически значимым признаком чесотки у детей. Индекс ее встречаемости у мальчиков и девочек достаточно высок (83,6% и 74,1%) и достоверно не отличается, а индекс обилия в 1,9 раз преобладает у мальчиков. Для лиц обоих полов значимыми являются индексы встречаемости и обилия СЛК на ягодицах – у мальчиков 32,1% и 0,6, а у девочек – 20% и 0,8. Наибольшая значимость обоих индексов отмечается в возрасте от 3 до 10 лет. При подозрении на наличие чесотки у детей обязательным условием является осмотр всего кожного покрова с целью выявления СЛК. При этом у лиц обоих полов акцент делается на ягодицы, а у мальчиков – на половой член и мошонку.

Литература.

1. Родин А.Ю. /Современные клиничко-эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты чесотки. // Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2021. - №4 (80). - С.180-183.
2. SokolovaTV, AdaskevichVP, MalyarchukAP, LopatinaYuV./Scabious erythroderma — a rare clinical variant of scabies. // Our Dermatol Online. 2018.- №9(4).-P.355-362
3. The Management of Scabies Infection among the Outdoor Patients of BIRDEM General Hospital, Dhaka, Bangladesh. C. M. Moniruzzaman Khan et al; Saudi J Med Pharm Sci, May, 2020. -№ 6(5). - C.405-415
4. Scabies induced lichen simplex chronicus misdiagnosed as psychogenic pruritus. Emmanuel et al. J Med Case Reports 2022. - P.2- 5.

Ёдгорова М.Дж., Мукарамова Д.А., Аюбова Д.Х.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) одна из актуальных проблем медицины и амые частые инфекционные заболевания у детей [1]. Несмотря на новые знания об этиопатогенезе ОРЗ и огромное количество лекарственных препаратов в арсенале врача, заболевания респираторного тракта сохраняют 1-е место в структуре общей заболеваемости и смертности у детей до 5-ти лет. Наряду с риновирусами причинами острых респираторных инфекций являются аденовирусы, вирусы парагриппа, респираторно-синцициальный вирус (РС-вирус), энтеровирусы, а в период эпидемических вспышек - вирусы гриппа, а в последние годы коронавирусы, также существенную лепту в данном вопросе в нашей стране вносят: цитомегаловирус, герпесвирус, клебсиеллы, стерптококк и стафилококки, хламидии, микоплазма, гемофильная и пневмококковые инфекции и т.д. Дети, часто подверженные ОРЗ, пополняют группу «часто болеющих детей» (ЧБД), которые подвергаются повторному заражению дыхательных путей от 4- 6 раз в год.

Наиболее уязвимы к респираторным инфекциям дети раннего младшего возрастов и вопросы фармакотерапии острых инфекционных болезней органов дыхания всегда были и остаются в центре внимания здравоохранения.

На фармацевтическом рынке нашей Республики представлено широкое разнообразие лекарственных средств, предназначенных для терапии данной патологии у взрослых и очень скудный перечень лекарственных средств, для детей. Для грамотного эффективного и безопасного лечения ОРЗ семейный врач должен знать алгоритмы диагностики современные подходы к терапии, основанные на принципах Доказательной медицины.

Цель исследования. Изучить новый подход терапии ОРЗ у детей, в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективным методом были проанализированы 50 историй развития детей (ф-024) в возрасте от 0 до 5-ти лет, за 2022-2023гг. Все дети по половой принадлежности были разделены на две группы. Мальчиков было 35, что составили 70%, девочек было 15, что составила -30%. Всем детям проводились рутинные методы исследования: общий анализы крови и мочи, по необходимости рентгенография легких, бактериологические и серологические исследования, УЗИ почек.

Результаты исследования. Все наблюдаемые дети, обратившиеся за медицинской помощью к семейным врачам, имели ОРЗ среди которых преобладали ринит, стенозирующий ларинготрахеит, фарингиты составили - 53% и трахеиты -32%, острый и хронический тонзиллит - 43%, различные рецидивирующие заболевания респираторного тракта 28.5%, а также бронхиты - 48% и пневмонию 10.5%.

Выявлено, что семейные врачи при лечении ОРЗ у детей учитывали тяжесть основного заболевания, обострение сопутствующих патологий, вес и возраст маленького пациента, а также бактериальные и вирусные инфекции, которыми страдал ребёнок до заболевания респираторными инфекциями.

Соблюдались Национальная Программа ИВБДВ и Рекомендации ВОЗ для сезонного и пандемического гриппа и других респираторных заболеваний, не проводить химиопрофилактику позже 48 часов от момента контакта с больным, и выполнения условий кратности и длительности приема противовирусного препарата.

Исследования показало, что 35.6% детей имеют в анамнезе бактериальную инфекцию, а в 94.5% случаев хроническую вирусную инфекцию.

В лечении заболевания вирусной и вирусно - бактериальной этиологии использовались вифероновые свечи в дозе 500000-1500000 ЕД, в зависимости от возраста ребёнка, Амиксин по схеме детям старше 7 лет в течении первых 3-х дней болезни, Полиоксидоний в течении 10 дней. Местная терапия при ринитах, синуситах проводилась промыванием носовых ходов 0.9% физиологическим раствором, Раствором Аквамарис, назальные спрей Снуп, детскими препаратами Називин и Пиносол, ИРС -19. При присоединении бактериальной инфекции, чаще использовались антибиотики из группы пенициллинов, макролидов, цефалоспоринов, фторхинолонов.

При кашле использовали Бромгексин, Амбробене, Амбросоль, Доктор МОМ, Флюдитек 2%.

При обструктивном синдроме детям рекомендовали бронхорасширяющие сальбутамол, преднизол коротким курсом по схеме на 5 дней, антигистаминные препараты: Лесон или фенкорол 10мг.

Из иммуномодулирующих лекарственных средств большее предпочтение отдавалось Бронхомуналу П 3.5 мг, который назначался от 10 дней и до 20 дней у ЧБД.

Во всех случаях учитывались обострение сопутствующей патологии с его коррекцией. Рекомендовались детям: витаминотерапия, железосодержащие препараты, ноотропы, седативные, препараты цинка и кальция. Предпочтение отдавалось пероральному лечению и для укорочения сроков лечения и травматизации ребёнка после 5-дневной антибиотикотерапии назначались физиотерапия.

Выводы. Таким образом, обширный отечественный фармацевтический рынок требует четкого понимания критериев выбора этиотропного препарата. Как показали результаты исследования во всех 50 случаях (100%), семейными врачами проведен комплекс лечебных, реабилитационных и профилактических мер, помимо фармакотерапии вакцинации, все респонденты получали общеукрепляющие мероприятия, направленные на снижение антигенного воздействия и повышение резистентности организма в целом - рациональный режим дня, оптимальное питание, закаливающие процедуры, санация местных очагов хронической инфекции; назначение витаминно-минеральных комплексов.

Не зависимо от того, что многие из данных лекарственных средств не имели обоснования их рекомендации по Доказательной медицине, все же получены положительные результаты, что обосновано уменьшением количества осложнений и пневмоний, не было смертных случаев и самое главное такой подход обеспечил укорочение сроков выздоровления пациентов.

Использование комплекса этих мероприятий позволило снизить частоту острых инфекционных респираторных заболеваний и обострений очагов хронической инфекции.

Литература

1. Шамшева О.В., Учайкин В.Ф. Лечение и профилактика рецидивирующих респираторных инфекций у детей. Детские инфекции. 2008: 3:50-2.
2. Вавилова В.П., Перевощикова Н.К. Образовательная программа для педиатров и врачей общей практики «Реабилитация часто болеющих детей». М., 2004.
3. Сенцова Т.Б. Современные иммуномодуляторы в практике педиатра. Рос. Аллергол. журн. Часто болеющие дети. Сб. статей. М.: MateriaMedica 2006: с. 41-3
4. Ключников С.О., Зайцева О.В., Османов И.М. и др. Острые респираторные заболевания у детей. Пособие для врачей. М., 2009.
5. Снегова Н.Ф., Мартынов А.А., Чувиров Д.Г. Биоарон С в иммунокорригирующей терапии. Практика педиатра. 2009: с.45.

Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Курбонов А.Д.

АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО-РЕФЛЮКСНОЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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

Актуальность. В ряду кислото-зависимых заболеваний ЖКТ в последние годы на первые позиции вышла гастро-эзофагеально- рефлюкс на ГЭРБ. Кислото-зависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются заболевания, при которых соляная кислота (HCL) выступает либо как повреждающий фактор, либо как фактор, поддерживающий течение (прогрессирование) болезни, и в лечении которых без блокады секреции (или связывания

HCL) обойтись нельзя. К таким заболеваниям относятся: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Золлингера-Эллисона, язва при тиреотоксикозе, гастропатия обусловленная приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС-гастропатия), гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), острый панкреатит и обострение хронического панкреатита. К лечению этих заболеваний самое прямое отношение имеют лекарственные средства, подавляющие кислотно-пептическую агрессию, которые подразделяют на четыре основные группы: блокаторы протонной помпы, блокаторы H₂-рецепторов гистамина, блокаторы холинэргических рецепторов, антациды.

У части пациентов блокаторы секреции не могут быть использованы из-за наличия сопутствующих заболеваний: глаукомы, аденомы предстательной железы или по возрастным аспектам, у детей и молодых людей на первый план выдвигаются иные, чем в стандартных ситуациях, основные патогенетические механизмы. Таким образом, существует большое число больных, у которых в качестве базового препарата должны быть использованы антацидные средства.

Цель исследования. Изучить эффективность антацидного препарата Маалокс у пациентов с ГЭРБ и ЯБ желудка и 12-перстной кишки, на уровне ПМСП

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 38 пациентов в возрасте от 25-60 лет, с диагнозом: ГЭРБ и ЯБ желудка. Исследование проводилось на базе ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе, которая является клинической базой кафедры семейной медицины ГОУ ТГМУ на период с 2022-2023 годы.

Все пациенты по гендерным показателям были разделены на две группы: мужчины составили 65.8% (25 респондентов), и женщины 34.2% (13 чел).

Всем респондентам проводились общеклинические исследования, ЭФГДС и Рентгеноскопия ЖКТ с барием, на базе кафедры рентгенологии и радиологии ГОУ ТГМУ.

Всем пациентам назначали новый антацидный лекарственный препарат Маалокс, как в виде монотерапии так и в составе 3-х компонентной терапии.

Маалокс назначали в виде суспензии по 15 мл 4 раза в сутки, спустя 30 минут до 1 часа после еды и ночью перед сном, а при ЯБЖ и 12-кишки через 1-2 часа после приема пищи 4 раза и ночью перед сном, в течении 14-20 дней. Суспензия Маалокс, был назначен 15 пациентам, что составил 39.5%.

Таблетированную форму препарата назначали по 2 таблетки 4 раза в сутки, с аналогичным курсом терапии. Рекомендовали рассасывать или разжевывать таблетки, в таком виде препарат назначался 23 пациентам, что составило 60.5%.

Результаты исследования. У больных этих групп оценивалась эффективность монотерапии Маалоксом в двух лекарственных формах (суспензия или таблетки). Основные клинические симптомы у больных первой группы проявлялись в виде изжоги (100%), срыгивания воздуха и пищи (96%), периодической боли в предсердечной области, иногда переходящей в жжение (78%), чувства тяжести в эпигастрии (76%), дисфагии (24%), чувства кома в горле (12%), снижения аппетита (9%). Кроме оценки влияния Маалокса на клинические проявления у пациентов с рефлюкс-эзофагитом (эрозивный вариант) проводилось контрольное эндоскопическое исследование – через 4 и 6 недель лечения. Маалокс применяли в виде монотерапии по 2 таб 4 раза в сутки (через час после еды и на ночь), а также в виде суспензии по пакетику (15мл) 4 раза в сутки в том же режиме. У больных НЭРБ максимально быстро купировалась изжога (через 3-5 дней, как правило, в первые 5 дней), причем интенсивность изжоги значительно уменьшалась уже в начале приёма препарата. Несколько дольше до двух недель сохранялись боль и дискомфорт, тяжесть в эпигастриальной области. Эти симптомы обычно регистрировались у пациентов с эрозивными формами ГЭРБ. Эпителизация эрозий за 4 недели лечения произошла у 85.5%, за 6 недель – у 97.8% больных. Катаральные изменения слизистой оболочки в виде отека и гиперемии исчезли практически после 4 недель лечения. Отмечено также, что у больных, имеющих более короткий анамнез, купирование клинической симптоматики и эпителизация эрозий наступают быстрее. Больные получали Маалокс по таблетке 4 раза в сутки или в виде суспензии по пакетику 4 раза в сутки через 30 минут-1-2 часа после еды и на ночь. Если в течение недели эффекта не было, дозу препарата увеличивали вдвое. У больных НЭРБ купирование изжоги было зарегистрировано на 3-5 день, у пациентов с эрозивной формой ГЭРБ – на 7-10-й день. При контрольном эндоскопическом исследовании (у больных эрозивной формой ГЭРБ оно проводилось через 8 недель) эпителизация эрозий наблюдалась у 100% больных. У семерых пациентов с эрозивной ГЭРБ доза Маалокса через неделю лечения была увеличена в два раза, хотя уменьшение интенсивности изжоги у них наступало практически с самого начала лечения. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов отмечено не было.

Пациентов с НЭРБ через месяц лечения при стойком купировании симптоматики переводили на поддерживающую терапию по требованию. Рецидив изжоги отмечен у 23% больных, но меньшей интенсивности и продолжительности. В целом в течение месяца в качестве поддерживающей терапии больные использовали 10-20 таблеток Маалокса, сохраняя при этом высокое качество жизни, достигнутое в результате курсового лечения. При сравнении кислото-продуцирующей функции желудка у молодых больных и пациентов старше 60 лет отмечено, что у последних обычно наблюдалось нормо- и гипоацидность, в результате чего у них быстрее исчезали клинические проявления ГЭРБ и наступала эпителизация эрозий.

Как показало исследование, через 4 недели лечения в группе больных, получавших Маалокс, клинические симптомы были купированы в 97.8% случаях, что превышает по эффективности другие наши исследования, когда при назначении этой категории больным других H₂-блокаторов, достигали лечебного эффекта лишь в 76.5%. Эпителизация в эти сроки достигнута у 100% больных соответственно, что связано с тем, что Маалокс обладает не только антацидными, но и протективными свойствами.

Выводы. Таким образом, анализ применения лекарственного препарата Маалокс в двух видах, суспензии и таблеток, для лечения эрозивных форм ГЭРБ и НЭРБ и ЯБЖ и 12 кишки, как в виде монотерапии, так и в составе комплексной терапии, продемонстрировал его высокую терапевтическую эффективность. Пациентам пожилого и старческого возраста Маалокс может быть рекомендован в качестве монотерапии с учетом имеющейся у них нормо- и гипоацидности. Больным ГЭРБ в возрасте от 25 до 35 лет, у которых основным патогенетическим механизмом дисфункции

и пищеводно-желудочного жома и удлинения периода освобождения пищевода от рефлюктата является вегетативная нестабильность, Маалокс может назначаться как в виде монотерапии, так и в качестве поддерживающего лечения. Клиническая и эндоскопическая (эпителизация эрозий) эффективность при лечении Маалоксом не уступает, а наоборот превышает таковую при использовании блокаторов H_2 -рецепторов гистамина. Издержек лечения (в виде побочных явлений) при этом отмечается значительно меньше, а с точки

зрения фармако-экономики, стоимость лечения-существенно ниже.

Литература.

1. Минушкин О.Н. Место современных антацидных препаратов в лечении кислотозависимых заболеваний // Лечащий врач. 2001.
2. Минушкин О.Н. и др. Альмагель-Нео в современной терапии кислото-зависимых заболеваний. XI Конгресс Человек и лекарство, 2004. С. 154.
3. Минушкин О.Н. Антацидные препараты в практике гастроэнтеролога // РМЖ. 2004. №1. С. 43-47.
4. Охлобыстин А.В. Современные возможности применения антацидных препаратов // Приложение. 2002. Т. 4. №2. С. 51-54.
5. Васильев Ю.В. Антацидные препараты в современной терапии заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Consilium medicum. Приложение. 2003. №7. С. 3-7.

Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Обидова Ш.В.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д, КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕ- НЕСШИХ COVID-19

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

Актуальность.

Постковидный синдром и отдалённые последствия коронавирусной инфекции – актуальная проблема современной клинической практики, имеющая большое распространение и значительно ограничивающая повседневную активность реконвалесцентов, перенесших инфекцию б-19. Для постковидного синдрома характерна гетерогенность и мультиорганность симптомов, что требует мультидисциплинарного взаимодействия специалистов в вопросах лечения и реабилитации пациентов. Низкая работоспособность, высокая утомляемость и снижение концентрации внимания, раздражительность, боли различного характера – одна из ведущих проявлений лиц работоспособного возраста, перенесших COVID-19, которому на сегодняшний день уделяется недостаточное внимание. В последние годы все больший интерес ученых всего мира вызывает оценка влияния витамина Д, имеющего «статус» прогормона в организме, влияющего на различные системы и функции организма человека, в том числе и центральную нервную систему (ЦНС), и подходам к разработке компенсации дефицита витамина Д в крови как у детского населения, так и у взрослых. Достаточно большое количество проведенных контролируемых рандомизированных исследований доказывает тот факт, что при недостатке витамина Д у пациентов возрастает риск развития не только метаболических нарушений в костной ткани, но и аутоиммунных, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и развитие инсульта в более молодом возрасте.

В Республике Таджикистан проблема обеспеченности прогормоном- витамином Д у взрослых относится к ряду малоизученных. Это связано, прежде всего с тем, что нет персонализированного превентивного скрининга в данной группе населения, а также отсутствие клинических исследований взаимосвязи между витамином Д и метаболическими процессами, которые могут приводить как к формированию патологических процессов в организме при дефиците этого витамина. Данный факт ещё раз подтверждает актуальность и необходимость проведения настоящего исследования.

Цель исследования.

Изучение влияния гиповитаминоза Д у пациентов работоспособного возраста г. Душанбе, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 и его последствий.

Материалы и методы.

В исследование были включены 100 респондентов среднего возраста от 20-45 лет, г. Душанбе перенесших во время пандемии коронавирусную инфекцию COVID-19.

Все респонденты территориально относились к обслуживаемым Городскими Центрами №3, №12, №15 г. Душанбе, которые являются клиническими базами кафедры Семейной медицины ГОУ ТГМУ.

Все респонденты были разделены по половой принадлежности на две группы. Женщин было 65, что составили 65%, мужчины составили 35% (35 человек). Из них

52% были сотрудниками Государственных учреждений, и 58% занимались частной работой. По данным КМК, из 52% респондентов, 35% получали листок нетрудоспособности 4-5 раз, а 27% 2-3 в год.

Всем респондентам проводились общеклинические и лабораторные методы исследования, определение уровня витамина Д в крови, биохимический анализ крови по необходимости Рентгенография, УЗИ органов и систем, Доплер УЗИ сосудов нижних конечностей.

Лабораторные анализы включали в себя общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с показателями гликированного гемоглобина, глюкозы, общего белка, щелочной фосфатазы, железа в сыворотке крови, общего кальция и кальция ионизированного, магния, неорганического фосфора, натрия, кальцидиола (25(OH) Д.

Результаты исследования.

Подозрение на дефицит витамина Д вызвали симптомы, которые выявлены при сборе анамнеза у респондентов, на бессонницу и высокую утомляемость, общую слабость и раздражительность жаловались все 100% обследуемых, судороги на ногах и мышечную слабость отметили 97.8%, ухудшение зрения выявлены у 87.6%, частые респираторные инфекции у себя отметили 85%, раздражительность и угнетённость отметили 82%, плохой аппетит отмечен у 45%,

ломкость волос отметили у себя 60% женщин и 25% мужчин, жжение во рту и в горле отмечали у себя 56.2%, плохой аппетит и его потеря отмечены у 25.6%, снижение веса было зарегистрировано у 20% и повышение веса у 80% исследуемых, а так же ломкость костей отмечено у 7% и переломы были у 3% респондентов, снижение роста от 2-3-х до 5 см отметили 35%.

Все респонденты 100% жаловались на снижение работоспособности, на частые ОРЗ, общая слабость прогрессировала к 9.00-10.00 часам у 76%, постоянную слабость ощущали 34%. Раздражительность отмечали 96%. На артралгию и миалгию жаловались все 100% исследуемых, пик усиления боли чувствовали к вечеру, особенно ночью. Судороги на ногах проявлялись у 85%, особенно у женщин. Все респонденты отмечали непродолжительный бодрый период работоспособности от 1-го до 2-х часов, дальше отмечали резкую усталость и упадок сил, а также раздражительность или апатию.

У всех 100% респондентов уровень витамина Д был ниже нормы -30нмоль/л, от 45% до 55% ниже 24 нмоль/л. Всем респондентам был рекомендован масляный раствор витамина Д в дозе 30000 ЕД внутримышечно один раз в неделю, три инъекции пациентам с понижением уровня витамина Д меньше 30нмоль/л и от 5 до 10 инъекций пациентам со снижением уровня витамина Д ниже 24 нмоль/л и больше.

Проведённое лечение показало свою эффективность, у 92 % респондентов достаточно хорошо повысилась работоспособность в связи со снижением утомляемости, купировалась слабость, повышение настроения наблюдалось у 100% обследованных, около 87.8% пациентов отметили тот факт, что стали меньше болеть, нивелировались мышечные судороги в ногах в ночное время и боли в суставах купировались. Аппетит появился у всех 100% респондентов, астеноневротический синдром нивелировал у 97.3%.

После проведенного исследования уровня 25 (ОН) Д в сыворотке крови у респондентов был выявлен умеренный дефицит у 92%, выраженный дефицит у 8%. Так же был снижен общий кальций у респондентов с выраженным и умеренным дефицитом витамина Д, что составило 69% обследуемых.

По результатам неврологического осмотра было выделено только резкое повышение артериального давления до артериальной гипертензии I и II степени у 83% респондентов, особенно в группе детей с выраженным дефицитом витамина Д.

Обсуждение и выводы

Таким образом, после проведенного исследования, в г. Душанбе в результате обследования 100 респондентов в возрасте от 25 до 45 лет, дефицит витамина Д выявлен у всех 100% пациентов, из которых выраженный дефицит диагностирован у 8% обследуемых. Что требует внедрения в клинические протоколы превентивного скрининга на определение уровня 25 (ОН) Д в сыворотке крови у данной категории. Были определены основных корреляционные закономерности с нарушением работоспособности и поведением в социуме и уровнем 25(ОН)Д в сыворотке крови, что также требует дальнейшего превентивного персонализированного наблюдения.

Список литературы:

1. Петрушкина А. А., Пирагова Е. А., Рожинская Л. Я. /Эпидемиология дефицита витамина D в Российской Федерации // Остеопороз и остеопатии. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-defitsita-vitamina-d-v-rossiyskoj-federatsii>
2. Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов» - Клинические рекомендации «Дефицит витамина D». М: 2021 г.
3. Хазова Е.Л. и соавт. Сезонные колебания уровня 25-гидроксиколекальциферола у беременных , проживающих в Санкт – Петербурге // Гинекология. 2015. Vol. 17, №4. P. 38–42.
4. Салухов В.В., Ковалевская Е.А., Курбанова В.В. Костные и вне костные эффекты витамина D, а также возможности медикаментозной коррекции его дефицита //МС. 2018. №4.

Зайнаббиди Х.С., Иноятова Н.А.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

Актуальность. В последние годы, отмечается существенный рост избыточной массы тела и ожирения среди детей и подростков под воздействием различных негативных факторов окружающей среды [1].

Согласно данным ООН, частота встречаемости ожирения у детей и подростков по всему миру на 2017 год увеличилась в 10 раз, по сравнению с периодом предыдущих четырех десятилетий. При этом число детей, страдающих от этого недуга, в возрасте до 5 лет составляет более 40 миллионов, а у детей школьного возраста и подростков насчитывается более 340 миллионов человек. Если ранее, основной проблемой, среди детей и подростков в мире было недоедание, то прогнозируется, что уже на 2022 год увеличится число лиц с ожирением, которое будет превосходить общее число детей с дистрофией [2].

Помимо метаболических последствий, избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков приводит к изменению психоэмоционального состояния и социальной адаптации. В то время как, последствия ожирения, широко изучены на биологическую часть организма, только малая часть исследования посвящены изучению его психологических последствий, которые наиболее выражены в период полового созревания. Также представляет интерес изучение качества жизни у детей и подростков с ожирением [1].

Показатели качества жизни включает в себя показатели физического, психологического, эмоционального и социального функционирования.

Цель исследования. Оценить влияние ожирения на качество жизни детей и подростков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 1440 детей и подростков во время ежегодных профилактических осмотров школьников. Было выявлено 32 пациента с ожирением. Возраст обследованных составил от 9 до 16 лет. Из них 21 (65,6%) составили девочки и 11 (34,3%) - мальчики. Средний возраст составил $16,5 \pm 1,2$ лет. Обследование проводилось по стандартному опроснику, которым охватывались личные данные (пол, возраст) и показатели физического развития: масса тела, рост, объем талии и ИМТ по формуле: масса тела (кг)/рост² (м) в соответствии с возрастом и полом (критерии ВОЗ, 2007). Всем у кого диагностировали ожирение применяли общеклинические методы исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, сахар крови), применялись инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы), исследование гормонального профиля. Группу контроля составили 32 здоровых ребенка и подростков, сопоставимых с обследуемыми по полу и возрасту.

Все обследованные дети были разделены на 3 группы: 1 группа дети с нормальным весом (ИМТ от 5-го до 85-го перцентиля), вторая группа дети с избыточным весом (ИМТ от 85 до 95-го перцентиля), третья группа дети с ожирением (ИМТ больше 95-го перцентиля). С целью изучения качества жизни среди детей и подростков было проведено тестирование, направленное на оценку качества жизни, с применением опросника PedsQualityLifePQ 4.0 в возрасте от 8 до 13 и от 13 до 18 лет. Статистический анализ проводился при помощи программы Statistic 8.0 и Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования было проведено сравнение показателей качества жизни здоровых детей и подростков города Душанбе, обучающихся в школе № 99 по сравнению с детьми с ожирением.

Таблица №1

Оценка показателей качества жизни детей и подростков с ожирением в сравнении со здоровыми сверстниками (баллы)

Параметры качества жизни	Дети и подростки с ожирением	Здоровые сверстники
Физическое функционирование	$72,7 \pm 1,96$	$82,9 \pm 1,43$
Эмоциональное функционирование	$62,8 \pm 1,56$	$65,53 \pm 1,51$
Социальное функционирование	$68,8 \pm 1,95$	$86,6 \pm 1,54$
Школьное функционирование	$68,9 \pm 1,78$	$73,7 \pm 1,47$

Как показывает таблица №1 показатели качества жизни у детей и подростков с ожирением статистически ниже, чем у их сверстников группы контроля. В основном значимые различия выявлены по шкале «Социальное функционирование». Показатели эмоционального функционирования были низкими в обеих группах. Показатели физического функционирования у детей и подростков с ожирением, достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников. Дети с ожирением в основном жаловались на то, что быстро устают при выполнении физической нагрузки. Показатели школьного функционирования у детей с ожирением значимо не отличались от их здоровых сверстников.

Таблица №2

Оценка показателей качества жизни у детей и подростков с ожирением среди девочек и мальчиков

Параметры качества жизни	мальчики	девочки
Физическое функционирование	$84,9 \pm 1,43$	$70,7 \pm 1,56$
Эмоциональное функционирование	$66,3 \pm 1,53$	$60,1 \pm 1,56$
Социальное функционирование	$76,7 \pm 1,96$	$72,7 \pm 1,47$
Школьное функционирование	$75,7 \pm 1,43$	$68,8 \pm 1,78$

Анализ полученных данных с таблицы №2 показал нам, что девочки по сравнению с мальчиками ниже оценивали все свои показатели качества жизни, кроме школьного функционирования. Из этого следует, что девочки остро воспринимают изменения своей внешности, связанные с избыточным весом.

Выводы.

Нарушение качества жизни при разных заболеваниях имеют свои особенности, но стоит отметить что ожирение в основном затрагивает такие параметры качества жизни, как физическое функционирование и социальное функционирование.

Список литературы.

1. Hussein R., Mohammed R.A.E., Ahmed I.H. Psychological impact of obesity in children. Sci.J. Al- Azhar Med. Fac. Girls. 2020; 4(1): 17-21. URL: <https://www.sjamf.eg.net/text.asp?2020/4/1/17/282869> (дата обращения – 01.04.2022).
2. Значение микро-и макроэлементов в развитии метаболических нарушений у детей. Взгляд эндокринолога / Н. В. Болотова и др. // Практическая медицина. – 2021. – Т. 19. – №. 5. – С. 21-26

Зоидбоева Н.З., Навджуванов И.М., Одинаев Ш.Ф.,

Гормоны Щитовидной железы в аспекте патологии сердца у рабочих алюминиевого производства

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

Актуальность. Изучение основных аспектов заболеваемости рабочих алюминиевого производства позволяет с уверенностью утверждать, что реакция нервной системы является первостепенным и мощным механизмом регуляции физиологических функций и систем организма [1, 2]. Однако, длительная перенапряженная работа нервной си-

стемы способствует её истощению, что сопряжено с проявлениями формирования различных форм психо-эмоциональных нарушений, астеновегетативного синдрома. В этом плане более долговременно действующей является гормональная система организма, и взаимосвязанность их функций, которые можно рассматривать как единую нейро-гормональную систему [3]. Прослеживается тенденция быстрого влияния нервной системы на различные экстремальные факторы (повышение АД, ЧСС, сердечный выброс) под влиянием норадреналина, адреналина, эндокринная система воздействует более медленно.

Цель исследования. Оценить состояние гормонов щитовидной железы у рабочих алюминиевого производства.

Материал и методы исследований. Все обследованные пациенты находятся на диспансерном учёте в Республиканском клиническом центре кардиологии, где и проходили стационарное лечение. Возраст пациентов составил от 30 до 50 лет, среди которых основную часть составили 22 мужчин молодого возраста рабочие электролизного цеха. Для сравнения полученных результатов было обследовано 16 человек жителей города Душанбе. Выбор определения концентрации гормонов в сыворотке крови составлялся врачом-эндокринологом. Полученные показатели сравнивались с контрольными показателями практически здоровых лиц аналогичного возраста, а также литературными данными по инструкции прилагаемой методики исследования. Для количественного определения уровня Т4 (тироксин) и Т3 (3-йодтиронин) использовался конкурентный иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием разработанных тест систем (Российская фирма Вектор). Для определения уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в отличие от предыдущих методов использовался принцип двухсайтового иммуноферментного анализа ТТГ (N 0,3-0,4 мМЕ/мл).

Результаты исследования и их обсуждение. В связи с вышеуказанными особенностями влияния гормонов на многие системы организма в том числе и на сердечно-сосудистую систему нами был проведен исследование гормонов щитовидной железы. Выбор определения концентрации этих гормонов в сыворотке крови у рабочих нами был обусловлен тем, что именно они являются биологически активными по отношению к системе кровообращения и не обладают видовой неспецифичностью. Исследование гормонального фона щитовидной железы проведено 22 рабочим завода электролизного цеха. Таджикистан является эндемичной зоной по отношению к йоду, в связи с неправильным питанием, недостатком йода в продуктах питания. Учитывая этот факт в качестве контрольных групп были выбраны жители городов Душанбе и Турсунзаде, которые сравнивались с показателями нормальных величин.

Уровень концентрации гормонов щитовидной железы в частности ТТГ и составил в среднем у рабочих завода $11,2 \pm 1,1$ мМЕ/мл. Увеличение ТТГ наблюдается в равной степени у всех обследуемых рабочих завода, а также у жителей г. Душанбе и Турсунзаде. Однако концентрация ТТГ у рабочих завода более выражена и составляет $11,2 \pm 1,1$ мМЕ/мл, что достоверно выше чем у жителей г. Душанбе и Турсунзаде, а также нормальных показателей. Динамика Т4 гормонов имеет аналогичную достоверную тенденцию к снижению по сравнению с показателями нормы и жителей города.

Показатели гормонов щитовидной железы в сыворотке крови у рабочих алюминиевого завода (n=22)

ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (ЖИТЕЛИ ТУРСУНЗАДЕ)	ЖИТЕЛИ Г. ДУШАНБЕ	РАБОЧИЕ ЗАВОДА	НОРМА
	<i>n = 10</i>	<i>n = 16</i>	<i>n = 22</i>	
ТТГ	$6,9 \pm 1,3$	$7,2 \pm 1,3$ $P_{1,2} < 0,01; P_2 > 0,05$	$11,2 \pm 1,1$ $P_{1,2,3} < 0,01$	$0,3-4,0$ ММЕ/мл
Т3	$1,5 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,3$ $P_{1,2} < 0,01; P_2 > 0,05$	$3,4 \pm 0,6$ $P_{1,2,3} < 0,01$	$0,8-2,0$ нг/мл
Т4	$38,9 \pm 2,0$	$42,0 \pm 2,5$ $P_{1,2} > 0,05$	$31,2 \pm 2,2$ $P_{1,3} < 0,01$ $P_2 > 0,05$	$40-120$ нг/мл

P₁ - достоверность по отношению к нормальным показателям

P₂ - достоверность по отношению к группе жителей Турсунзаде

P₃ - достоверность по отношению к группе жителей Душанбе

Анализ гормонального фона щитовидной железы у жителей города Душанбе и Турсунзаде указывает на дефицит йода у обследуемых жителей, причем, состояние гормонов щитовидной железы можно расценивать как йоддефицитное состояние. Исключением можно считать концентрацию Т4 гормона у жителей Душанбе, которая находится в пределах нижних величин нормальных показателей. Это по всей вероятности обусловлено начальными проявлениями йоддефицитных состояний. В отношении Т3 гормона можно указать на тенденцию его увеличения у жителей Турсунзаде, который составляет $1,5 \pm 0,4$ нг/мл. Следовательно, у жителей городов Душанбе и Турсунзаде имеются различной степени йоддефицитные состояния.

Схематичный анализ гормонов щитовидной железы у рабочих алюминиевого производства наглядно выражает стойкий постоянный дефицит йода. Такое состояние в первую очередь приводит к снижению синтеза и секреции основного гормона щитовидной железы Т4, и по принципу обратной связи стимулируется синтез и секреция ТТГ гипофизом. При этих процессах и влиянием ТТГ усиливается поглощение йодида щитовидной железой из крови и стимулируется синтез тиреоидных гормонов. При этом синтезируется гормон Т3 для которого требуется меньше йода чем Т4.

С клинической точки зрения на протяжении многих лет такое состояние может протекать без симптомов и без признаков недостаточности функций щитовидной железы, а уровень ТТГ может оставаться в норме и поскольку адаптация к йоддефициту приводит к установлению равновесия на новом уровне и такое состояния сохраняется за счет

незаметного и незначительного увеличения объема щитовидной железы, в то время когда закладываются первоначальные признаки формирования патологии сердечно-сосудистой системы. Когда же компенсаторные возможности железы будут исчерпаны развивается гипотериоз. В этом аспекте хотелось бы указать, что при более глубоком анализе рабочих завода заболеваемость и нарушение функции щитовидной железы будет намного выше, по сравнению с жителями городов. Вышеуказанные исследования диктуют необходимость своевременного контроля концентрации гормонов щитовидной железы, что позволит снизить заболеваемость патологией сердечно-сосудистой системы.

Взаимосвязь функции нейрогормонального влияния, через которую нагрузка на сердце определяет массу органа и соотношение структурных элементов, реализуется в процессе адаптации аппарата кровообращения под контролем нейрогормональных факторов. Величина нагрузки падающей на сердце и сосуды определяется комплексом условных и безусловных раздражителей факторов внешней среды, условий труда от которых зависит т.д. и режим работы сердца, а также сократительная и насосная функции [1, 2]. Такое управление деятельностью системы осуществляется путем изменения притока крови и сопротивления сосудистого русла, а также путем прямого влияния на орган медиаторов и гормонов. При этом медиаторы и гормоны не только регулируют уровень функции, но через специализированные механизмы клеточной регуляции контролируют активность белков участвующих в сокращении. Изменения, индуцированные нагрузкой и действием гормонов во многом могут предопределять реактивность системы кровообращения к действию внешних факторов. Таким образом происходит влияние катехоламинов, действующие через аденилатилазу вызывая инотропный и расслабляющий эффект в сердечной мышце. В свою очередь это закономерно влечет за собой активацию синтеза белка и развитие гипертрофии сердца. Помимо этого аналогичным образом тиреоидные гормоны влияют и на митохондриальный комплекс клеток. Таким образом, тиреоидные гормоны на клеточном уровне предопределяют рост клеточных структур и их энергетические соотношения. В этом плане очевидна их роль влияния на митохондрии и сократительный аппарат сердца.

Список литературы

1. Велданова В.М. Медико-экологическое обоснование и алгоритм проведения диагностики и профилактики микроэлементозов в йоддефицитных биогеохимических провинциях / В.М. Велданова// Мед. научный и учебно-методический журнал, 2002.- № 8.- С. 72-79.
2. Благоева О.В. Классификация некоронарогенных заболеваний сердца: наш взгляд на проблему /О.В. Благоева, А.В. Недоступ //Российский кардиологический журнал.-2017.- Т.2(142).- С. 7-21.
3. Эпидемиология дилатационной кардиомиопатии /Е.Н Алаева и др// Кардиология.- 2012.- №5.- с. стр. 56 – 61

Зондбоева Н.З.,Эмомзода И.Х.,Одинаев Ш.Ф.

Формирование анемического сердца у пациентов С хронической железодефицитной анемией

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

Актуальность. Проблема железодефицитной анемии представляет особую актуальность для лиц молодого трудоспособного возраста и детей, поскольку значительно снижает показатели качества жизни, способствует развитию иммунодефицитных состояний, снижает резистентность организма к инфекциям. Полиморфизм поражения большинства органов при длительной анемии не оставляет надежд и на здоровое сердце. Между тем, заболевания сердца на фоне железодефицитной анемии не всегда устанавливаются, либо их диагностируют на поздней стадии заболевания, когда у пациента формируется анемическая кардиомиопатия [1,2]. Патогенетические механизмы развития анемического сердца сводятся к формированию сердечной недостаточности на фоне нарушения диастолической функции обоих желудочков [3, 4, 5].

Цель исследования. Изучить эхокардиографические показатели сердца у пациентов с различной степенью хронической железодефицитной анемией.

Материал и методы исследований. Обследовано 50 больных с хронической железодефицитной анемией I-III степени тяжести (согласно критериям ВОЗ), находившихся на лечении в терапевтическом отделении. Всем пациентам проведено обследование по кардиологическому плану и эхокардиографическое исследование. Среди обследованных пациентов в возрасте от 16 до 57 лет (средний возраст 40,9±11,6 года) мужчин было 35 (14,6%), женщин - 15 (85,4%). Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести анемии: 1-ю группу составили лица, имевшие I степень ЖДА - 15пациентов, во 2-ю группу вошли больные ЖДА II степени - 15пациентов, а 3-ю группу составили пациенты ЖДА степени -20 пациентов.Нормативные данные учитывались результатами обследования 20 здоровых лиц (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Для изучения структурно-функциональных параметров миокарда было проведено эхокардиографическое исследование у 50 больных хронической ЖДА различной степени тяжести.Между группами не было достоверных различий по частоте сердечных сокращений, систолическому и диастолическому артериальному давлению. Результаты показали достоверное увеличение геометрических размеров левого предсердия (ЛП), конечного диастолического размера КДР и конечного систолического размера правого желудочка у пациентов с тяжелой степенью анемии. КСР ПЖ в группе больных тяжелой анемией (таблица 1). Толщина стенки ПЖ у больных анемией не отличалась от показателя контрольной группы.

Таблица 1. Эхокардиографические показатели миокарда желудочков и предсердий у пациентов с анемией различной степени тяжести

	контроль	ЖДА 1 степень	ЖДА 2 степень	ЖДА 3 степень
ЧСС, в /мин	78±2,0	82,0±3,0	84,0±2,0	83,0±3,0
АД с	116,0±2,0	121,0±2,0	117,0±3,0	123,0±2,0
АД д	83,0±2,0	88,0±2,0	86,0±1,0	75,0±2,0

ФВ ЛЖ %	67,94±3,38	75,34±3,24*	66,52±3,74*	59,37±2,18*
ЛП, мм	33,10±1,30	30,57±2,74*	33,62±1,07	36,32±1,38*
КДР ПЖ, мм	23,69±1,89	23,71±2,15	25,52±2,16	26,47±2,04**
КСР ПЖ, мм	21,63±2,45	21,64±1,95	23,14±2,52	23,79±3,07**
КДО ПЖ, мл	39,50±4,90	32,57±5,21*	38,29±4,05	36,74±3,2
КСО ПЖ, мл	25,63±6,55	19,79±5,12*	24,05±2,13	22,11±6,02
ТСЛЖ, мм	4,05±0,10	4,01±0,04	4,16±0,18	4,06±0,09
КДР ЛЖ, мм	46,94±2,46	42,93±2,79*	47,05±1,51	46,79±2,14
КСР ЛЖ, мм	30,25±2,05	26,29±1,75*	30,38±1,97	29,79±1,99
КДО ЛЖ, мл	102,30±19,56	103,57±12,14	106,71±10,59**	108,76±16,06**
КСО ЛЖ, мл	35,88±4,03	31,79±4,39*	36,52±2,62	37,68±5,41
ТМЖПД	9,25±0,37	10,25±0,51 *	11,52±0,51**	12,24±0,47*
ТЗС	9,16±0,35	9,82±0,36	10,10±0,30**	11,42±0,4*
ММЛЖ, г	136,44±9,3	129,14±9,63	153,43±10,82*	176,11±12,77*
ИММЛЖ г/м ²	74,97±4,91	73,79±9,75	85,24±7,24*	97,84±8,22*
ОТС ЛЖ, мл	0,39±0,01	0,47±0,03*	0,46±0,02*	0,51±0,02*
ПЖО, мл	0,65±0,02	0,76±0,02*	0,76±0,03*	0,78±0,04*

Примечания: * - $P<0,001$ - достоверность различий по сравнению с контрольной группой; ** - $P<0,05$ - достоверность различий по сравнению с 1 степенью; $P<0,001$ - достоверность различий по сравнению со 2 степенью.

КДО ЛЖ был повышен у больных среднетяжелой и тяжелой анемией на 4,3% и 6,3%, соответственно, по сравнению с контролем. ИММЛЖ изменялся аналогично показателю ММЛЖ. Обращает внимание аналогичная тенденция увеличения индекса массы миокарда левого желудочка у пациентов со среднетяжелыми формами анемиями достигая максимума в группе пациентов с тяжелыми формами 97,84±8,22. Соответственно увеличению индекса регистрируется увеличение массы миокарда, достигая максимальных значений 176,11±12,77 г. Масса миокарда ЛЖ у пациентов 2-й группы была достоверно больше показателя контроля и больных 1-й группы - на 12,5% и 18,8%, соответственно, а 3-й группы - на 29,1% и 36,4%, соответственно, ($P<0,001$). Толщина МЖП была увеличена у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп на 10,8%, 24,5% и 32,3%, соответственно, по сравнению с контролем ($P<0,001$). Толщина задней стенки ЛЖ у больных со среднетяжелой и тяжелой анемией также превышала показатель контрольной группы. Относительная толщина стенки ЛЖ у больных 1-й, 2-й и 3-й групп превышала параметр здоровых лиц на 20,5%, 17,9% и 30,8%, соответственно.

Гипертрофия того или иного отдела ЛЖ была выявлена у 24 больных 50 обследованных пациентов. При этом, изолированное утолщение МЖП диагностировано у 7 пациентов, задней стенки ЛЖ(ЗСЛЖ)-у 4 больных и сочетание гипертрофии МЖП и ЗСЛЖ - у 8. Пациентов ЖДА с гипертрофией ПЖ в нашем исследовании выявлено не было. При анализе типов геометрии ЛЖ у пациентов ЖДА установлено, что у 28 пациентов геометрия левого желудочка не страдала, 5 пациентов имела эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, у 12 пациентов выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ, а у 5 больных - концентрическое ремоделирование левого желудочка.

При исследовании показателей центральной гемодинамики у больных ЖДА было выявлено снижение фракции выброса у пациентов тяжелой анемией - на 12,6% по сравнению с контролем ($P<0,001$) (таблица 2.)

Таблица 2. Показатели центральной гемодинамики у больных ЖДА

	контроль	ЖДА 1 степень	ЖДА 2 степень	ЖДА 3 степень
ФВ, %	67,94±3,38	75,34±3,24*	66,52±3,74*	59,37±2,18**
УО, мл	66,56±5,09	72,21±7,99*	70,14±4,90*	71,05±6,77*
МО л/мин	5,07±0,67	6,75±0,70*	5,88±0,41**	5,47±0,75***
УИ, мл	40,50±3,52	44,07±7,40*	41,52±8,34*	43,37±6,00*

Примечания: * - $P<0,001$ - достоверность различий по сравнению с контрольной группой; ** - $P<0,05$ - достоверность различий по сравнению с 1 степенью; $P<0,001$ - достоверность различий по сравнению со 2 степенью.

Ударный объем ЛЖ практически не различался среди пациентов с разной степенью анемии и превышал контрольный показатель на 8,5%, 5,4% и 6,7%, соответственно ($P<0,001$). Минутный объем сердца был наибольшим у больных с легкой анемией. Ударный индекс у пациентов 1 -й и 3-й групп превышал показатель контроля на 8,8% и 7,1%, соответственно ($P<0,001$).

Выводы. У больных хронической ЖДА развиваются процессы ре-моделирования сердца с нарушением глобальной диастолической функции ЛЖ и ПЖ, а также развитием гипертрофии левого желудочка, в основном за счет МЖП, увеличением размеров полостей сердца и снижением сократительной способности миокарда на поздней стадии заболевания. Расширение левых отделов сердца обусловлено развитием компенсаторных механизмов сопровождающихся увеличением частоты сердечных сокращений, ударного объема и выброса на фоне расширенных капилляров и сосудов гипоксией. Гипоксическая дилатация кровеносных сосудов возникает в результате выброса гипоксических метаболитов. Данные патогенетические процессы способствуют перегрузки сердца объемом.

Список литературы

1. Амосова, Е. Н. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных с хронической сердечной недостаточностью коронарного генеза с сопутствующей железодефицитной анемией /Е. Н. Амосова, Л.Л. Сидорова, В. Н. Царалунга // Сердце и сосуды. - 2017. - № 3. - С. 71-80.
2. Анемия и железодефицит у больных с хронической сердечной недостаточностью / Н. Т. Ватутин, Г. Г. Тарандин, И. В. Канишева, В. В. Венжега // Кардиология. - 2019. - Т. 59, № Б4. - С. 4-20.
3. Будневский, А.В. Влияние анемии на течение сердечно-сосудистой патологии /А.В.Будневский, Е.С. Овсянников //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2016.-№15(1).- С. 64-68.
4. Шилов, А.М. Хроническая сердечная недостаточность и анемия: роль дефицита железа и его коррекция /А.М. Шилов, А.О. Осия // Архив внутренней медицины.-2012.-№1.-С.53-58.
5. Ткаченко Е. И. Анемия при хронической сердечной недостаточности у больных гипертонической болезнью: патогенетические аспекты / Е. И. Ткаченко, Н. Ю. Боровкова, Н. Н. Боровков // Клиническая медицина. - 2019. - Т. 97, № 10. -С. 657-666.

Зоирова Н.П., Саидзода Б.И., Абдурахмонов Р.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости населения алопецией. Популяционная частота гнездной алопеции (ГА) в разных странах составляет от 0,03-0,1% до 1,7-5% [1,2,5]. В США ежегодно ГА поражает около 4,5 млн. людей [1, 2, 5]. По данным литературы более 60% больных ГА составляют лица моложе 20 лет, женщины заболевают в более молодом возрасте, чем мужчины и чаще обращаются за медицинской помощью [1, 3, 4]. В этиопатогенезе ГА придают изменениям функции эндокринных желез, психовегетативным и нейрогуморальным нарушениям, аутоиммунным нарушениям, генетическим факторам, эмоциональным стрессам, влияние микроорганизмов и др. имеет большое значение [2, 3, 5]. Многими исследователями [1, 3, 4, 5] признается аутоиммунная природа заболевания, характеризующиеся нарушением клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Эти данные позволяют предположить целесообразность терапии ГА различными иммуномодулирующими препаратами.

Выше изложенное предопределило актуальность настоящего исследования и послужило основанием для его проведения.

Цель исследования. Определить заболеваемость гнездной алопецией по данным обращаемости в Ассоциацию дерматовенерологов и косметологов РТ и ГУ «Городской клинический центр кожных болезней» г. Душанбе и изучить клинику и эффективность методов лечения больных ГА.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением в 2015 – 2019 гг. находились 80 больных с разными клиническими формами очагового выпадения волос. Анализ заболеваемости ГА проводился по данным обращаемости пациентов в Ассоциацию дерматовенерологов и косметологов РТ и ГУ «Городской клинический центр кожных болезней» г. Душанбе за период 2015 – 2019 гг. с учетом пола, возраста, места жительства, клинических форм и продолжительности болезни. Мужчин составляло – 52 (65%), женщин – 28 (35%), в возрасте от 18 до 45 лет. Продолжительность болезни составила от 1 до 3 и более лет. Больные страдали разными формами ГА. Очаговой формой ГА страдали 50 (62,5%) человек, субтотальной – 18 (22,5%), тотальной – 12 (15,0%). У 43 (53,75%) больных ГА связывали с нервнопсихическими потрясениями (смерть близких людей, конфликты на работе или в семье, плохие материально-бытовые условия жизни и др.), у 10 (12,5%) – после перенесенных инфекционных заболеваний (грипп, ангина, малярия), 27 (33,75%) больных выпадение волос ни с чем не связывали. У 54 (67,5%) больных выявлены сопутствующие заболевания.

В зависимости от использованного метода лечения все больные ГА были разделены на две группы. Первую группу (20 человек, 13 - с очаговой, 5 - с субтотальной и 2 - с тотальной формами заболевания) составили больные, получавшие традиционное лечение, заключающееся в назначении витаминов группы В, никотиновой кислоты, микроэлементов (медь, железо, цинк), УФО, ионофореза, токов д-Арсональ. Второй группе (30 человек, 18 - с очаговой, 9 - с субтотальной и 3 - с тотальной формами алопеции), наряду с традиционными средствами назначали тимостин и мазь, содержащую 1 – хлорметилсилатран. Местно всем пациентам двух групп проводилась раздражающая терапия перцовой настойкой 2 раза в день. Больным обеих групп с сопутствующей патологией по консультации соответствующих специалистов проводили корректирующую терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Заболеваемость населения гнездной алопецией в 2015 – 2019 гг. о поле и месте жительства больных отражена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов с алопецией по полу и месту жительства

Год	Кол-во больных	Пол		Место жительства	
		мужчины	женщины	город	село
2015	5	4	1	4	1
2016	7	5	2	5	2
2017	14	9	5	10	4
2018	21	15	6	16	5
2019	33	19	14	23	10
Итого	80	52	28	58	22

Как видно из таблицы отмечается рост обращаемости больных с ГА. Мужчины болели чаще женщин почти в

1,85 раза (52 против 28), а сельские жители (в 2,6 раза) реже городских (22 против 58).
Возрастная характеристика обратившихся больных приведена в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных гнездной алопеции по возрасту					
Год	Возраст, лет				Итого
	18 – 20	21 – 30	31 – 40	41 – 45	
2015	2	1	1	–	4
2016	1	4	1	–	6
2017	3	9	2	1	15
2018	5	11	7	1	24
2019	6	17	7	1	31
Итого	17	42	18	3	80

По данным таблиц, чаще заболевание встречалось в возрасте (21 – 30 лет) – 41 человека (52,5%).

У больных наблюдали разные клинические варианты гнездной алопеции как волосистой части головы, так и бороды, усов (табл. 3).

Таблица 3

Клинические формы гнездной алопеции				
Год	Алопеция			Всего
	очаговая	много-очаговая	очаговое выпадение бороды и усов	
2015	2	1	1	4
2016	1	3	2	6
2017	8	5	2	15
2018	14	7	3	24
2019	15	9	7	31
Итого	40	25	15	80

Чаще отмечались, очаговое выпадение волос у 40 случаев. Изолированное очаговое выпадение волос бороды и усов наблюдалось у 76,25% пациентов, а у остальных (у 23,75%) оно сочеталось с очаговым выпадением волос на голове. Причину выпадения волос 53,75% пациентов связывали с нервнопсихическими потрясениями, 12,5% – с перенесенной инфекционных заболеваний, а остальные (33,75%) не знали. Продолжительность заболевания у 13 человек составляла до 1 мес., у 45 – до 6 мес., у 11 – до 1 года, у 7 – до 5 лет, у оставшихся (4 чел.) – больше 5 лет. У подавляющего большинства (у 69 из 80 больных) давность заболевания составляла до 1 года.

Критериями эффективности использованных методов лечения ГА были исчезновение клинических симптомов ГА (непосредственные результаты лечения) и продолжительность ремиссии в течение 12 месяцев наблюдения (отдаленные результаты лечения). Все больные лечение перенесли хорошо, ни в одном случае не наблюдались побочные эффекты. Непосредственные результаты лечения больных ГА были следующими. После проводимой терапии (в среднем через 4 месяца от его начала) из 30 больных основной группы клиническое выздоровление, достигнуто было у 12 (40%), в контрольной группе – у 6 (30%), значительное улучшение, соответственно – у 13 (43,3%) и 6 (30%), улучшение – у 3 (10,0%) и 5 (25%), отсутствие эффекта – у 2 (6,7%) и 3 (15%). Удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения в обеих группах отмечены, в основном, среди больных с тотальной и субтотальной формами ГА. Следовательно, непосредственная эффективность комбинированного метода лечения больных ГА составила 83,3%, что достоверно выше, чем результаты традиционное лечение (только 60%, $p < 0,05$). Отдаленные результаты лечения (через 1 год) показали значительное преимущество комбинированного метода лечения. Из 23 больных с непосредственными положительными результатами лечения рецидивы заболевания наблюдались у 14 (56,0%), в контрольной группе из 12 – у 9 (75%), что достоверно выше ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенные клинические исследования показывают, что применение комбинированного метода лечения больных ГА с использованием тимоцина и кремнийсодержащих соединений 1 – хлорметилсилатрана повышают эффективность терапии гнездной алопеции, что расширяет возможности выбора практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаджигороева А.Г. Изучение клинической эффективности комплексной терапии различных типов алопеций с применением протеогликановой заместительной терапии / А.Г. Гаджигороева и соавт. // Клиническая дерматология и венерология. – 2023. Том. 22. – № 4. – С. 490-498
2. Готовский М.Ю. Цветовая светотерапия в лечении алопеции / М.Ю. Готовский // Традиционная медицина. – 2021. – № 3 (66). – С. 4-10. ISSN: 1818-6173
3. Катханова О.А. Опыт использования линии средств с миноксидилом в терапии стресс-индуцированных нерубцовых форм алопеции / О.А. Катханова // Медицинский совет. – 2023. Том 17. – № 14. – С. 89-96. ISSN: 2658-5790.
4. Трюб Р.М. Сложный пациент трихолога: руководство по эффективному лечению алопеции и сопутствующих заболеваний. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 400 с.
5. Schielein MC, Tizek L, Ziehfrend S, Sommer R, Biedermann T, Zink A. Stigmatization caused by hair loss - a systematic literature review. J Dtsch Dermatol Ges. 2020;18(12):1357-1368.

Зуфаров П.С., Абдумаджидова Н.Х., Акбарова Д.С.
КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ГАСТРИТОЛОМ

Кафедра клинической фармакологии Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Функциональные диспепсии (ФД) представляют собой состояния, которые характеризуются одним или более из следующих симптомов: постпрандиальное чувство переполнения, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение, которые нельзя объяснить после рутинного клинического обследования [2, 3]. Согласно рекомендациям согласительного совещания Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римские критерии IV, 2016 г.), примерно 20–30% населения постоянно или периодически испытывают диспептические симптомы. При этом, как показали исследования, меньшая часть (35 – 40%), приходится на группу заболеваний, входящих в группу органической диспепсии, а большая часть (60 – 65%) – на долю функциональной диспепсии [1].

Наличие диспептических жалоб существенно снижает качество жизни таких больных [5]. Примерно каждый второй пациент с диспепсией рано или поздно обращается за медицинской помощью в течение жизни. Боль и страх перед серьезными заболеваниями являются основными причинами обращения за медицинской консультацией [4].

Имеются доказательства нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки в патогенезе функциональной диспепсии. Роль инфекции *H.pylori* при ФД является спорной. Накопленные в настоящее время данные не дают оснований считать *H.pylori* существенным этиологическим фактором возникновения диспептических расстройств у большинства больных с функциональной диспепсией. Проведение эрадикации может оказаться полезным лишь у части таких пациентов [2].

В Узбекистане по данным Центра Здоровья МЗ РУз диагноз «функциональная диспепсия» по МКБ 10 (K30), несмотря на имеющиеся клинические проявления, ставится очень редко, во много раз чаще употребляется диагноз «хронический гастрит». Хронический гастрит, проявляющийся стойким структурным изменением слизистой желудка, чаще всего не имеет клинических проявлений. В западных странах диагноз «хронический гастрит» в последнее время ставится редко, врач обычно ориентируется на симптоматику заболевания и на её основании применяет термин «функциональная диспепсия». В Японии, стране с наибольшей частотой **рака желудка**, диагнозы «хронический гастрит» и «функциональная диспепсия» комбинируют, указывая тем самым на наличие или отсутствие изменений слизистой оболочки желудка и/или соответствующих клинических симптомов [5].

Цель исследования: Изучение клинической оценки эффективности препарата «Гастритол» для лечения ФД.

Материал и методы: Исследования проводились в гастроэнтерологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование было включено 152 пациент в возрасте с 19 до 80 лет, средний возраст $45 \pm 16,5$. Всем больным было проведено анкетирование с помощью специального опросника, где изучалась вероятность наличия кислотозависимых заболеваний, в том числе и ФД. Согласно опроснику, синдром боли в эпигастрии регистрировали в тех случаях, когда у больного, по меньшей мере 1 раз в неделю отмечались умеренные или выраженные боли, или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носили постоянный характер, были связаны с приемом пищи или возникали натощак, не локализовались в других отделах живота, не уменьшались после дефекации и не сопровождалась признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди. Синдром боли в эпигастрии часто сочетался с постпрандиальным дистресс-синдромом.

В свою очередь постпрандиальный дистресс-синдром регистрировали в тех ситуациях, когда у больного по меньшей мере несколько раз в неделю после еды, при приеме обычного объема пищи возникало чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение. При этом постпрандиальный дистресс-синдром иногда сочетался с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии. Оценку симптоматики производили по 3-х балльной системе, где: 0-отсутствие симптома; 1-маловыраженная, периодическая симптоматика–редко; 2-средней степени выраженная симптоматика– достаточно часто; 3-выраженная, постоянная симптоматика – постоянно.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что гендерные показатели обследованных больных незначительное различие по полу: из 152 лиц 49,3%- составляли лица мужского пола, а 50,7%- женского пола. Исследования по возрастным грациям показали превалирование лиц старшей возрастной группы с пиком заболеваемости 35-45 лет.

Первичный опрос анкетированных лиц выявил, что у 12,5% больных был отмечен острый гастрит, у 57,5 % лиц был диагностирован хронический гастрит. В тоже время у 14% лиц отмечалась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и только у 6% была диагностирована ФД.

В дальнейшем всем больным с острыми и хроническими гастритами и ФД была проведена эзофагогастродуоденоскопия. По результатам повторного обследования было выявлено, что диагноз “острый гастрит” был верифицирован только у 6,5% больных. Диагноз “хронический гастрит” типа А, В и С был верифицирован у 31,5 % больных. Процент больных с ФД наоборот, резко увеличился почти в 7 раз и составил 48% .

ФД у больных была представлена язвенноподобным синдромом в 24,3% случаев и постпрандиальным дистресс синдромом в 20,6% случаях. В 45,3% случаев болезнь протекала в смешанной форме. Клинические проявления в виде боли в верхних отделах живота была установлена лишь в 36,5% случаев, только 62% из этих больных предъявляли жалобы на боль, возникающую после приема пищи, 82% пациентов беспокоили ночные боли (в то же время боль в животе, которая мешала больным спать - в 89,0% случаев). Чувство раннего насыщения больные отмечали в 85,7% случаев, жжение, в основном в эпигастральной области - в 85,4% случаев, тошноту - в 92,5% случаев.

Наиболее значимыми этиологическими факторами ФД у больных были: кислотный фактор; наследственная предрасположенность; наличие в анамнезе *H.pylori*; курение, алкоголь; перенесенные частые токсикоинфекции; алиментарные факторы (злоупотребление острой и соленой пищей, поздний ужин, переедание); психосоциальные факторы.

Одним из препаратов, применение которого целесообразно при ФД, является «Гастритол» в виде капель для

перорального введения. «Гастритол» содержит ряд активных веществ, вызывающих местный эффект в желудочно-кишечном тракте и оказывающих центральное действие на секреторную и моторную функции желудка. В состав «Гастритола» входят жидкие экстракты из травы лапчатки гусиной, цветков ромашки лекарственной, корней солодки, дягиля, травы кадобенедикта, полыни горькой, зверобоя продырявленного.

Всем больным с ФД были даны рекомендации по питанию: частое (до 5-6 раз в день), дробное питание небольшими порциями с ограничением жирной и острой пищи, а также кофе. Было рекомендовано отказ от курения, употребления алкоголя, приема НПВП. Больным препарат Гастритол назначали по 20-30 капель 3 раза в день, растворенных в небольшом количестве воды в течении 14 дней. После производили субъективную оценку клинического эффекта препарата по шкале: эффективный, малоэффективный, неэффективный препарат.

Большинство больных перенесли препарат хорошо. Некоторые отмечали горький вкус препарата.

В таблице 1 представлена динамика клинических проявлений заболевания до и после курса лечения

Таблица 1

Динамика болевого и постпрандиального дистресс синдромов у больных с ФД после лечения препаратом «Гастритол»

Жалобы	До диагностики	Через 14 дней лечения
Боли в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувства жжения в эпигастральной области	2-3	0-1
Чувство тяжести после еды	3	0-1
Чувство раннего насыщения	3	0-1
Метеоризм	3	1
Тошнота	2	0

У большинства больных боль в эпигастрии уменьшилась уже на 7-е сутки лечения. К 14-м суткам самочувствие больных улучшилось, и к концу лечения лишь у 1 (3,3%) больного отмечались умеренные болезненные ощущения в эпигастральной области. При пальпации боль в эпигастральной области постепенно уменьшалась к 7-м, 14-м суткам лечения, к концу курса терапии, то есть через 4 недели, у 10% больных сохранялись болевые ощущения при глубокой пальпации в этой зоне. Изжога в процессе лечения уменьшалась уже к 7-м суткам, к концу курса лечения она исчезла у всех больных. На фоне лечения у 4 из 7 больных нормализовался стул, у 10% остался запор, который наблюдался у больных на протяжении многих лет и не был связан с обострением заболевания. Метеоризм до начала лечения наблюдался у 62% больных, после лечения — у 25%.

Следует отметить, что у больных на фоне приема «Гастритола» улучшились настроение и сон. На динамику клинических проявлений заболевания «Гастритол» оказывал положительное влияние, которое, возможно, связано с нормализацией моторной функции желудочно-кишечного тракта, а следовательно, и с уменьшением и/или исчезновением диспепсических жалоб.

В процессе лечения «Гастритолом» побочных эффектов не наблюдалось и переносимость препарата была хорошей. Эффективность «Гастритола» была высокая у 90%, незначительная — у 10% больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, по процентному соотношению количество больных с ФД лидирует среди кислотозависимых заболеваний органов пищеварения. В большинстве случаев, когда диагноз хронического гастрита должен ставиться только после эндоскопического заключения, в первичном звене наблюдается случаи гипердиагностики гастритов и диагноз основанный только на клинических жалобах больного без морфологического подтверждения, хотя должно формулироваться согласно МКБ 10 как «К 30: функциональная диспепсия неуточненной этиологии» или по Римским критериям IV «В I: функциональная диспепсия». Почти у половины больных верифицированный диагноз был представлен функциональной диспепсией протекающий болевым и постпрандиальным дистресс синдромами. Применение препарата растительного производства «Гастритол» способствует эффективному купированию симптомов связанных с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка.

Выводы

1. В две трети случаев диагноз хронического гастрита, установленный в СВП, семейных поликлиниках и частных медицинских учреждениях верифицируется как ФД.
2. Препарат «Гастритол» хорошо переносится больными с ФД и не дает побочных эффектов.
3. Изучение препарата «Гастритол» свидетельствует о его терапевтической эффективности при болевой и постпрандиальной формах ФД.

Список литературы

1. Drossman D.A., Hasler W.L. Rome IV –Functional disorders: disorders of gut-brain interaction. Gastroenterology 2016; 150(6):1257-61.
2. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs // Brook R.A., Kleinman N.L., Choung R.S. et al. //Clin Gastroenterol Hepatol. 2013. Vol. 8. P. 498–503.
3. Корой П.В. Функциональная диспепсия. Вестник молодого ученого Том: 12. Номер: 1 Год: 2016 С. 40-45.
4. Pike B.L., Porter C.K., Sorrell T.J., Riddle M. S. Acute gastroenteritis and the risk of functional dyspepsia: a systematic review and meta-analysis // Am J Gastroenterol. 2013 Oct. Vol. 108 (10). P. 1558–1563.
5. Review article: current treatment and management of functional dyspepsia // Lacy BE, Talley NJ, Locke GR et al. //Aliment Pharmacol. Ther. 2012. Vol. 36. P. 3–15.

Зуфаров П.С., Каримов М.М., Пулатова Н.И.
ПРОКИНЕТИКИ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов. Постоянно повторяющееся раздражение нижнего отдела пищевода может обусловить развитие стриктуры пищевода, эрозивного эзофагита, рака пищевода, синдрома Баррета. Это свидетельствует о важности своевременной диагностики и лечения пациентов с ГЭРБ. Приблизительно 32-60% пациентов с ГЭРБ имеют клинические симптомы синдрома функциональной желудочной диспепсии (ФД). Данная когорта больных с ГЭРБ, плохо отвечают на терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП).

Причиной недостаточной эффективности антисекреторной терапии ГЭРБ — это проблема коморбидности. Один из примеров коморбидной патологии — сочетание ГЭРБ и функциональной диспепсии (ФД). По данным систематических обзоров, сочетанное течение ГЭРБ встречается у 32-62% пациентов с ФД. Сочетанная функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) изменяет клиническую картину ГЭРБ, что затрудняет дифференциальную диагностику, приводит к неадекватному назначению лекарственной терапии и ее низкой эффективности. [1].

Фармакотерапия ГЭРБ помимо ИПП также включает прокинетики [3]. Это обосновано за счет усиления антропилоэзофагической моторики, что приводит к повышению тонуса нижнего пищевода и более ускоренной эвакуации желудочного содержимого.

Цель исследования. Сравнительная оценка клинической эффективности ИПП — лансопризола и его комбинации с домперидоном при коморбидном течении ГЭРБ и ФД.

Материалы и методы исследования. Для исследования было отобрано 60 больных ГЭРБ протекающего на фоне ФД (37 мужчин и 23 женщин). Средний возраст больных составил 44 года. Диагноз подтверждался данными ЭГДС и pH-метрии ацидогастрометром АГМ-03 (Россия, Исток система). У больных ФД протекала в виде болевой симптоматики у 25%, в виде постпрандиального дистресс синдрома у 34% и в виде сочетания обеих симптомов у 41 больного.

Все больные были разделены на две репрезентативные группы. Первая группа больных принимали ИПП — лансопризол в дозе 30 мг в сутки в течение 4-х недель. Второй группе больных назначали лансопризол в аналогичной дозе и домперидон в дозе 10 мг по 1 таблетке 3 раза в день до еды в течение 2-х недель.

Контроль в процессе лечения проводили по единой программе, включавшей в себя общеклиническое обследование, внутрипищеводную pH-метрию, ЭГДС. Симптомы, ассоциированные с рефлюксом, оценивали с помощью шкалы Likert. ЭГДС, pH-метрия и исследование симптомов заболевания проводились до начала лечения и через 4 недели после завершения курса лечения.

Результаты и обсуждение. Изучение динамики клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных по шкале Лайкерт (табл. 1) показало, что основными характерными симптомами заболевания в первую очередь остается изжога — 100%. Далее идут такие симптомы, как отрыжка — 82,8%, срыгивание — 53,2% и загрудинные боли — 43,6%. На фоне проведенной терапии в обеих группах больных отмечались следующие изменения по шкале Лайкерт. В первой группе отмечалось снижение симптомов изжоги на 60,4%, отрыжки на 33,2%, срыгивания на 23,4%. Во второй группе показатели составили соответственно — 86,0%; 65,5%; 51,0%.

Проведенные эндоскопические исследования показали, что у 67,5% пациентов первой группы ГЭРБ протекала в виде катарального эзофагита, а у оставшихся 32,5% пациентов в слизистой оболочке отмечалось наличие эрозий. Во второй группе пациентов катаральный эзофагит выявлен в 70% и эрозивный в 30% случаев. Повторную эндоскопическое исследование проводили через 4 недели. После проведенной терапии в первой группе пациентов катаральный эзофагит наблюдался у 18%, а эрозивный эзофагит у 17,5% пациентов. Во второй группе катаральный эзофагит был верифицирован у 10,5%, а эрозивный эзофагит — у 8,5% пациентов. Проведенное исследование определило в первой группе больных улучшение эндоскопической картины ГЭРБ на 62,5%, а во второй группе — 85%.

Проведенное трансэндоскопическая и топографическая pH-метрия показала, что при использовании лансопризола отмечалось достоверное повышение уровня pH в зоне активного кислотообразования — передней и задней стенок тела желудка. При использовании ИПП уровень pH в теле желудка к 4-й неделе находился в пределах 3, 8. Во второй группе больных принимавших лансопризол в комбинации с домперидоном уже в 4-й неделе уровень pH в зоне активного кислотообразования был на уровне 4, 6. Уровень pH в зоне кислотонейтрализации, которая находится в антральном отделе желудка при использовании лансопризола находилось на уровне 3, 9 (при норме 4, 6). В группе пациентов, принимавших комбинированную терапию, на 4-й неделе уровень pH в антральном отделе находилось на уровне нормальных значений — 4, 3.

В результате исследования была отмечена клиническая эффективность и хорошая переносимость проводимого лечения, случаев отмены препаратов или возникновения побочных эффектов не наблюдалось.

В гастроэнтерологической литературе появились ряд сообщений, о том, что применение домперидона может спровоцировать ряд серьезных сердечно-сосудистых нарушений, вплоть от удлинения интервала QT до возникновения аритмий типа «пируэт» [4]. Проведенный ретроспективный анализ пациентов с тошнотой и рвотой, получавших домперидон с 2009 по 2013г. Investigational New Drug (IND) показал, что у 73% пациентов, получавших терапию домперидоном, отмечалось уменьшение тошноты и рвоты. У 10 из этих пациентов пролонгировалось удлинение QTc в диапазоне от 453 до 509 мс без каких-либо нарушений ритма [5].

Возникает вопрос: почему сейчас стал активно рассматриваться вопрос о выраженных побочных эффектах препарата, которые принципиально изменили отношение к нему медицинского сообщества? Food and Drug Administration (FDA) 7 июня 2004г. предупредило о том, что распространение любых продуктов, содержащих домперидон, является незаконным. FDA предприняло это действие из-за использования домперидона лактирующими женщинами для улучшения выработки грудного молока. Хотя первоначальные сообщения о серьезных нежелательных были связаны с внутривенным введением домперидона и его высокими концентрациями в крови [2]. Однако FDA признает, что некоторые пациенты с тяжелыми нарушениями моторики ЖКТ (ГЭРБ, гастропарез и хронический запор), которым сложно нивелировать симптоматику доступной терапией, могут получать терапию домперидоном. Согласно медицинской литературе, стандартная доза домперидона составляет 10 мг 3 или 4 р./сут [2]. Взвешенный подход к назначению препарата позволяет не только добиться хорошего результата, но и исключить риски развития побочных эффектов.

Табл. 1

Динамика клинических проявлений ГЭРБ у обследованных больных

Симптомы	Количество баллов по шкале Likert			
	I группа (до лечения)	I группа (после лечения)	II группа (до лечения)	II группа (после лечения)
Изжога	4,5±0,3	1,2±0,2	4,4±0,5	1,5±0,3
Отрыжка	3,2±0,2	1,8±0,3	3,1±0,3	2,0±0,1
Срыгивание	2,4±0,5	1,6±0,1	2,4±0,2	1,9±0,3
Загрудинные боли	2,2±0,7	0,7±0,4	2,3±0,5	1,2±0,2

Табл. 2

Эндоскопическая характеристика ГЭРБ у обследованных больных

	Катаральный эзофагит		Эрозивный эзофагит	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I группа (n-40)	27 (67,5%)	4 (10,0%)	13 (32,5%)	3 (7,5%)
II группа (n-40)	28 (70%)	7 (17,5%)	12 (30,0%)	5 (12,5%)

Список литературы

1. De Bortoli N, Martinucci I, Bellini M, Savarino E. Overlap of functional heartburn and gastroesophageal reflux disease with irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2013;19(35):5787-97.
2. Domperidone IND Packet [Электронный ресурс] // US Food and Drug Administration. 2018. 17 p. URL: <https://www.fda.gov/downloads/drugs/developmentapprovalprocess/howdrugsaredevelopedandapproved/appro>.
3. Ortiz A., Cooper C.J., Alvarez A. Cardiovascular Safety Profile and Clinical Experience with High-Dose Domperidone Therapy for Nausea and Vomiting // Am. J. Med. Sci. 2015. Vol. 349 (5). P. 421–424.
4. Parkman H.P., Jacobs M.R., Mishra A. Domperidone Treatment for Gastroparesis: Demographic and Pharmacogenetic Characterization of Clinical Efficacy and Side-Effects Digestive Diseases and Sciences // Dig. Dis. Sci. 2011. Vol. 56 (1). P. 115–124.
5. Schey R., Saadi M., Midani D. Domperidone to Treat Symptoms of Gastroparesis: Benefits and Side Effects from a Large Single-Center Cohort // Dig. Dis. Sci. 2016. Vol. 61(12). P. 3545–3551.

Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Шарифов М.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ

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

Актуальность. Одной из наиболее важных звеньев развития ИБС среди других факторов различной природы (дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, курение, гиподинамия, сахарный диабет) является эндотелиальная дисфункция. При нарушении функции эндотелия усиливается окислительный стресс, в результате повышается АД, возникает тромбоз. [1,2]

Гомоцистеин представляет собой серосодержащую аминокислоту, образующуюся в организме в метаболическом цикле метионина. Как показали результаты одного из крупнейших международных исследований (MONICA-Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), не так давно выделена группа так называемых новых факторов риска, к клеточным повреждениям прежде всего относится увеличение уровня гомоцистеина (ГЦ) в крови. [3,4]

Гомоцистеин обладает выраженным токсическим действием на клетку, поэтому для ее защиты существуют специфические механизмы выведения ГЦ из клетки. В норме избыток ГЦ катаболизируется различными путями при участии фолиевой кислоты и витамина В12 или с помощью витамина В6. Для предотвращения избытка ГЦ образовавшийся в метионин требуется активная форма фолиевой кислоты, которая образуется только при участии фермента 5,10-метилтетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR). ГЦ быстро окисляется в периферической крови, в результате образуется большое количество радикалов содержащих кислородов. При этом происходит повреждение клеток эндотелия, приводящее к потере эластичности внутрисосудистой выстилки, а также окисление ЛПНП, что в свою очередь способствует развитию сердечно-сосудистой патологии. [5,6] Норма ГЦ составляет 5-11 мкмоль. Увеличение ГЦ от 30 до 100 мкмоль/л является предельно допустимой, более 100 мкмоль/л считается тяжелой гипергомоцистеинемией. Одной из главных причин витаминдефицитных состояний приводящих к гипергомоцистеинемии являются заболевания

ЖКТ, сопровождающихся нарушением всасывания витаминов. Это объясняет более высокую частоту сосудистых осложнений при наличии хронических заболеваний ЖКТ. Также при В12 дефицитных состояниях причиной смерти служит не анемия, а инсульты и инфаркты.[5,6] Применение витаминов группы В, ведет к улучшению течения заболевания, в частности ИБС, что основано на участии витаминов в регуляции гомоцистеина.

Цель исследования. Оценить патогенетические особенности развития ишемической болезни сердца (ИБС) при мегалобластных анемиях.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились пациенты гематологического отделения НМИЦ «Шифобахш». В исследовании приняли участие 56 больных с диагнозом ИБС. Из них 35 пациентов с диагнозом мегалобластной анемии, составили контрольную группу. В группу сравнения входили 21 больной с диагнозом ИБС без мегалобластной анемии.

Критерии включения: возраст пациентов от 45 до 68 лет. Медиана возраста составила 56,5 лет. Из исследования исключались клинически нестабильные пациенты, пациенты с сопутствующими заболеваниями. У всех пациентов был оценен клинический статус, проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики (общий анализ крови, биохимический анализ крови, липидный спектр крови, уровень гомоцистеина, по показаниям стерильная пункция, а также электрокардиография (ЭКГ), ЭхоКГ, холтеровское мониторирование), проведена оценка вариабельности ритма сердца и вегетативного тонуса.

Результаты исследования. После проведенного исследования мы выявили, что основными клиническими проявлениями исследуемых пациентов были: слабость, головокружение, похудание. Со стороны ССС наиболее частыми симптомами были: боли в области сердца, различной длительности, интенсивности и характера, одышка при физической нагрузке и сердцебиение. У пациентов контрольной группы симптомы были более выражены по сравнению со второй группой. У больных первой группы уровень ГЦ в крови был в пределах от 37 до 94 мкмоль/л, чем у группы сравнения. По данным ЭКГ чаще всего отмечались: синусовая тахикардия, признаки гипертрофии левого желудочка и блокада ножек пучка Гиса. По данным Эхо-КГ выявлены: признаки увеличения размеров и объемов левого желудочка и его дилатация. У 28 пациентов контрольной группы отмечались преобладание симпатикотоний, которые ухудшают течение и прогноз заболевания, по сравнению со второй группой. У больных контрольной группы было зарегистрировано снижение сократительной способности желудочков. Показатели общего анализа крови у больных первой группы были значительно снижены и проведение медикаментозной коррекции были сложнее чем во второй группе.

Вывод. Мегалобластные анемии имея системный характер, влияют на функциональное состояние ССС особенно при ИБС. Высокое содержание ГЦ в крови обуславливает появление у значительной части пациентов побочных эффектов, в том числе кардиотоксических, в связи с чем важно совместное ведение пациентов гематологом и кардиологом.

Литература

1. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue, 4th edition. S. Swerdlow, E. Campo, N. Lee Harris, E.S. Jaffe, S.A. Pileri, H. Stein, J. Thiele, J.W. Vardiman // World Health Organization. - October 2018.
2. Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation, 4th edition. F Appelbaum. // Wiley-Blackwell. – 2019.
3. Клиническая онкогематология: Руководство для врачей/ под ред. М.А. Волковой. 2-е издание - М.: Медицина, 2017.
4. Шляхто Е.В., Звартау Н.Э., Виллевалде С.В. и др. Система управления сердечно-сосудистыми рисками: предпосылки к созданию, принципы организации, целевые группы. Российский кардиологический журнал. 2019
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015
6. Алиева А.М., Резник Е.В., Гасанова Э.Т. и др. Клиническое значение определения биомаркеров крови у больных с хронической сердечной недостаточностью. Архив внутренней медицины. 2018;

Изатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТОЛА У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЭНДОКРИНОЛОГА

¹Кафедра неврологии и медицинской генетики им. Раджабалиева Ш. Ф. ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан".

Актуальность

В практике врача - терапевта довольно часто встречаются пациенты, предъявляющие множество не четких, сбивчивых размытых жалоб. Жалобы быстро сменяют друг-друга по времени, не укладываются в четкую картину определенного заболевания, являются не типичными по своему сочетанию друг с другом в связи с физической нагрузкой, времени суток. Несмотря на красочную разнообразную клиническую картину, заболевания сердца, ЖКТ, дыхательной системы и пр., данные ЭКГ, лабораторных анализов, фиброгастродуоденоскопии, рентгенологического исследования, а иногда и таких дорогостоящих исследований, как КТ и МРТ, не показывают каких либо патологических изменений. Врачи расценивают поведение больных как симуляцию, а те в свою очередь, не верят врачам требуют консультаций новых специалистов, дополнительных методов диагностики вплоть до оперативного вмешательства. Вся эта нечеткая но красочная симптоматика поистине заставляющая страдать больных, обусловлены патологией лежащей на границе терапии и психиатрии - саматоформными расстройствами [2,3]. Почти одна треть пациентов обращающиеся за медицинской помощью к семейному врачу в поликлиниках по поводу своего заболевания имеют саматоформные расстройства. Наличие выраженной тревожности и яркой вегетативной симптоматики у больных саматоформными расстройствами предполагает включение в терапию анксиолитиков с положительным

влиянием на показатель гемодинамики дыхания и с меньшими побочными эффектами и отсутствием привыкания и синдрома отмены, которые характерны для большинства анксиолитиков бензодиазепинового ряда. Таким требованием обладает мультимодальный анксиолитик Адаптол (Олайн-фарма Латвия). Адаптол близок к естественным метаболитам организма, что делает его нетоксичным при передозировке. Не обладая “поведенческой токсичностью”, свойственная бензодиазепинам за счет влияния на нейромедиаторные системы снижает проявления тревожно-фобического синдрома, эмоционального напряжения [1].

Оценка эффективности препаратов “Адаптол” у больных оценивалась на фоне стандартной терапии и в период ремиссии основной эндокринной патологии. Препарата Адаптол больные получили как в таблетированной, так и в капсулярной форме в дозировке по 300,500мг, в соответствии со назначенной схемой лечения (< 4 недель, 5-8 недель, 9-12 недель). Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялись при помощи статистического анализа Statistica 6,0.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОВСЗ РТ (ГМЦ – городской медицинский центр №1 им. К.Ахмедова) совместно с врачами эндокринологами города Душанбе (Городской Эндокринологический центр и ГЦЗ г. Душанбе), а также медицинских учреждений Районов Республиканского подчинения (г. Вахдат, г. Гиссар и г. Турсунзаде) за период 2022 год. Всего в проекте участвовали 23 врачей. Для проведения исследования был выбран метод опроса стандартизированной анкетой, состоящий из 26 пунктов.

Обследованы 457 пациентов с преимущественной и патологией щитовидной железы, а также других эндокринных заболеваний в клинической картине которых помимо основных симптомов характерных для данного заболевания, наблюдались соматоформные расстройства, из них мужчин было 131 чел (28,7%), женщин – 326 чел (71,3%) человек. Возрастная категория составила от 20- до 60лет и старше, средний возраст $38,6 \pm 3,12$ года

Исходя из анализа полученных данных, выявлено, что большую группу больных составили больные с патологией щитовидной железы, в частности зоб – 338 чел (73,9%), далее сахарный диабет 1 и 2 типа – 69 чел (15,1%), гипотиреоз – 16 (3,4%), и другие патологии эндокринной системы включая (микро аденома гипофиза, несахарный диабет, метаболический синдром, ожирение, гипоталамический синдром, галакторея, аутоиммунный тиреоидит и др.) – 34 (7,43%) у которых наблюдались соматоформные расстройства.

Результаты и их обсуждение. Нами проведена оценка эффективности препаратов Адаптол у пациентов с соматоформными расстройствами в практике врача эндокринолога. Менее 1/3 больных составили мужчины (131/28,7%), а более треть женщины 326 (71,3%), что говорит о том, что женский пол более подвержен к соматоформным расстройствам. Проведенные исследования показали, что среди обследованного контингента больных с соматоформными расстройствами составили в среднем 274 случаев (60%) из 457 обращений.

Из общего количество больных с соматоформными расстройствами психоневрологические проявления имели 423 чел. (92,5%), дыхательные симптомы и боль – 390 чел. (85,4%), сердечно сосудистые симптомы – 388 чел. (84,9%), нарушение терморегуляции – 367 чел.(80,3%), расстройство сна – 330 чел. (72,2%), диспепсическими расстройства – 182 чел. (39,8%), мочеиспускательными симптомами – 128 чел. (28%), сексуальными расстройствами – 130 (28,5%). Все больные получали лечение в амбулаторных условиях.

Больные были разделены по возрастным характеристикам (Таб. № 1)

Повозрастная характеристика

Возрастная группа (лет)	Число обследованных лиц	
	Количество	%
20-29	158	34,6
30-39	112	24,5
40-49	71	15,5
50-59	54	11,8
60 и старше	29	6,3
Всего	457	100

Как видно из данной таблицы наибольшее число больных было в возрастных группах 20-29лет - 158 (34,6%) и в группе 30-39лет - 112 (24,5%) что составляет в общем 303чел (66,4%). Таким образом молодой возраст более подвержен к появлению соматоформных расстройств, чем другие возрастные группы: 40-49лет-71чел (15,5%), 50-59лет - 54чел (11,8%), и 60лет и старше – 29лет (6,3%) – которые менее подвержены, т.е. чем старше человек тем меньше он подвержен к появлению соматоформных расстройств.

Соматоформные расстройства у больных проявлялись психоневрологическими симптомами в виде тревоги, страха, напряженности, дрожи и недомогания у 423 чел. (92,5%), болевые симптомы наблюдались у 390 чел. (85,4%), которые характеризовались головными болями, болями в спине, груди и в области сердца и суставах, дыхательные симптомы характеризовались – затрудненностью дыхания, чувством удушья, комка в горле и кашлем – у 390 чел.(85,3%), нарушением терморегуляции у больных проявлялось в виде ощущение жара или холода, потливости и изменении температуры тела и выявлено у 367 чел. (80,3%), а расстройство сна у 330 чел.(72,2%), диспепсические расстройства отмечено у 182 чел.(39,8%) и в основном проявлялось в виде жжения, тошноты, рвоты, проблем с опорожнением кишечника и метеоризмом. Сексуальные расстройства и симптомы мочеиспускания в виде частых мочеиспусканий наблюдались соответственно по 130 чел.(28,5%) и 128 чел.(28%). Таким образом меньше всего наблюдались диспепсические, сексуальные и расстройство мочеиспускание.

Симптомы соматических расстройств мы оценивали до момента назначения препарата Адаптол как есть и нет,

а после назначения как исчезли, уменьшились и без изменений (табл. №2).

таблица №2

Симптомы до назначения препарата Адаптол			Симптомы после назначения препарата Адаптол		
Симптомы	Есть Количество (%)	Нет Количество (%)	Исчезли Количество (%)	Уменьшились Количество (%)	Без изменений Количество (%)
Сердечная деятельность (перебои в работе, Учащенное сердцебиение.)	388 (84,9)	69 (15,1)	144(37,2)	202 (52,3)	42 (10,5)
Дыхание (трудно дышать, чувство удушья, комок в горле, кашель)	390 (85,3)	67 (14,7)	166 (42,6)	172 (44)	52 (13,4)
Диспепсия (жжение, тошнота, рвота, проблемы с опорожнением кишечника, метеоризм)	182 (39,8)	275 (60,2)	34 (18,8)	46 (25,1)	102 (56,1)
Мочепускание (частое)	128 (28)	329 (72)	22 (17,3)	25 (19,3)	81 (63,6)
Сексуальные расстройства	130 (28,5)	327 (71,5)	22 (17,1)	22 (16,9)	86 (66)
Нарушения терморегуляции (ощущение жара или холода, потливость, изменение температуры)	367 (80,3)	90 (19,7)	117 (31,9)	175 (47,7)	75 (20,4)
Боль (головная, в спине, груди или районе сердца, суставах)	390 (85,4)	67 (14,6)	185 (47,5)	146 (37,4)	59 (15,1)
Психоневрологические проявления (тревога, страх, напряжение, дрожь, недомогание)	423 (92,5)	34 (7,5)	181 (42,9)	213 (50,3)	29 (6,8)
Расстройства сна	330 (72,2)	127 (27,8)	131 (39,8)	112 (33,9)	87 (26,2)
Другие жалобы	149 (32,6)	308 (67,4)	24 (16)	37 (24,7)	88 (59,3)

Как видно из табл №2 психоневрологические проявления на фоне приёма препаратом Адаптол полностью исчезли у 181 чел. что составило 42,9%, уменьшились у 213 чел (50,3%) и остались без изменений у 22 чел, что составило всего 6,8%, т.е у 93,2% больных отмечено положительная динамика в виде регресса психоневрологических проявлений. Также наблюдалось очевидный регресс болевой симптоматики: Болевые симптомы полностью исчезли у 185 чел. что составило 47,5%, уменьшилось у 176 чел. (37,4%) и осталось без изменений у 59 чел (15,1%). Кроме того необходимо отметить также положительное влияние препарат на дыхательную симптоматику: Так полностью исчезли дыхательные симптомы у 166 чел.(42,6%), уменьшилось у 172 чел.(44%) и остались без изменений у 52 чел. (13,4%), также сердечные симптомы полностью исчезли у 144 чел.(37,2%), уменьшились у 202 чел.(52,3%) и без изменений у 42 чел.(10,5%).В меньшей степени относительно положительное влияние препарата Адаптол показал себя соответственно при сексуальных расстройствах : В общем 44 чел.(34%) и отсутствие эффекта у 81 чел.(63,6%), а так же при диспепсических расстройствах у 80 чел.(43,9%) и отсутствие эффекта у 102 чел.

Выводы.

Применение мультимодального анксиолитика “Адаптол” за счёт положительного влияния на нейромедиаторные системы, с не токсичностью в особо высоких дозах и наименьшими побочными эффектами положительно влияет на течение эндокринных заболеваний и в регрессе соматофарменных расстройств.

Список литература.

1. Васильева-Линецкая Л. Я. Соматоформная вегетативная дисфункция: эволюция диагноза и подходов к лечению, традиционная и современная физиотерапия.//Східно-Європейський журнал внутрішньої та сімейної медицини 2018, №2-с.17-26
2. Пережогин Л. О., Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение и профилактика.//Клинические рекомендации М: ФГБУ -2015 с.22.
3. Михайлов Б. В. Клиника и принципы терапии пароксизмальных состояний в структуры невротических соматоформных расстройств.//Межд.невр.журнал -2012-Т. 52-№6 с. 157-161

Иномзода Ч.И., Ёдгорова М.Ч., Носирова М.П.

ТАРЗҲОИ МУКАММАЛИ ТАБОБАТ ДАР ФАҶОЛИЯТИ ТАБИБОНИ ОИЛАВИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИ-СТОН

Кафедраи тибии оилавии МДТ «ДДТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Маъмулияти мавзӯ.

Бартарии шумораи шаклҳои музмини бемориҳо, вобастагии онҳо бо гуногуншаклии омилҳо, бартарии теъдоди бемориҳои силсилави (атеросклероз, диабети қанд, коллагенозҳо ва ғайра), инчунин мавҷудияти омили коморбидӣ

(хамроҳии якчанд бемориҳо дар бадани як пациент) хусусиятҳои тибии клиникӣ муосир мебошанд. Омилҳои зикргардида сабаби пайдошавии мушкилиро мураккабии таъхирот ва реабилитатсияро пешгирии намудҳои асосии бемориҳои узвҳои бофтаҳои бадани пациентҳо мебошанд.

Ҳамзамон, иқдомҳои инфиродӣ нисбати пациент (табобати инфиродӣ) зарурати баррасии дақиқии пайдошавии бемориҳои асосӣ ҳамрадиф, алоқамандии сабабҳои таъхирот (патогенези) бемориҳо ва табобати мувофиқи мақсади онҳо дар назар дорад.

Инчунин, иқдомҳои инфиродии нисбати пациент иҷрошаванда (муолиҷаи фардӣ) зарурати таҳлили дақиқии таъхирот бемориҳои асосӣ ҳамрадиф, алоқамандии байни сабабҳо (этиология) ва раванди (патогенези) бемориҳоро пешбинӣ менамоянд.

Аз ин лиҳоз бояд қайд кард, ки иқдомҳои инфиродӣ нисбати пациентҳои мушаххас (муолиҷаи инфиродӣ) зарурати дарки аниқии ҳолати бемориҳои асосӣ ва ҳамрадифро, ҳамбастагии патогенези онҳо, таъхирот мукаммалу муолиҷаи мувофиқи мақсади маризии мушаххасро пешбинӣ менамоянд.

Коморбидӣ (лотинӣ «со» - ҳамроҳ, «morbus» - беморӣ) – ин дарки мавҷудияти вазъии клиникӣ иловагӣ аст, ки аллакай вучуд дорад ё метавонад мустақилона пайдо шавад. Байни аломатҳои асосии беморӣ ва аломатҳои коморбидӣ фарқ мавҷуд аст. Ибораи «коморбидӣ» ҳамчун синоним зимни ибораҳои «полипатология», «мулти- ё полиморбидӣ» истифода мешавад. Бояд зикр кард, ки альон дар фармакологияи клиникӣ муосир атрофи ин мавзӯ муҳокима давом дорад.

Мақсади таҳқиқот.

Фаҳмиши «феномени коморбидӣ» – ҳамчун шакли «ҳамзистии» ду ва бештар бемориҳо дар бадани як пациент дар шакли самтҳои гуногун васеъ омӯхта шуда истодааст – эпидемиологӣ, клиникӣ, тиббӣ иқтисодӣ, ирсият (генетикӣ) ва ғайра.

Нисбати баҳодихӣ ба сатҳи коморбидӣ нишондиҳандаҳои (индексҳои) гуногун пешниҳод шудаанд: индекси Чарлсон (Charlson Index, бо мақсади пешгӯии нишондиҳандаи фавт истифода мешавад); ҷадвали кумулятивии рейтингии бемориҳо (Cumulative Illness Rating Scale [CIRS]) – ҳамаи силсилаи узвҳои бадан ғайр аз таъхиротҳои маҳсус; индекси бемориҳои ҳамрадиф [Index of Coexisting Disease (ICED)] сатҳи вазнинии беморӣ ва қорношоямиро ба қайд мегирад. Ҳамзамон, мақсади асосии нишондиҳандаҳои мазкур – баҳодихӣ ба таносуби миқдори бемориҳои ҳамрадиф аз нуқтаи назари иқтисодӣ – ҳароҷоти соҳаи ниғаҳдории тандурустӣ мебошад.

Мавҷудияти якчанд бемориҳои музмин дар бадани як бемори алоҳида одатан ҳамчун омил ба сифати тандурустии бемор таъсири манфӣ расонанда, дистрессии психологӣ, бистаришавии тӯлонӣ, афзоиши теъдоди оризаҳои пас аз амалиётҳои ҷарроҳӣ, сатҳи баланди фавт ва афзоиши нархи хизматрасонии тиббӣ шинохта мешавад.

Мувофиқи мантиқ аст, ки мафҳуми коморбидӣ бояд дар мавридҳои истифодаи системаи кӯмакрасонии тиббӣ ва, алалхусус, бо мақсади роҳ надодан ба тақсимшавии кӯмакрасонӣ дар амали клиникӣ ва таъхирот идораи (менеджменти) ниғаҳдории тандурустӣ ба инобат гирифта мешавад.

Самти ҳеле муҳим, ки аҳамияти сатҳҳои зикргардидаи коморбидиро дар ҳадамоти тибии оилавӣ шарҳ медиҳад, хусусиятҳои биологӣ ва умумипатологияи коморбидӣ мебошанд.

Мафҳуми коморбидӣ набояд ҳамчун ҷамъи амалиёт ё натиҷаи ҷамъбасти шумораи бемориҳои иқдомҳои якҷела нисбати беморони гуногун қабул шавад.

Бояд иқрор шуд, ки вобаста ба мафҳуми «коморбидӣ» эҳтимоли мавҷудияти равандҳои иқдомҳои ниёзмандии таҳқиқотҳои илмӣ мавҷуданд.

Мавод ва шаклҳои таҳқиқот.

Бо мақсади омӯзиши аҳамияти амалии мафҳуми коморбидӣ дар фаъолияти клиникӣ тибии оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва пешниҳоди тавсияҳои зарурӣ ба соҳаи ниғаҳдории тандурустии кишвар таҳқиқоти мазкури ба омӯзиши сохтор ва фаъолияти коморбидии соҳаи тибии оилавии Ҷумҳурии Тоҷикистон бахшидашуда иҷро шуд.

Таҳқиқот дар асоси маводҳои расмӣ омили тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро шудааст. Самтҳо ва имкониятҳои мавҷудаи омӯзишу истифодаи нишондиҳандаҳои дахлдори омили тиббӣ дар сатҳи ҳадамоти тибии оилавии Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлил шудаанд.

Вазъияти мавзӯи зимни таҳқиқоти тиббӣ омили соҳавӣ аҳолиро назорати диспансерии сохторҳои кӯмакрасонии аввалии тиббӣ санитарии (тибӣ оилавии) Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соли 2021 (ҳуҷҷатгузории расмӣ №12 «Ҳисобот оид ба бемориҳо дар ҳудуди хизматрасонии марказҳои саломатӣ» омӯхта шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Бемориҳои коморбидӣ бештар байни аҳолии қуҳансол во мекӯранд. Таҳти назорати диспансерии табибони оилавӣ бештар аҳолии гирифтори якчанд бемориҳо қарор доранд. Зимни таҳлил аниқ карда шуд, ки пациентҳои таҳти назорати диспансерии табибони оилавӣ ва мутахассисони соҳавӣ қарордошта ба шаш номгӯи бемориҳои музмин таъхирот доштанд.

Зимни таҳлил муайян гардид, ки ним ҳиссаи (52%-и) пациентҳои қуҳансол бемории фишорбаландӣ, 20% - бемориҳои дилу рағҳои хунгард, 14% – диабети қанд ва 12% – соир бемориҳои неврологӣ доранд. Байни пациентҳои гирифтори бемории музмини гурдаҳо сатҳи беморшавӣ ба бемории ишемияи дил (БИД) баробар буд – 22%. Сатҳи баланди коморбидӣ на фақат бо сатҳи баланди паҳншавии беморӣ вобаста аст.

Тавсифи нишондиҳандаи коморбидии бемориҳоро метавон чунин шарҳ дод: теъдоди вазъиятҳои коморбидӣ байни пациентҳои қуҳансол ва пациентҳои гирифтори бемориҳои коморбидӣ меафзояд, нишондиҳандаи «прогноз» бадтар мешавад. Яъне, зимни таъхиротҳои ҳолати нишондиҳандаи коморбидиро бояд ба эътибор гирифт.

Вобаста ба нишондиҳандаи коморбидӣ чунин шакли баёни бемориҳо метавон тавсия кард: шумораи вазъиятҳои коморбидӣ байни пиронсолон меафзояд, сатҳи дурнамо (прогноз) бад мешавад.

Ҳолати коморбидӣ ҳангоми таъхиротҳои бояд ҳатман ба инобат гирифта шавад. Вазъии коморбидӣ афзоиши назарраси захираҳои тибиро ва таъмини ҳамаҷири маводи доругиро талаб менамояд.

Хулосаҳо.

Дар тавсияномаҳои клиники ба ташхису табобати бемориҳо бахшидашуда ворид намудани маълумот оид ба бемориҳо ва ҳолатҳои коморбидӣ мувофиқи мақсад аст. Бемориҳо ва ҳолатҳои коморбидӣ метавонанд нисбати ташхис ва табобати пациентҳо таъсир расонанд.

Дар мавриди истифодаи тавсияҳои мавҷудаи клиникӣ ба инобат нагирифтани ҳолатҳои коморбидӣ, алаҳусус вобаста ба беморию ҳолатҳои ашҳоси қуҳансол, эҳтимоли бесамарӣ ва ҳавфнокии табобат ҳувайдо мегардад. Бинобар ҳамин, воридкунии маводи зарурии ба мавзӯи мазкур бахшидашуда мувофиқи мақсад аст.

Сарфи назар аз тавсияҳои клиники ба беморию ҳолатҳои коморбидӣ бахшидашуда, иқдомҳои клиникӣ интегралӣ тавсия мешавад. Зимни истифодаи тавсияномаҳои клиники ба эҳтиёҷи пациент нигаронидашуда амалиёти тиббӣ бояд зимни назардошти ҳолати феълии бемор ба муҳокимаи ташхису табобати пациент равона карда шаванд.

Дар тавсияномаҳои клиникӣ ташхиси бемориҳо ҷойгиркунии мавзӯи ҳолатҳои беморию коморбидӣ мувофиқи мақсад аст.

Бемориҳо ва ҳолатҳои коморбидӣ метавонанд ба раванди ташхису табобати пациент таъсири назаррас расонанд. Зимни истифодаи протоколҳои тавсияҳои клиники мавҷуда ба эътибор нагирифтани талаботи протоколҳои клиники мавҷуда, алаҳусус нисбати ашҳоси пиронсол, аз ҳавфу бесамарӣ ҳолӣ нест. Бинобар ҳамин, воридоти талаботи протоколҳои клиникӣ ба нақшаҳои табобатӣ хеле муҳим аст.

Дар тафриқа ба тавсияҳои клиники мавҷудаи васеъ истифодашавандаю ба эҳтиёҷоти беморию коморбидӣ нигаронидашуда шакли дигари тавсияҳо мавҷуданд, ки асосанро нисбати бемор иҷрокунии иқдомҳои интегралӣро ташкил медиҳад.

Чунин тавсияҳои ба эҳтиёҷоти пациент нигаронидашуда бояд муҳокимаи ташхису табобати беморро зимни баътиборгирии самтҳои асосии ҳаёт, ҳолати маънавий, омилҳои ҳавф ва беморию мавҷударо дарбар гиранд.

Яъне, қўмақрасонии тиббӣ ба пациентҳои гирифтори патологияи коморбидӣ аз табиб таваҷҷуҳи махсусро, иқдомҳои стратегияи муайяно талаб менамояд.

Иқдомҳои пешниҳодшуда имконият медиҳанд, ки оқибатҳои номатлуби тиббию иҷтимоии зимни патологияҳои мураккаб пайдошаванда пешгиришаванда мебошанд. Барои афзоиши самаранокии табобат коркард ва истифодаи алгоритми мушаххаси пациентҳои коморбидӣ тавсия мегардад.

Рӯйхати адабиёт.

- 1). Верткин А.А. Коморбидность: история, современное представление, профилактика и лечение. Ж. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015, 14 (2): с. 74-79.
- 2). Губанова Г.В., Беяева Ю.Н., Шеметова Г.Н. Коморбидный пациент//Ж. Клиническая медицина, 2012, №10, с. 4-11.
- 3). Ефремова Е.В., Шутов А.М., Сабитов И.А. Коморбидность и приверженность к лечению при хронической сердечной недостаточности. Ж. Сердечная недостаточность». 2013, 1 (75): с. 40-46.
- 4). Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф.И. Белялова. - 11-е изд., перераб и доп. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2021.: ил.- (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
- 5). Salisbury C., Johnson L., Purdy S., Valderas J.M., Montgomery A.A. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study//The British Journal of General Practice. 2011 Jan; 61(582): e12-21.

Иноятова Н.А., Пирматова М.А., Астанова М.К.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ

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

Актуальность. В отличие от инфекционных заболеваний (натуральной оспы или полиомиелита) йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) нельзя ликвидировать раз и навсегда. Причина их возникновения лежит в неустраняемой экологической недостаточности йода в почве и воде, ведущей к дефициту этого микронутриента в продуктах питания. Только систематическая безостановочная и контролируемая система обогащения соли йодом может контролировать ситуацию на протяжении десятилетий и полностью гарантировать от рецидива грозных последствий [1].

Целью биологического мониторинга является оценка уровня потребления йода и его биологического эффекта на уровне популяции. Для этого используют 2 типа индикаторов: клинические (размеры ЩЖ) и биохимические (концентрация йода в моче, уровень ТТГ в крови у новорожденных)[2].

Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) являются проблемой здравоохранения для многих стран мира и в том числе и Таджикистана. По данным ВОЗ, около 2 млрд. жителей земли живут в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб, гипотиреоз, умственная и физическая отсталость, кретинизм (Герасимов Р., Свириденко Н.Ю. 1997). Ликвидация йодной недостаточности означает решение одной из глобальных и социально значимых проблем человечества. На Всемирной ассамблее здравоохранения (мат 1999г.) генеральный директор ВОЗ Гро Харлем Брундтланд заявляла, что ликвидация ЙДЗ станет таким же триумфом здравоохранения, как ликвидация натуральной оспы и полиомиелита [3].

В связи с этим в Республике Таджикистан начиная с 1997 года ведется профилактика по борьбе с йод-дефицитными заболеваниями. В разработанной программе основным положением является массовая профилактика- йодирование соли. С 2003 года в республике был принят «Закон об йодировании соли». Учитывая тяжелые последствия йодного дефицита правительство РТ строго следит за реализацией программы и соблюдением закона. Несмотря на проводимую массовую профилактику к сожалению на сегодняшний день регистрируется наличие эндемического зоба. Особенно показательно его распространенность среди подростков. Общеизвестно, что маркером ЙДЗ помимо определения медианы йодурии является наличие эндемического зоба. В связи с чем его анализ также может свидетельство-

вать о распространённости ЙДЗ в регионе. Учитывая острую актуальность проблемы представляет интерес проанализировать частоту распространённости эндемического зоба среди детей и подростков за последние 5 лет.

Цель исследования. Проанализировать частоту выявляемости эндемического зоба в городе Душанбе среди детского и подросткового возраста за последние 5 лет.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты данных медицинских осмотров детей и подростков с 2018 по 2022 годы. Обследование проводилось на базе городского центра здоровья №9 г Душанбе. Всем детям измерялись антропометрические показатели, такие как: вес, рост, объём талии, рассчитывался ИМТ, пальпация щитовидной железы, где использовалась классификация по степени увеличения по ВОЗ 2001 года, кроме того проводилась ультразвуковая сонография. Дети были поделены на 2 возрастные группы: 1 группа от 7 до 14 лет и вторая группа от 15 до 18 лет. Количество детей 1-ой группы составило 20066, а количество детей и подростков 2 группы составило-9804. Всего за 5 лет было осмотрено 29870 детей и подростков (таб.1). Выявленных обследованных с эндемическим зобом классифицировали по двум степеням. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди обследованных детей и подростков с эндемическим зобом 1 и 2 степени было выявлено 618 человек, что в среднем составило 2% (таб.2)

Таблица 1. Количество обследованных респондентов за последние 5 лет

возраст/ года	2018	2019	2020	2021	2022
7-14 лет	5759	5966	1522	1824	4995
15-17 лет	2775	1768	1714	2548	999
Всего	8534	7734	3236	4372	5994

У всех обследованных 29870 путём пальпаторного исследования определялась степень увеличения щитовидной железы (таб.2). Количество выявленных больных с 1 степенью составило 387 (62,6%) детей, а с 2 степенью 231 человек (37,4%). Необходимо отметить, что число больных с 1 степенью было больше, чем со второй степенью увеличения щитовидной железы.

Таблица 2. Количество обследованных с выявленным эндемическим зобом

Степень ожирения/годы	2018	2019	2020	2021	2022
I степень	208	65	23	36	55
II степень	93	49	25	29	35
Всего	301	114	48	65	90

Количество больных в первой группе (7-14 лет) с 1 степенью увеличения составило 199 (32,2%), с во второй группе (15-17 лет) 106 (17,2%) человек с 1 степенью увеличения. В свою очередь в первой группе с 1 степенью увеличения было 18 человек (30,4%), а во второй группе с 2 степенью было 125 человек (20,2%). Хотелось бы также отметить, что частота встречаемости эндемического зоба была выше среди детей обследованных 2018 году.

Таблица 3. Количество обследованных с выявленным эндемическим зобом по возрастным группам

Степень ожирения/годы	2018		2019		2020		2021		2022	
	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.
I степень	126	44	19	23	18	9	10	9	26	21
II степень	82	49	46	26	5	16	26	20	29	14
Всего	208	93	65	46	23	25	36	29	55	35

Анализируя результаты можно отметить не однозначные результаты, в частности распространённость 1 и 2 второй степени в обследованных группах примерно одинаковые. Также в обеих группах отмечается примерно одинаковое количество детей именно с 1 степенью увеличения (32,3 и 30,4 % соответственно). Проведенный анализ частоты распространённости эндемического зоба за каждый год только за 2018 выявил 3,5 % по остальным же годам отмечено в среднем 1,4%.

Выводы.

Проведенный анализ частоты эндемического зоба среди детей и подростков составил в среднем 2%, что свидетельствует об успешной реализации программы по борьбе с ЙДЗ и отсутствию йодного дефицита среди детей и подростков по городу Душанбе. Однако для более точной диагностики степени тяжести йодного дефицита необходимо наладить в республике методику определения йодурии.

Список литературы.

1. А. Д. Брежнева, А. С. Панасенко, Е. В. Алеева Изучение факторов риска возникновения йоддефицитных заболеваний // Материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. - 2019. - С.171-172
2. Артюхова С.И., Битюцкая Л.Н. Об актуальности профилактики йоддефицитных заболеваний биопродуктами функциональной направленности // International Journal Of Experimental Education. - 2015. - № 6. - С.112-113
3. Социально-гигиенические факторы образа жизни и йоддефицитные заболевания/ К.В. Кондратьев [и др.] // Вопросы управления и социальной гигиены. - 2020. - №12(333). - С.10-15

Иноятова Н.А., Пирматова М.А.
ОЖИРЕНИЕ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

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

Актуальность. На сегодняшний день, одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире является ожирение. Рост данной проблемы настолько велик, что приобрел характер неинфекционной эпидемии 21 века[1]. Ожирение является фактором риска ряда патологий таких, как сахарный диабет (СД) 2-го типа, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), злокачественные опухоли, которые приводят к снижению трудоспособности, ранней инвалидизации и сокращению продолжительности жизни больных[2]. Риск смертности возрастает от ряда причин, как у мужчин, так у женщин всех возрастных групп, при этом нет выраженной значимости степени выраженности избыточного веса (от умеренной до значительной)[3].

Во многих странах, даже в социально развитых, ожирение является тяжелым экономическим бременем для государства, в связи с чем 02 октября 2019 Правительством Республики Таджикистан была принята Программа профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на период 2019-2024 годы¹, которая в настоящее время успешно реализуется. [4].

По данным диссертационной работы проведенной на территории Республики Таджикистан проведен скрининг, где показано, что почти половина (45,5%) взрослого населения нашей республики имеют избыточную массу тела (25,3%) и ожирение (20,2%). Наиболее чаще избыточный вес имеют мужчины молодого и среднего возраста проживающие в городских условиях и женщины молодого и среднего возраста из числа жителей сельских местностей. Полученные результаты показывают, необходимость в активизации профилактических мероприятий путём пропаганды здорового образа жизни, здорового питания и повышения физической активности среди населения нашего региона [5].

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости избыточного веса путем случайной выборки на скрининговом обследовании посвящённого дню диабета.

Материал и методы исследования. Нами проводилась акция, посвященная Дню Диабета 14 ноября 2022 года, в г. Душанбе в трех административных центрах: «Душанбе Молл», «Сиёма Молл», «СаломатТJ», где в случайной выборке были обследованы 399 человек. Из них 211 составили женщины и 188 мужчины. Всем лицам, было предложено пройти анкетирование по шкале риска развития сахарного диабета (FINDRISK). В процессе проведенного скрининга выявлено, что средний возраст обследованных составил 41 ± 0.6 лет (от 18 до 72 лет).

По результатам анкетирования по шкале FINDRISK помимо возраста гражданина, проводили антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по классификации с учетом значения ВОЗ, 1997, также учитывались характер питания и физическая активность.

По итогам анализа данных, обследуемые были поделены на возрастные группы: I группа- лица до 45 лет, II группа- 45 – 54 года III группа- 55 – 64 года IV группа- старше 65 лет. Также в процессе подсчета баллов, при превышении их 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. По итогам скринингового обследования нами выявлено ряд лиц с нормальным, избыточным весом и ожирением. Где все обследованные были включены в возрастные группы по весовым категориям. В первую возрастную группу вошли 265 человек, во вторую возрастную группу вошли 77 человек, в третью- вошли 41 человек, в четвертую - 116 человек.

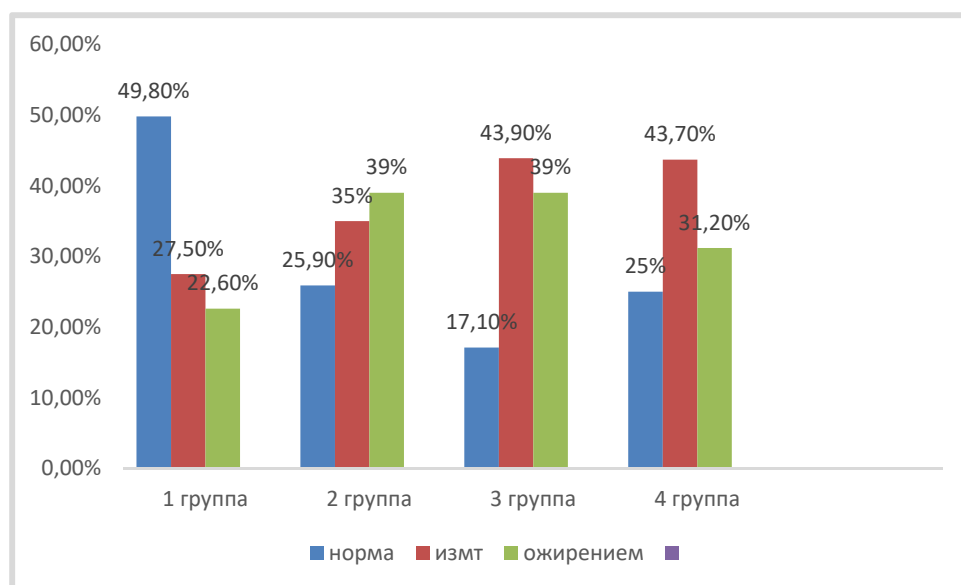


Рис 1. Весовая категория лиц

В первой возрастной группе количество людей с нормальной массой тела ($ИМТ < 25 \text{ кг/м}^2$) составило 132 человек – 49.81% (65 мужчин и 67 женщин) со средним ИМТ $21,75 \pm 0.1 \text{ кг/м}^2$. С излишним весом ($ИМТ 25 \text{ до } 30 \text{ кг/м}^2$)

составило 73 человека - 27.55% (41 мужчин и 32 женщин) со средним ИМТ 27.56 ± 0.06 кг/м². 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. С ожирением во второй группе количество составило 30 человек – 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 количество 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 – 39.02% (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 женщин) со средним ИМТ 21 ± 0.16 кг/м². С избыточным весом в четвертой группе количество обследуемых составило 7 человек - 43.75% (3 мужчин и 4 женщин) со средним ИМТ 26.97 ± 0.07 кг/м². С ожирением в четвертой группе количество составило 5 человек – 31.25% (3 мужчин и 2 женщины) со средним ИМТ 33.18 ± 0.15 кг/м².

Выводы.

Таким образом, итоги скрининга показали наличие избыточного веса и ожирения у 59,2% обследованных, при чем наибольшая частота встречаемости выявлялась в 3-ей возрастной группе (где возраст составил 55-64 года). Также хотелось бы отметить, что избыточная масса тела, чаще встречается у женщин во всех возрастных категориях.

Литература

1. Паньков В.И. Ожирение/ Международный эндокринологический журнал. – 2013. - № 5(53). – С.150-156
2. Ekpok E, Akyirem S, AdadeDuodu P. Prevalence and associated factors of overweight and obesity among persons with type 2 diabetes in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med.* 2023;55(1):696-713.
3. Talukder A, Das Gupta R, Hashan MR, Haider SS, Sajal IH, Sarker M. Association between television viewing and overweight and obesity among women of reproductive age in Timor-Leste: evidence from the demographic health survey 2016. *BMJ Open.* 2021;11(8)
4. Гулов М.К., Абдуллоев С.М, Гулбекова З.А, Махмудов Х.Р. Скрининг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения высокогорной местности Таджикистана. *Вестник Авиценны.* 2020;22(2):209-21.
5. Абдуллозода С.М. Распространённость ожирения среди взрослого населения Таджикистана. *Вестник Авиценны.* 2022;24(1):19-28.

Иноятова Н.А., Астанова М.К., Сайфиддинзода З.Х.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ

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

Актуальность. Распространённость ожирения за последние десятилетия приобрела характер пандемии. Возможно именно поэтому ВОЗ посчитала необходимым назвать ожирение «неинфекционной эпидемией XXI» [1]. Образ жизни взрослых родителей проецируется на подрастающее поколение и, как правило, и у детей отмечается гиподинамия, пристрастие к легкоусваиваемым углеводам, жирной и жареной пище (фаст-фудам). В связи с чем, по данным ВОЗ, распространённость избыточной массы тела и ожирения среди детей и подростков в возрасте 5-19 лет с 1975 по 2016 гг. резко возросла с 4 до 18% [2].

Развитие ожирения у взрослых является прямым следствием наличия ожирения у детей и подростков [3-5]. Наряду с борьбой с ожирением среди взрослых. Особое внимание на профилактические мероприятия по прогрессированию ожирения направлены именно на детей и подростков. Необходимо отметить, что в структуре развития ожирения в 95% случаев играет алиментарный фактор, в связи с чем необходимо использовать все инструменты воздействия на него. Так, в Республике Таджикистан, была принята программа по профилактике развития ожирения и здоровому питанию на 2019-2024 годы. Соответственно данной программе при медицинских осмотрах детей и подростков во время медицинских осмотрах ведётся контроль по выявляемости ожирения среди детей и подростков. Представляет интерес изучить.

Цель исследования. Проанализировать частоту распространенности ожирения среди детей и подростков, и оценить динамику его распространения по результатам медицинского осмотра за последние 5 лет.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты медицинских осмотров детей и подростков за 5 лет, а именно с 2018 по 2022 годы. Обследование проводилось на базе городского центра здоровья №9. Всем детям измерялись антропометрические показатели, такие как: вес, рост, объём талии, рассчитывался ИМТ. Дети были поделены на 2 группы: 1 группа: от 7 до 14 лет и вторая группа от 15 до 18 лет. Количество детей 1 группы составило 20066, а количество детей и подростков 2 группы составило 9804. Всего за 5 лет было осмотрено 29870 детей и подростков. Выявленных обследованных с ожирением классифицировали по трем степеням ожирения. Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0, Excel 2017.

Результаты исследования. Среди обследованных детей и подростков с ожирением было выявлено 181 человек, что составило 0,6%. (таб.1)

Таблица 1. Количество обследованных респондентов за последние 5 лет

Возраст/года	2018	2019	2020	2021	2022
7-14 лет	5759	5966	1522	1824	4995
15-17 лет	2775	1768	1714	2548	999
Всего	8534	7734	3236	4372	5994

Среди обследованных наибольшее количество детей и подростков с ожирением было выявлено в 2019 году и составило 68 человек (таб.2). Данные за последующие года свидетельствуют о снижении развития ожирения среди детей и подростков. В основном в течении всех 5 лет отмечалось развитие ожирения преимущественно 1 степени и составило 147 человек, а 2 степени 34 человека. При анализе подгрупп по возрастам, в первой группе зарегистрировано 83 человека, а во второй группе 64 человека с ожирением 1 степени и 34 с ожирением 2 степени. Необходимо отметить, что у подростков 7-14 лет развитие ожирения 1 и 2 степени отмечалось больше и составило 99 человек, а у 15-17 лет составило 82 человека. Возможно данное снижение связано с наступлением пубертатного периода (таб.3).

Таблица 2. Количество обследованных с выявленным ожирением

Степень ожирения/ годы	2018	2019	2020	2021	2022
I степень	46	46	11	24	20
II степень	12	22	-	-	-
III степень	-	-	-	-	-
Всего	58	68	11	24	20

Таблица 3. Количество обследованных с выявленным ожирением по возрастным группам.

Степень ожирения/ годы	2018		2019		2020		2021		2022	
	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.	1гр.	2гр.
I степень	20	26	31	15	8	3	16	8	8	12
II степень		12	16	6	-	-	-	-	-	-
III степень	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	20	38	47	21	8	3	16	8	8	12

При анализе степеней ожирения у всех обследованных ожирение 3 степени не выявлено, однако у примерно одинакового числа детей и подростков 1 и 2 группы (16 и 18 соответственно) выявлено ожирение 2 степени, что соответствует ИМТ от 35 до 39,9 кг/м². В проведенном исследовании отмечается снижение прогрессирования ожирения среди детей и подростков, что может свидетельствовать о хорошей реализации программы по профилактике ожирения и здоровому питанию или малой выборкой обследованных.

Выводы.

1. Частота распространенности ожирения среди детей и подростков за последние 5 лет составила 0,6 %.
2. В динамическом плане отмечается снижение распространенности ожирения по сравнению с предыдущими годами, что связано с малой выборкой исследования.

Литература.

1. Лескова И.В., Ершова Е.В., Никитина Е.А., Красниковский В.Я., Ершова Ю.А., Адамская Л.В. Ожирение в России: современный взгляд под углом социальных проблем. Ожирение и метаболизм. 2019;16(1);20-6. <https://ria.ru/20201015/faktor-1580034658.html>
2. WHOData Portal. Prevalence of overweight among children and adolescents. Available at: <https://www.who.int/data/material-newborn-child-adolescent/adolescent-data/adolescent-risk-factors>
3. Mead E., Batterham A.M., Atkinson G., Ellis I.J., Predicting future weight status from measurement made in early childhood: a novel longitudinal approach applied to Millennium Cohort Study data. Nutr. Diabete. 2016.6(3):e200. <https://doi.org/10.1038/nutd.2016.3>
4. Ward Z.J., Long M.W., Resch S.C., Giles C.M., Cradock A.L., Gormaker S.L. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. N. Engl. J. Med. 2017; 377(22):2145-53. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1703860>
5. Dedov I.I., Melnichenko G.A., Butrova S.A., Saveleva L.V. Obesity in adolescents. Results Russian epidemiological trial. Terapevticheskii arkhiv. 2007;79(10):28-32 (in Russian)

Исmoilов И.И., Шарапова М.С., Кокнаева Н.И. КЛИНИКА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Актуальность. «Истерия- это болезнь мозга, а не матки» - французский врач П.Пануа. Истерия является самым старым из всех невротических и личностных расстройств. В минувшем столетии значительный вклад в изучении клиники, патогенеза и терапии истерии внесли французские ученые Ж.М.Шарко и его ученики П.Жане и Ж.Бабински и российский нейрофизиолог И.П.Павлов.

В клинической психиатрии истерические состояния рассматривались с множества позиций:

- клинико-психопатологических;
- дифференциально-диагностических;
- клинико-физиологических;
- клинико-биохимических;

Однако, в современной трактовке истерических состояний сохраняется отсутствие единого подхода, что в частности связано с различными дефинициями истерических расстройств, согласно нескольким международным классификациям.

Одной из главных проблем в изучении истерии является постоянный клинический патоморфоз этого расстройства, связанный с социальной и культуральной динамикой развития общества, изменениями личностного, ценностного регистра в сторону утончения интерперсональных факторов, характера зависимости и потребности.

Расхождения классификационных схем, дефиниции истерии и клинических форм истерических синдромов объясняется не только различием взгляда на существенность и генез истерических расстройств, но и разностью исходных концепций.

Основными клиническими признаками истерии являются:

- Должны выявляться общие критерии расстройства личности

- Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

- самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций

- внушаемость

- неглубокая и лабильная эмоциональность

- постоянное стремление к взволнованности и деятельности, во время которых индивидуум находится в центре внимания

- неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении

- повышенная озабоченность физической привлекательностью

Завершает киническую картину эгоцентризм, постоянное желание быть признанным, отсутствие заботы к другим людям, обидчивость и постоянное манипуляторное поведение.

Истерическое расстройство личности встречается не столь редко и на всех социальных уровнях, с преобладанием женщин над мужчинами. Это поверхностные, нетерпеливые натуры жаждущие признания и высокой оценки, но при этом не любящие незаметного систематического труда. Стремятся работать в таком месте где можно себя показать. Истерический психопат увлекаясь ложью, часто теряет чувство меры и способность к критической оценке действительности, принимая желаемое за действительное.

В зависимости, от конституциональной почвы, из которой вырастает истерический характер, личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-разному.

- Истеро-аффективные личности, общительные

- Истеро-шизоидные личности, отличаются болезненной капризностью, холодностью.

- Истеро-эпилептоидные личности они властные.

Высокая эмоциональность, внушаемость, психосоматическая проводимость у истерических личностей объясняются преобладанием у них подкорковой, психической деятельности над корковой, сознательной и такие люди нуждаются в коррекции и лечении. Суть последних сводится к разъяснению, обучению, воспитанию, что достигается посредством познавательно-поведенческой психотерапии, психоанализа, гипноза, аутотренинга и др.

Цель исследования. Изучение диагностических критериев для распознавания истерических расстройств личности, узнавания конкретных причин приводящих к этому и клиническая картина этого расстройства, лечение и профилактика, взаимодействие таких больных в обществе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования мы выбрали 10 женщин возрастом 35-45 и начали изучать клиническое течение истерического расстройства у каждой из них, в дневном стационаре на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», а также провели опрос их близких и родных о том, когда и как именно начались первые проявления болезни и что являлось ее причиной.

К методам исследования относятся специальные опросники, в которых мы ввели данные:

- тщательный сбор анамнеза;

- условия возникновения приступов;

- уточняется прием лекарственных средств;

- составляется психологический портрет;

- при наличии судорог проводится ЭЭГ для исключения эпилепсии.

Приступ может быть спровоцирован самыми обыденными ситуациями: (опоздание, конфликты, расставание, увольнение, угроза жизни и здоровью). Приступ никогда не завершается потерей сознания и после него больной всегда все помнит.

Результаты исследования и их обсуждение. По проведенным исследованиям и опросам больных и их родственников были выявлены некоторые симптомы истерического приступа:

- безудержный плач и смех, которые могут резко сменять друг друга

- тремор пальцев рук, тики мимических мышц, судороги которые могут усиливаться при медицинском осмотре.

- афония, которая может сопровождаться звучным кашлем, иканием, заиканием.

- слабость в конечностях до невозможности пошевелить им, но ограниченного характера – ноги ниже коленей, руки ниже локтей

- изменение чувствительности в виде анестезии, гипо-гиперестезии.

- нарушение органов чувств- слепота-сужение поле зрения-мелькания мушек в глазах- глухота.

- боль разлитая без четкого указания локализации.

Лечением этого расстройства является патогенетическая терапия. В лечении использовались такие группы препаратов как:

1. Психотропные препараты (в подостром периоде-Хлозепид 0.04-0.06 гр, Сибазон 0.02-0.03 гр, Хлорацезин 0.02-

0.03 гр в сутки)

- психостимуляторы (Меридил, Синдокарб 0.02-0.03 гр)
- антидепрессанты (Ниаламид, Амидтриптилин 0.025-0.05 гр)
- нейролептики (Пропазин, Левомепразин)
- транквилизаторы

2. Атропиновая терапия при эндогенных и грубо-органических расстройствах. Терапия проводилась курсами с интервалами 3 дня.

Выводы.

После проведенного комплексного осмотра группы женщин были выявлены общие клинические расстройства, их симптоматика также их состояние после проведенного лечения. Из этого можно делать выводы, что:

1. Описанные симптомы могут сочетаться сменять друг друга в течении одного припадка.
2. Все эпизоды истерии клинически могут выглядеть совершенно по-разному
3. Общими для приступов могут быть концентрация больного на своем состоянии и желание привлечь как можно больше внимания окружающих.

4. Приступ может сопровождаться срыванием одежды, разбрасыванием предметов, криком.

5. Приступ никогда не возникает во сне.

6. Олигичными признаками эпилептического припадка от истерии является то, что:

-больные с истерией заранее подготавливают себе безопасное место для припадка

-всегда сохраненное сознание

-отсутствие пенистых выделений изо рта

-язык не прикусывается

-зрачки реагируют на свет

- после приступа больные не засыпают

7. Лечение истерических состояний должно быть строго дифференцировано, комплексно, с обязательным учетом клинической картины, структуры личности, возрастного фактора, варианта и стадии динамики, нейрофизиологических параметров.

Список литературы.

1. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей -2019г
2. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике-2012г
3. Антропов Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств-2013г
4. Арру-Ревиди Ж. Истерия-2013г
5. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта-2014г

Исmoilов И.И., Шарапова М.С., Кокнаева Н.И.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КАРТИНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Значительная распространенность артериальной гипертонии (АГ), частое развитие осложнений, приводящих к высокой инвалидизации и смертности больных, обуславливает актуальность поиска новых путей диагностики и терапии. Для профилактики снижения работоспособности и качества жизни этой категории больных также необходимо учитывать и особенности их психического состояния (Тополянский В.Д., Струковская МВ., 1986, Волошин П.В., Тайцлин В.И., 1991, Смулевич А.Б., 2000).

В основе развития АГ лежит сочетание генетической предрасположенности к возникновению заболевания и неблагоприятных внешних воздействий, поэтому развитие АГ можно рассматривать как своеобразную плату организма за адаптацию к условиям окружающей среды (Либензон Р.Т. и соавт., 1988, Бубнов Ю.А. и соавт., 1997). В современных условиях больших городов с напряженным «конвейерным» образом жизни, стресс принимает хроническое течение, нередко выражаясь в последствии хроническими заболеваниями (Шкарин В.В., Поморцева И.В., 1999).

Более выраженная и длительная гипертензивная реакция в условиях психологического стресса выявляется у пациентов с различными психопатологическими изменениями (Моисеева Н.И., 1991). Ведущее место среди этих состояний занимают пограничные психические расстройства (I IIP), такие как невротические и невротоподобные расстройства, представленные тревожным, обсессивно-фобическим, неврастеническим, ипохондрическим, депрессивным и истерическим синдромами, либо их сочетанием.

Оценивая психические нарушения, связанные с ГБ, Н.О. Белова (1993) в 70% случаев обнаружила психоэмоциональную дезадаптацию преимущественно в виде неврастения, а по наблюдению Г.В. Погосовой (1992) социально-психологическая дезадаптация выявляется у 80% больных ГБ.

В связи с этим приобретает актуальность изучение влияния психологических особенностей личности больного ГБ на клиническую картину заболевания. Исследование взаимосвязи между особенностями клинической картины ГБ и психическим статусом больного может способствовать раннему выявлению и своевременной терапии психопатологических нарушений при АГ (Волков В.С., Цикулин А.Е., 1989). Для их лечения используется фармакотерапия. В настоящее время с успехом применяются различные группы психофармакологических средств: транквилизаторы, антидепрессанты, малые дозы нейролептиков (Вальдман А.В., Александровский Ю.А., 1987, Добровольский А.В., Дробинев М.Ю., 1998, Magni G., DeLeo D., Canton G., 1981, Zapotoczky H.G., 1986). Широкий набор психотропных средств необходим, так как каждый препарат обладает только ему присущим сочетанием нейротропных и соматотропных свойств, определяя в том числе побочные эффекты и осложнения (Цыганков Б.Д., 1988), учет которых столь важен в

терапевтическом процессе. Вместе с тем, необходимость одновременного использования гипотензивной и психотропной терапии у больных АГ с I-II ст. вызывает ряд сложностей: увеличение частоты возникновения побочных эффектов, ослабление антигипертензивного действия гипотензивных препаратов (Невзорова Т.А., 1976, Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С., 1988, Дробижев М.Ю., 2000). Однако по данной проблеме в литературе нами обнаружены единичные сообщения. И хотя у большинства исследователей не вызывает сомнения психосоциальная обусловленность АГ (Губачев Ю.М., 1988, Слезин В.Б. 1993, Kaplan N.M., 1990), тем не менее оценка психосоматического состояния не выходит за рамки научных исследований, оставаясь в компетенции психиатров. Между тем, необходима разработка применяемых в практической работе диагностических подходов с широким использованием психопатологических характеристик в комплексе диагностических методов оценки состояния больного АГ.

Это и послужило основанием для проведения работы.

Цель исследования. Изучение особенностей психических расстройств у больных артериальной гипертонией и эффективности различных вариантов терапевтической коррекции данной патологии при применении гипотензивной монотерапии и комбинации гипотензивной и психотропной терапии.

Материал и методы исследования. В процессе исследования в дневном стационаре на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино мы провели осмотр и тщательный опрос группу больных в возрасте от 40-50 из них женщин составляло 60%, а мужчин 40%, чтобы распознать нервно-психические расстройства в клинике ГБ.

Исходя из цели мы поставили перед собой несколько задач:

1. Изучить структуру психических расстройств у больных артериальной гипертонией I и II степени.
2. Изучить взаимосвязь некоторых параметров суточного профиля АД (по данным суточного мониторирования АД), длительности артериальной гипертонии, индивидуальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (таких как возраст, пол, ожирение) с психическими расстройствами.
3. Провести сравнительную оценку эффективности коррекции психических расстройств у больных АГ на фоне гипотензивной монотерапии и комбинации гипотензивной и психотропной терапии.
4. На основании полученных данных выработать практические рекомендации по рациональному применению изучаемых гипотензивных и психотропных препаратов у больных с психическими нарушениями на фоне АГ.

Результаты исследования и их обсуждение. Раскрыто значение некоторых параметров суточного профиля АД (повышенной вариабельности, «нагрузки высоким АД», нарушений суточного ритма), длительности артериальной гипертонии, индивидуальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как возраст, пол, ожирение в формировании и прогрессировании пограничных психических расстройств у больных АГ. Выделены основные синдромологические особенности ill IF при ГБ. Разработаны мероприятия по оказанию медицинской помощи больным ГБ с ППР, обоснована необходимость комбинации гипотензивной и психотропной терапии у данной категории больных, а также доказана ее эффективность и безопасность.

Комплексное обследование больных ГБ, включающее СМ АД, лабораторные данные, клинико - психопатологические и экспериментально - психологические методы, дает возможность получить дополнительную информацию, необходимую для разработки дифференцированных подходов к назначению различных схем лечения и индивидуальному прогнозированию течения АГ.

Психологические особенности личности больных АГ могут быть также использованы при решении вопросов трудовой экспертизы и профессиональной пригодности.

Полученные данные позволяют на современном этапе оценить клиническую эффективность лечения АГ, расширяют спектр препаратов выбора при лечении АГ с психическими расстройствами.

Показано, что применение психотропных препаратов в комплексном лечении больных артериальной гипертонией с психическими расстройствами позволяет значительно улучшить результаты терапии.

На защиту выносятся следующие положения:

- Монотерапия гипотензивными препаратами, несмотря на нормализацию АД, не приводит к редукции психических расстройств.
- У больных АГ с психическими нарушениями является обоснованной комбинация гипотензивной и психотропной терапии.
- Комплексное исследование показателей СМАД, лабораторных показателей, качества жизни и психического состояния пациента позволяют использовать их как критерии оценки эффективности терапии АГ с ill IF.

Выводы.

1. Типология пограничных психических расстройств на фоне ГБ определяется тремя основными видами патологии: невротическими расстройствами (F4) - 62 %, расстройствами настроения (F3) - 23%, психическими нарушениями органической природы (F06) -15%.

2. Пограничные психические расстройства чаще развиваются у женщин в возрасте старше 55 лет, с длительностью АГ более 6 лет (76%). Семейная адаптация таких больных часто не нарушена (60% больных имеют полную семью), а трудовая адаптация нарушается (постоянная работа есть лишь у 27%).

3. Структура ППР на фоне АГ представлена депрессивными состояниями (36%); тревожными нарушениями (32%); ипохондрическими расстройствами (14%); истерическим синдромом - (12%); обсессивно - фобическим синдромом (6%).

4. Ухудшение качества жизни и самочувствия пациентов имеет зависимость от

- показателей систолического и диастолического АД ($p<0,05$);
- суточного индекса АД ($p<0,05$);
- индекса массы тела ($p<0,05$).

Эмоциональные нарушения у больных ГБ находятся в взаимосвязи с вариабельностью АД ($p<0,05$).

Нарушение памяти больных АГ имеет взаимосвязь с повышением индекса площади АД, среднесуточным АД, вариабельностью АД и суточным индексом АД ($p < 0,05$).

5. При использовании монотерапии (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция) у 86,8% больных был достигнут гипотензивный эффект, однако, терапия ГБ с использованием лишь только гипотензивных средств не обуславливает значимого эффекта в редукции ППР ($p > 0,05$).

6. В группе больных, леченных коаксилем (тианептином), грандаксином (тофизопамом) и этаперазином (перфеназином), психотропный эффект расценен как «хороший» у 73,9%, 73,1%, 87,5% больных соответственно, у 21,7%, 23,1%, 12,5% - «удовлетворительный» и в группе коаксила и грандаксина у 4,4%, 3,8% больных соответственно результат лечения оказался «неудовлетворительный».

7. Достоверной разницы ($p > 0,5$) в частоте побочных действий при использовании монотерапии (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция) и комбинированной терапии с использованием грандаксина, этаперазина и коаксила не выявлено.

Список литературы.

6. Г.К Ушаков. Пограничные нервно-психические расстройства-2017.
7. Авдейчев.А.А.Психологические типы больных с гипертонической болезнью.-2016.
8. Волель Б.А, Терновая Е.С., Ермушева А.А, Сыркина Е.А. Личностные и психические расстройства у пациентов с гипертонической болезнью-2013г.
9. Косенкова О.И. Психосоциальные особенности больных артериальной гипертензией-2018г.
10. Сафонов Д.А. Артериальная гипертензия: долговременный стресс, патогенез и медикаментозная терапия-2018г.

Исмаилова Дж.Ф., Асадов Б.М., Вагабов Н.Э.

особенности Потребностей больных шизофренией, находящихся на различных стадиях выздоровления

Кафедра психиатрии Азербайджанского медицинского университета

Актуальность. Большой интерес к потребностям больных шизофренией связан с возрастающим значением концепции выздоровления, которая постепенно начинает определять политику в области психического здоровья во многих странах [1]. В то же время практическое внедрение ориентированного на выздоровление подхода сталкивается с определенными противоречиями [4].

Проблема заключается в том, что в настоящее время существуют два различных определения понятия «выздоровления». Первое определение исходит из субъективного опыта и рассматривает выздоровление как «способ жить удовлетворительной, обнадеживающей и приносящей пользу жизни даже в пределах ограничений, вызванных болезнью» [2; с. 137]. Второе определение выздоровления основано на объективных критериях, сочетающих оценку выраженности симптоматики и степень социальной адаптации, включая трудоспособность, способность к самостоятельному проживанию, конструктивные отношения с окружающими [3, 5].

В этой связи целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи между стадиями выздоровления и потребностями больных шизофренией

Материал и методы исследования. Местом проведения исследования явился Центр Психического Здоровья МЗ АР (ЦПЗ). Участниками исследования являлись 52 больных шизофренией, посещавших центр психического здоровья в 2017-2019 гг., привлеченных к программе психосоциальной реабилитации. В работе использовался кросс-секционный, прагматический исследовательский дизайн, выполненный на конвенциональной выборке. В качестве инструментов в работе использовались: *Кембервильская Шкала Оценки Потребностей* (Camberwell Assessment of Need -CAN), *Инструмент по Определению Стадий Выздоровления* (Stages of Recovery Instrument - STORI), *Адаптация шкалы STORI*.

Результаты исследований и их обсуждение

Результаты оценки удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей, а так же общее число потребностей выздоровления выявил различия у пациентов, находящихся на определенной стадии выздоровления (см. Рисунок 1.).

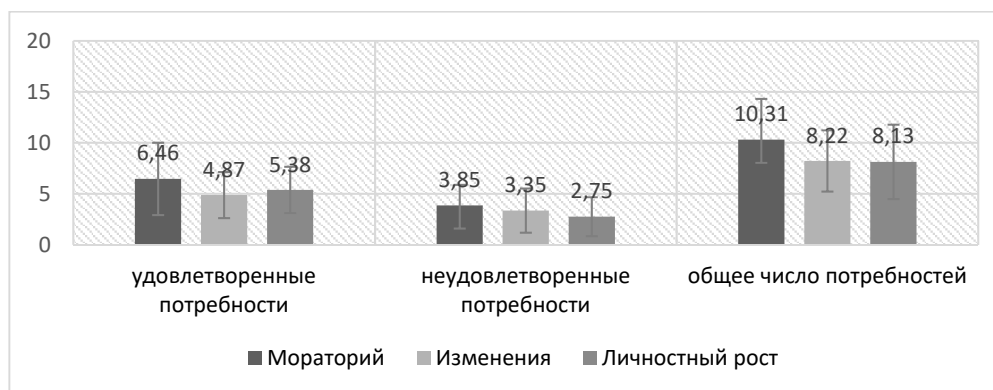


Рисунок 1. Количество потребностей у больных на разных стадиях выздоровления

Как показывает исследование, наибольшее количество удовлетворенных потребностей отмечалось в группе больных, находившихся на начальной ($M = 6.5$; $SD = 3.5$) или на конечной стадиях выздоровления ($M = 5.4$; $SD = 2.3$), а наименьшее количество таких потребностей установлено у больных на стадии Изменений ($M = 4.9$; $SD = 2.3$). Однако эти различия не достигали уровня статистической значимости ($\chi^2 = 2.4$; $df = 2$; $p = 0.3$)

Как и следовало ожидать число неудовлетворенных потребностей было наибольшим у больных, находившихся на стадии Моратория ($M=3.8$; $SD=2.03$), а наименьшее – у больных на стадии Личностного роста ($M=2.75$; $SD=1.9$) ($\chi^2=2.3$; $df=2$; $p=0.31$).

Общее число потребностей было практически одинаковым как на стадии Личностного роста ($M=8.1$; $SD=3.6$), так и на стадии Изменений ($M=8.2$; $SD=3.0$), в то время как у больных на стадии Моратория их было больше всего ($M=10.3$; $SD=4.0$) ($\chi^2=2.2$; $df=2$; $p=0.12$).

Так же для установления различий между типами неудовлетворенных потребностей был проведен анализ структуры потребностей у больных на разных стадиях выздоровления (см. Таблицу 1.)

Таблица 2. Количество неудовлетворенных потребностей на различных стадиях выздоровления

Типы потребностей	Количество потребностей на стадии выздоровления			χ^2 K-W	p
	Мораторий M (SD)	Изменения M (SD)	Личностный Рост M (SD)		
Базовые и социальные	3.8 (1.95)	3.6 (2.35)	3.7 (2.41)	2.4	0.301
Функциональные	1.2 (1.07)	0.4 (0.59)	0.4 (0.51)	6.84	0.033
Здоровье	0.7 (0.85)	0.9 (1.24)	0.3 (0.6)	3.41	0.182
Социальные услуги	0.5 (0.66)	0.7 (0.81)	0.6 (0.96)	0.652	0.722

Говоря о потребностях в первую очередь обращает внимание отсутствие существенных различий по неудовлетворенным базовым и социальным потребностям в зависимости от стадии выздоровления. Так же можно отметить незначительные различия по числу неудовлетворенных потребностей касающихся здоровья и социальных услуг. Таким образом, статистически значимые различия можно выявить только в отношении функциональных потребностей, которые уменьшаются у больных на стадии

Обсуждение полученных результатов. Наше исследование выявило, что наибольшее число неудовлетворенных потребностей было у больных на начальной стадии выздоровления, а наименьшее их количество было отмечено у больных на стадии Личностного роста. Эти данные позволяют предположить, что с переходом на более высокую стадию выздоровления количество неудовлетворенных потребностей постепенно снижается. В процессе интервьюирования пациентов большинство больных, находящихся на стадии Моратория сообщали о значительном количестве неудовлетворенных потребностей. При этом наиболее доминирующими являлись либо пассивное ожидание получения помощи со стороны, либо неверие в саму возможность удовлетворения своих потребностей. Совершенно другое отношение к потребностям мы могли наблюдать у больных на более высоких уровнях выздоровления. В частности многие больные на стадиях Перестройки или Личностного роста говорили о том, что в процессе лечения и реабилитации они научились самостоятельно находить решения своих жизненных проблем, отмечая при этом, что раньше они не видели этих возможностей.

В ходе настоящего исследования удалось установить не только различия по количеству потребностей между пациентами находящимися на разных стадиях выздоровления, но и различия, касающиеся структуры самих потребностей. Так если базовые потребности и потребности в социальных услугах не выявили особых отличий в зависимости от стадии выздоровления, то в отношении функциональных потребностей мы могли констатировать статистически значимое снижение потребностей у пациентов проходивших стадию Изменений и стадию Личностного роста. Указанные различия могут объясняться тем, что в процессе выздоровления в первую очередь восстановление касается функциональной адаптации больных шизофренией, которые начинают лучше справляться с повседневными задачами. Важно отметить, что хотя лица страдающие шизофренией и их родственники прежде всего в качестве выздоровления рассматривают отсутствие психотических симптомов и госпитализации, что укладывается в рамки традиционного медицинского подхода. Однако наши исследования показывают ограниченность такого подхода, поскольку клиническая ремиссия и пребывание на амбулаторном лечении являются лишь предварительным условием, но не доказательством выздоровления.

Выводы. Как и любое другое научное исследование наша работа имеет ряд ограничений. Основным ограничением данного исследования является кросс-секционный дизайн, который не позволяет определить динамику потребностей в относительно продолжительной временной перспективе. Несмотря на то, что мы включили в исследование больных шизофренией находящихся на разных стадиях выздоровления, этот подход не устраняет необходимость в проведении проспективных когортных исследований.

Литература

1. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. doi:10.1037/h0095655
2. Castillo EG, Chung B, Bromley E, Kataoka SH, Braslow JT, Essock SM, Young AS, Greenberg JM, Miranda J, Dixon LB, Wells KB. Community, Public Policy, and Recovery from Mental Illness: Emerging Research and Initiatives. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(2):70-81. doi: 10.1097/HRP.000000000000178.
3. Durand F, Fleury MJ. A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams. *BMC Health Serv Res*. 2021 Jan 7;21(1):44. doi: 10.1186/s12913-020-06054-z.
4. Erim BR, Boztaş H, Yıldız M, Uygün E. The Factors Affecting the Relationship between Remission Status and Employment in Chronic Schizophrenia Patients. *Psychiatry Investig*. 2019 Nov;16(11):860-867. doi: 10.30773/pi.2019.0087.
5. Liberman, R. P. (2008). Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation. American Psychiatric Publishing, Inc..

Исматуллоева С.С., Сабурова А.М., Курбанова М.Б.
МАЛОНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО
 Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Витилиго является наиболее распространенным во всем мире дерматологическим заболеванием, вызывающее психологическую подавленность вследствие косметических дефектов кожи, которые порой трудно скрыть от посторонних глаз. Первая манифестация заболевания может проявиться в разные возрастные категории: с детства до глубокой старости. Особо тяжело переносится витилиго в подростковом возрасте. Попытки изучения причины возникновения и патогенез депигментации до сих пор не известны. Доказано, что при данном недуге нарушены многие обмены в организме человека. В их числе свободно-радикальное окисление, суть которого состоит в том, что около 5% кислорода, который образуется в процессе клеточного дыхания, может переходить в активную форму, образуются радикалы, патологически влияющие на функцию клеток. Одним из параметров характеристики активности данного процесса является определение показателей перекисного окисления липидов. В качестве маркера оксидативного стресса рассматривается малоновый диальдегид (МДА).

Доказано, что УФО и солнечный свет способствуют активации свободно-радикального окисления в липосомальной мембране клеток, что актуально для депигментированной кожи.

В доступной нам литературе приведены среднестатистические данные пациентов от дошкольного до старческого возраста без их градации, что не позволяет выявить возрастные изменения изучаемых параметров.

Цель исследования. Оценить уровень МДА и его зависимость от возраста и разновидности витилигинозного процесса у детей до 18 лет.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 32 ребенка в возрасте от 5 до 18 лет. Девочек было 17, мальчиков - 15. Сегментарное витилиго было у 13, несегментарное - у 19 пациентов. Давность болезни в среднем составила 3,8 лет. У более 60% больных наследственность была отягощена по данному заболеванию. Уровень МДА определяли в венозной крови по методу Стальной И.Д. Группу контроля составили здоровые дети в такой же возрастной категории, что и дети с витилиго, с равным количеством девочек и мальчиков.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные показывают, что уровень МДА у детей, страдающих витилиго, был равен $1,12 \pm 0,26$ мкм/л. В контрольной группе аналогичные показатели равнялись $0,68 \pm 0,06$. Разница полученных данных среди больных с витилиго и здоровых детей указывает на достоверное повышение уровня МДА, что указывает на нарушение антиоксидантной защиты клеток организма от окислительного стресса. Также выяснилось, что у детей с несегментарным витилиго данные показатели были выше, чем у детей с сегментарным. Изучение вопроса о зависимости данных параметров от возраста и площади поражения показало, что чем младше пациент и чем больше площадь поражения, тем выше МДА.

Выводы. У детей больных витилиго нарушены процессы антиоксидантной защиты организма, что можно считать одним из звеньев патогенеза заболевания. Данный дисбаланс подлежит коррекции путем назначения антиоксидантов. Поэтому дерматологам в комплексном исследовании сопутствующих и коморбидных заболеваний у больных витилиго необходимо определять параметры, характеризующие степень антиоксидантной защиты. Этот факт также влияет на рекомендации по пищевому поведению ребенка.

Список литературы

1. Рахимов У.С. Особенности клинического течения и терапии витилиго у подростков с вегетативными нарушениями. Диссер. 14.01.10- Кожные и венерические болезни. -2020. -128 с.
2. Артыкова Т.К. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная защита организма у детей с вегетососудистой дистонией / Т.К. Артыкова, К.И. Исмаилов // Вестник Авиценны. - 2015. - №3. - С. 117-120.
3. Батпенова Г.Р. Значение оксидативного стресса и иммунологических расстройств при витилиго / Г.Р. Батпенова, А.А. Аймолдина, Т.В. Котлярова // Иммунопатология, аллергология, инфектология. -2014. - №4. - С. 10-14.
4. Исмаилова Г.А. Особенности психосоматического статуса больных витилиго / Г.А. Исмаилова, Э.Х. Саиткулов, К.К. Юлдашев // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - 2014. - №1. - С. 56-57.
5. Круглова Л.С. Витилиго: современные взгляды на этиологию, патогенез и методы терапии / Л.С. Круглова // Russian journal of skin and venereal diseases. - 2016. - №19(4). - С. 241-244.

Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Баротов А.З.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Витилиго – одно из распространенных гипомеланозов человека. Им страдают 0,5-4 % людей земного шара. Причины, приводящие к появлению депигментации, многообразны. Данное заболевание может появиться в любом возрасте: от грудного до старческого. Частая его манифестация отмечается в возрасте около 20 лет. Существует несколько теорий: наследственная, иммунная, нейроэндокринная, окислительного стресса и т.д. До сих пор ни одна из них полностью не раскрыла все звенья патогенеза исчезновения пигмента кожи. Если заболевание начинается с детства, то чаще всего здесь задействованы наследственная теория на фоне коморбидных заболеваний, проявляющиеся гиповитаминозом и гипомикроэлементозом, которым могут способствовать и экологические процессы. Если заболевает взрослый человек, то чаще это связывают со стрессом, вредными привычками, профессиональными вредностями (химически индуцированное заболевание). В обоих случаях данную болезнь считают приобретенной. Учитывая отсутствие единого мнения в вопросах этиопатогенеза витилиго, то и общепринятого лечения также не существует. В арсенале медицинских услуг по восстановлению первоначального цвета кожи имеются средства для общего и местного лечения. Не вызывает сомнений тот факт, что терапия детей, в связи с их анатомо-физиологическими особенностями, должна отличаться от терапии взрослых. Лечение необходимо проводить как общее, так и местное.

Все предлагаемые методы лечения направлены на остановку обострения и перевод в стационарную стадию, закрытие очагов депигментации, удержание эффекта.

Благодаря многолетним наблюдениям за пациентами доказано, что применение ПУВА и РЕ- ПУВА-терапии в детском возрасте противопоказано. О некоторых методах до сих пор отсутствуют данные о последствиях. Поэтому средневолновую ультрафиолетовую терапию и лечение эксимерным светом с длиной волны 308 нм детям младше 12 лет не проводят. Актуальным остается вопрос о топических глюкокортикостероидах, которые при неправильном использовании (особенно на больших площадях) приводят к стероидной розацеа, гипертрихозу, атрофии, синдрому Иценко-Кушинга, сахарному диабету, гормональному сбою. С учетом вышеизложенного целью нашей работы было оценить эффективность щадящего метода лечения детей, больных витилиго.

Материал и методы исследования. Нами были осмотрены 198 (до 18 лет) детей (по обращаемости) в возрасте от 5 до 18 лет, с давностью заболевания 3,8 лет. Лиц женского пола было -115 (63 человека с несегментарным, 52- с сегментарным витилиго), мужского -83 (49 с несегментарным, 34 с сегментарным витилиго). Из анамнеза выяснилось, что у 85 человек данное заболевание имеется среди родственников второй степени родства. Ранее один курс лечения получили -38, два-20, три-9 человек. Около двух третей больных имели прогрессирующую стадию. С выраженной репигментацией было 24 пациента. Причем все они девочки в возрасте от 7 до 11 лет. Всем больным были назначены лабораторные (общий анализ крови, мочи, копрология, печеночные пробы по показаниям) и ультразвуковые методы исследования (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек).

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что несегментированное витилиго превалировало над сегментарным (112 случаев). У 43% больных витилиго носит наследственный характер. В лабораторных анализах выявлено: реактивные изменения печени (9), патология щитовидной железы и поликистоз яичников (21), железодефицитная анемия (30), ниже нормативных показателей содержание витамина Д (36), пиелонефрит (52), холецисто-панкреатит (78), глистная инвазия (95). Данные показатели выделены в отдельности, но у больше половины больных были их различные сочетания. Невус Сеттона был отмечен у 5 пациентов в возрасте до 9 лет, очаговая алопеция у 7. Лечение пациентов включало в себя общую и местную терапию. Общая терапия проводилась с учетом сопутствующей патологии (консультации соответствующих специалистов), витаминотерапия (аскорбиновая кислота, аевит, витамины группы В) на фоне правильного пищевого поведения. Местная терапия включала в себя применение крема Локоид в течении 15 дней с перерывом в две недели. Также детям было назначено УФО в субэритемных дозах, курсом 20 дней, с чередованием его с электрофорезом (сульфат меди, сульфат цинка). В изучаемую группу вошли пациенты, которые находились под нашим наблюдением в течении 6- 8 месяцев. За период наблюдения выраженная депигментация была констатирована у 32 больных, начальная стадия репигментации – у 128, без эффекта- у 30. Необходимо отметить, что у 8 детей на фоне заполнения пятен пигментацией имели место новые очаги, указывающие на обострение.

Выводы. Среди случайной выборки детей с витилиго отмечалось превалирование женского пола. Этот факт можно объяснить тем, что в республиках Средней Азии к больным женского пола с депигментацией более пренебрежительное отношение в будущем, что негативно отразится на семейном положении и психологическом настрое. Поэтому родители старались до замужества принять меры по избавлению от этого косметического дефекта, учитывая, что терапия длительная.

Лечение детей, больных витилиго, должно быть щадящим, подразумевающим правильное питание соответственно возрасту, лечение сопутствующей патологии. Эффективность данного метода подтверждает вторичность потери пигмента в большинстве случаев, обусловленное недостатком витаминов, микроэлементов, ферментопатиями. Терапия витилиго должна проводится вкпе с гастроэнтерологами, инфекционистами, педиатрами, эндокринологами. Для подтверждения или опровержения аутоиммунного генеза витилиго необходимо минимум провести 3 курса лечения, что составляет 6 месяцев.

Список литературы

1. Золотарёва, А.О. Витамины и микроэлементы при витилиго/ Золотарёва А.О., Восканян О.С.//Научный альманах Центрального Черноземья.- 2022.- № 3-9- С. 12-16.
2. Лекайон, М. Особенности качества жизни пациентов, страдающих витилиго / Лекайон М., Ломоносов К.М.//Российский журнал кожных и венерических болезней. -2022.- Т. 25. № 2. -С. 119-125.
3. Москвин, С.В. Лазерная терапия в педиатрии, особенности и схемы применения метода (обзор литературы)/ С.В. Москвин, Т.А. Шаяхметова // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал – 2018 – N 6 DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16270
4. Саранюк, Р.В. Гнездная алопеция - классическая коморбидность витилиго / Саранюк Р.В., Гостева Т.А., Агафонова Е.В.//Наука молодых (EruditioJuvenium). 2023- Т. 11. № 2. -С. 215-221.
5. Снитко, А.В. Актуальные вопросы этиопатогенеза и классификации витилиго/Снитко А.В., Волошин Р.Н.//Топсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии и косметологии. 2021. -№ 1 (31).- С. 22-27.

Исматуллоева С.С., Сабурова А.М., Насырджанова Х.Р.

СУПЕРОКСИДИСМУТАЗА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Кафедра биохимии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Витилиго - заболевание, связанное с потерей пигмента в коже, в слизистых оболочках и в волосах. Оттенок кожи формируется благодаря нескольким пигментам, но ключевую роль играет меланин, образующийся в меланоцитах, количество которого у всех людей одинаково, а функциональная активность разная. Данное заболевание в преимущественном большинстве случаев не сопровождается субъективными ощущениями. Тем не менее из-за

косметического изъяна оно приносит много психологических проблем. Особо тяжело от этого страдают подростки и лица молодого возраста. Некоторые из них замыкаясь в себе, выпадают из жизни социума, впадая в депрессивные состояния, что делает данное заболевание социально значимым для Республики Таджикистан.

Этиопатогенез заболевания до конца не изучен. Заболевание может проследиваться в нескольких поколениях семьи. Согласно полученным данным, большую роль при этом играют наследственная, нервная, эндокринная, обменная, инфекционная др. теории. Наравне с ними, в последние годы активно обсуждаются процессы окислительного стресса. Доказано пагубное влияние на организм свободных радикалов в виде активных форм кислорода, повреждающих клетку в результате окисления её компонентов. С целью предотвращения данной совокупности процессов, в организме срабатывает антиоксидантная защита, одним из представителей которой является фермент супероксиддисмутаза (СОД).

В научной литературе часто приведены данные, вычисленные из суммы показателей СОД пациентов, страдающих витилиго, разных возрастных групп, что не позволяет выявить некоторые особенности окислительного стресса среди детей.

Цель исследования. Изучить уровень супероксиддисмутазы у детей до 18 лет, страдающих витилиго и выявить ее влияние на клинические проявления.

Материал и методы исследования. На базе ГУ «ГКБ кожных болезней» г. Душанбе было обследовано 32 пациента в возрасте 5- 18 лет. Среди них лиц женского пола было 17, а мужского - 15 человек. Согласно клинической распространенности патологического очага несегментарное витилиго (59,4 %) превалировало над сегментарным (40,6 %). Давность болезни варьировала от 1 года до 7 лет. Уровень СОД определяли по Fridorovich Ch. в крови, взятой утром натощак. Аналогичные показатели были изучены в группе здоровых детей. Обе группы были равнозначны, что позволило провести сравнение данных показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные показатели СОД в группе детей с витилиго были достоверно выше, чем в контрольной и равнялись $13,8 \pm 0,37$ Ед/мл и $9,25 \pm 0,17$ Ед/мл соответственно. При этом, содержание изучаемого фермента в пределах нормы отмечалось среди детей с сегментарным витилиго в возрасте от 3 до 7 лет у девочек и от 3 до 10 лет у мальчиков.

Выводы. Нарушение процессов перекисного окисления липидов среди детей больных витилиго имеет место быть. Зависимость уровня СОД от возраста и распространенности патологического очага указывает на то, что чем старше ребенок с несегментарным вариантом болезни, тем хуже срабатывает антиоксидантная система. Полученные данные указывают на необходимость назначения антиоксидантных препаратов у детей больных витилиго.

Список литературы

6. Шарафутдинова Л.А. Иммуные аспекты сегментарного и несегментарного витилиго / Л.А. Шарафутдинова, К.М. Ломоносов // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2015. - №2. - С. 44-46.
7. Вопросы этиопатогенетической общности сочетанных форм локализованной склеродермии и витилиго/ Н.Н. Мурашкин [и др.] // Вопросы современной педиатрии / 2020. - Том 19. - № 6. - С. 452-459
8. Ваисов А.Ш. Оценка окислительного стресса в патогенезе витилиго / Ваисов А.Ш., Мунир Ахмад, Умаров Ж.М. // Дерматовенерология. Косметология. -2021. - том 7. -№ 1- С. 9-15.
9. Цепколенко В.А. Современный взгляд на этиопатогенез витилиго. Обзор литературы/ В.А. Цепколенко, Е.С. Карпенко // Дерматовенерология. Косметология», 2020, том 6, № 1–2. - С. 55-59.
10. Denat L. Melanocytes as instigators and victims of oxidative stress / Denat L., Kadekaro A., Leachman L., Marrot L., Abdel-Malek Z.A. // J Invest Dermatol.-2014.- 134.-p. 1512–1518

Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ ПРИ НЕСЕГМЕНТАРНОЙ ФОРМЕ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Витилиго – одно из разновидностей дисхромий, характеризующееся снижением или отсутствием меланина. Заболевание встречается повсеместно, не зависимо от расы, цвета кожи, возраста, но отношение к нему неодинаково. В одних странах к нему относятся как к косметическому дефекту кожи, не являющимся препятствием для учебы, карьерного роста, создания семьи и т.д., в других странах заболевшие подвержены стигматизации. Хотя витилиго практически не сопровождается субъективными ощущениями, особо тяжело переносят этот «изъян» молодые люди, осознающие, по мере своего взросления, негативное отношение к себе. Ученые всего мира пытаются выявить этиопатогенез данного недуга. Предложены разные версии, приводящие к патологии пигментообразования. Одной из них является теория нарушения равновесия между про- и антиоксидантными системами. Свободные радикалы кислорода могут быть настроены на различные субстраты. Их мишенью могут быть как липиды клеточных мембран, так и ДНК. Последний вариант приводит к образованию онкопатологии. Поэтому их излишек необходимо контролировать антиоксидантами – веществами, ингибирующими окисление. К ним, в том числе, относят малоновый диальдегид (МДА), супероксиддисмутаза (СОД) и аскорбиновую кислоту (АК).

Цель исследования. Оценить уровень МДА, СОД, АК и их зависимость от возраста и площади поражения у детей с несегментарной формой витилиго.

Материал и методы исследования. Нами было осмотрено 63 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет. Из них с несегментарной формой витилиго было 42 пациента, что составило 66,7 %. Девочек было 26, мальчиков- 16. Давность болезни в среднем составила 4,2 лет. Дети в возрасте 5-6 лет составили -19%, 7-11- 26,2 %, 11-15 -54,8%. Из числа сопутствующих заболеваний превалировала патология желудочно-кишечного тракта (78,6%) в виде холецистопанкреатита, гастрита, глистной инвазии, гепатита В. Патология почек, выявленная у 57,1 %, проявлялась мочекаменной болезнью, ночным энурезом. Гирертироз был диагностирован у 42,8%, стрии отмечались у

7,1%. Со слов родителей все дети получили, согласно календарю, прививки. Тем не менее, более половины из них переболели корью и ветряной оспой. В 31% случаев витилиго было наследственно обусловленным. Показатели наличия данного заболевания по отцовской линии превалировали над данными по материнской. У 21% больных родители состояли в близкородственном браке, а у 8% - являлись жителями одного села.

Уровень МДА определяли в венозной крови по методу Стальной И.Д., СОД-по FridorovichCh., АК- методом жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией. Группу контроля составили 30 здоровых детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные показывают, что уровень МДА у детей, страдающих витилиго был равен $1,12 \pm 0,26$ мкМ/л. В контрольной группе аналогичные показатели равнялись $0,68 \pm 0,06$ мкМ/л. Показатели СОД в группе детей с витилиго были выше, чем в контрольной и равнялись $13,8 \pm 0,37$ Ед/мл и $9,25 \pm 0,17$ Ед/мл соответственно. Содержание АК у больных детей было равно $9,7 \pm 1,12$ мкг/л, а в контрольной группе - $15,2 \pm 0,16$ мкг/л.

Анализ полученных результатов в крови детей больных витилиго указывает на статистически значимое увеличение содержания МДА и СОД и уменьшение АК. Данный факт указывает на выраженный окислительный стресс.

Изучение вопроса о зависимости данных параметров от возраста и площади поражения показало, что чем младше пациент и чем больше площадь поражения, тем выше МДА. В свою очередь, показатели СОД были в пределах нормы у детей в препубертантный период, увеличиваясь по мере взросления и увеличения площади поражения. Что касается АК, то ее содержание в крови уменьшалось с возрастом, не зависимо от распространенности депигментированных очагов.

Выводы. У детей с несегментарной формой витилиго отмечается выраженное нарушение в про- и антиоксидантных системах. Полученные данные подтверждают версию о влиянии окислительного стресса на этиопатогенез депигментации. С учетом вышесказанного, необходимо в первую очередь вносить в рацион питания детей больных витилиго продукты богатые антиоксидантами, т.к. биологически активные добавки с их содержанием, населением Республики Таджикистан практически не используются. Для лучшей усвояемости данных компонентов также нужно проводить соответствующую терапию по нормализации функции желудочно-кишечного тракта.

Список литературы

11. К вопросу о лечении витилиго / И.Я.Пинсон. [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2016. - 19(2). - С. 102.
12. Круглова Л.С. Витилиго: современные взгляды на этиологию, патогенез и методы терапии/ Л.С. Круглова // Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2016.- 19(4). - С. 241-244.
13. Рихсиев У.Ш. Оптимизация лечения детей больных витилиго при помощи лечебного питания / У. Ш.Рихсиев, М. И. Абдуллаев // Medicine: theory and practice. -2019.- том 4 спецвыпуск. - С. 471.
14. Тальникова Е.Е. Генетическая предрасположенность и ее роль в развитии витилиго/ Е.Е. Тальникова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). - 2017. -Том 7.- № 1. - С. 233.
15. Шарафутдинова Л.А. Иммунологические аспекты сегментарного и несегментарного витилиго/ Л.А. Шарафутдинова, К.М. Ломоносов // Российский журнал кожных и венерических болезней. -2015. - №2. - С. 44-46.

Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Джураева Ш.Х.

КАМУФЛЯЖ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Витилиго-заболевание, характеризующееся появлением депигментированных пятен в любом участке кожного покрова и слизистых оболочек. Оно может проявиться в любом возрасте. Доказанно, что наследственный его вариант берет свое начало с детства. Данный недуг, кроме косметического дискомфорта, не вызывает субъективных ощущений. Но этот факт влияет на качество жизни, иногда приводя к депрессии вплоть до суицида, особенно среди лиц подросткового и молодого возраста. В Республике Таджикистан также, как и в других странах Центральной Азии, к пациентам с витилиго имеется предвзятое отношение. Окружающие открыто или скрытно проявляют свою брезгливость по отношению к больным. Этиопатогенез на современном этапе полностью не раскрыт. Лечение долгое, затратное. Поэтому выходом из данной ситуации является применение медицинского камуфляжа. Одним из методов камуфляжа является автозагар. Данные средства существуют в виде кремов, спреев, гелей, лосьонов, консилеров (имеющие аппликаторы для больших и малых очагов), корректирующие флюиды, медицинский татуаж. Они держатся от 1-5 дней до 1,5 лет. Эффективность наступает в течении нескольких часов. Они водонепроницаемы, не пачкают одежды, наносятся во время неинтенсивного потоотделения, на сухую и чистую кожу. Некоторые подходят для ежедневного использования.

Материал и методы исследования. В ГУ «ГКБ кожных болезней» в период с 2022 по 2023 год были госпитализированы 253 пациента с диагнозом «Витилиго». Из них в возрасте от 5 до 18 лет было преимущественное большинство ($n=198$), с превалированием лиц женского пола. Средняя длительность заболевания равнялась 7,8 лет. Пациенты в большинстве случаев были городскими (пациенты с ближних и дальних городов и районов обращались в основном в амбулаторном порядке). Отягощенная наследственность (со слов больных) была у 85 больных. В детском возрасте провокацией манифестации болезни были инфекции, среди взрослых- стресс. К народным целителям обращались 5 пациентов, в частные китайские клиники -22. Раннее лечение получали 134 человека с малой эффективностью. Всем пациентам был предложен опросник с целью определения их осведомленности о методах медицинского камуфляжа.

Результаты и их обсуждение. На вопросы опросника отвечали либо пациенты, либо их родители. Выяснилось, что только 21 человек слышал или читал о методах маскировки депигментированных очагов. Не нашлось ни одного

пациента, который бы их использовал. Необходимо ответить, что одна девочка 14 лет самостоятельно смазала депигментные пятна на кистях соком грецкого ореха, но получив выраженную сухость, шелушение и цвет с преобладанием оранжевого, больше этого не повторила.

Анализ причин отсутствия осведомленности об этих методах, показал, что дерматологами подобные беседы не проводятся.

Выводы. В Таджикистане пациенты не осведомлены о методах камуфляжа витилиго. Врачи дерматологи, педиатры, терапевты, к которым обращаются пациенты должны давать подобную информацию. Кроме того, необходимо объяснять способы их применения (использовать на чистое тело, избегая феномена Кебнера, в момент наименьшего потоотделения, с учетом возраста и места нанесения, возможной местной кратковременной реакции в виде эритемы, жжения). Важно подобрать правильный камуфляж, чтобы он был некомедогенным, гипоаллергенным. Также необходимо подготовить из числа врачей-дерматологов специалистов для нанесения медицинского камуфляжа в виде тату.

Список литературы

1. Вовденко, К.А. Способы камуфляжа витилиго (обзор литературы) / Вовденко К.А., Лекайон М., Ломоносов К.М. // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2021. Т. 24. - № 2. - С. 161-166.
2. Золотарёва, А.О. Иммуномоделирующие лечебно-косметические средства для людей, страдающих витилиго / Золотарёва А.О., Шикунова М.С., Восканян О.С. // Актуальные научные исследования в современном мире. - 2021. - № 12-12 (80). - С. 41-44.
3. Карымов, О.Н. Татуаж: этика исполнения и классификация осложнений / Карымов О.Н., Потеев Н.Н., Воробьев А.А., Калашникова С.А., Крайнова И.Ю. // Биоэтика. - 2018. - № 2 (22). - С. 40-45.
4. Лекайон, М. Особенности качества жизни пациентов, страдающих витилиго / Лекайон М., Ломоносов К.М. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2022. Т. 25. - № 2. - С. 119-125.

Исмоилов А.Б., Хурсанов К.А., Цой В.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГКИБ Г. ДУШАНБЕ

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

Актуальность.

Рожистое воспаление традиционно считается инфекционной болезнью, иногда протекающей с тяжелыми осложнениями, хроническим рецидивирующим течением и летальностью. На сегодняшний день болезнь характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, не имеющим тенденции к снижению. Официально случаи рожистого воспаления не регистрируют, поэтому фактически точные сведения о заболеваемости отсутствуют. Заболевание регистрируется преимущественно в старших возрастных группах. В последнее десятилетие клиническими и эпидемиологическими наблюдениями многих авторов отмечено изменение клинической симптоматики и течения рожистого воспаления. Наблюдается тенденция резкого увеличения числа пациентов с деструктивными формами рожистого воспаления (около 19 % случаев заболеваний осложняется гнойно-некротическими процессами, протекающими по типу некротического фасциита или распространенного целлюлита) [1-5].

Цель исследования. Оценить клинические особенности течения рожистого воспаления.

Материал и методы исследования.

Для проведения ретроспективного анализа были изучены 25 историй болезни больных с рожистым воспалением находящихся на стационарном лечении в ГКИБ г. Душанбе за период с января по июнь 2023 года. Диагноз во всех случаях был поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных лабораторных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного анализа было установлено, что 6 (24%) больных составляли дети в возрасте от 1 года до 5 лет, в возрасте от 21 до 30 – 1(4%) больной, в возрасте от 31 до 40 – 1(4%) пациент, от 41 до 50 лет – 4 (16%), от 51 до 60 – 5(20%), от 61 до 70 – 5(20%), от 71 до 80 – 1(4%), от 81 до 90 лет – 1(4%) пациент. Мужчин было - 10 (40%), женщин – 15 (60%).

По форме заболевания 19 (76%) (из них 5 (20%) пациентов составляли дети) больным был поставлен диагноз эритематозная форма рожистого воспаления, 6 (24%) (из них 1(4%) больной был ребенок) пациентам – эритематозно-буллезная форма рожистого воспаления. Тяжелое течение болезни было только у одного больного с эритематозно-буллезной формой рожистого воспаления, у остальных исследуемых больных (96%) отмечалось течение средней степени тяжести. У пациентов с эритематозной формой рожистого воспаления патологический очаг локализовался в области левой голени у 10(52,6%) больных, правой голени у 7(36,8%), в области правого бедра и мошонки наблюдались в единичных случаях (5,3%). У больных с эритематозно-буллезной формой в единичном случае (16,7%) патологический очаг располагался на лице, у 3(50%) пациентов на правой голени, у 2(33,3%) больным в области левой голени.

В первые три дня от начала заболевания были госпитализированы 9(36%) больных, на 4 –6-е сутки – 6(24%) пациентов, на 7-10 сутки – 8 (32%) и 2 (8%) больных были госпитализированы позднее 14 суток.

Основные жалобы больных при поступлении были на повышение температуры тела, слабость, вялость, потерю аппетита, головокружение, боли и покраснение на месте поражения. У 19 (76%) больных в момент госпитализации отмечалось повышение температуры тела до 37,0 – 37,5 С, у 6 (24%) пациентов температура тела была 38,0 °С до 39,0 °С.

Продолжительность лихорадочного периода до 3 дней отмечалось у 6 (24%) больных, от 4-6 дней у 15(60%) больных и более 7 дней у 4(16%) исследуемых. 14(56%) больных имели сопутствующую патологию. Артериальная гипертензия была выявлена у 7(28%) больных, ожирение 2 степени у 7(28%) заболевших, ишемическая болезнь сердца – у 3(12%) госпитализированных, атеросклероз аорты у 1(4%) пациента,

По данным лабораторного исследования, в общем анализе крови у 18(72%) больных был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 25 мм/ч.

Лечение больных состояло из назначения антибиотиков, антигистаминных, противовоспалительных средств и витаминов. Количество койко-дней, проведенных в стационаре составляло в среднем $8,9 \pm 1,4$ дней. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Только в единичном случае было отмечено осложнение в виде лимфостаза нижней конечности.

Выводы.

1. Рожистым воспалением чаще болеют лица женского пола, независимо от формы заболевания.
2. Больные рожистым воспалением в 56% случаев имели сопутствующую патологию.
3. При рожистом воспалении, не зависимо от формы заболевания, воспалительный процесс чаще локализуется в области нижних конечностей.

Список литературы.

1. Глухов, А.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления / А.А. Глухов, Е.А. Бражник // Фундаментальные исследования. – 2014. – №. 10-2. – С. 411-415.
2. Перадзе, Х.Д. Рожистое воспаление в клинической практике врача-инфекциониста и хирурга / Х.Д. Перадзе, О.А. Петрова, Г.К. Церцвадзе // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2019. – №. 4. – С. 16-21.
3. Полякова, А.С. Результаты лечения больных с рожистым воспалением / А.С. Полякова, В.С. Горбулина // Аллея науки. – 2017. – Т. 4. – №. 16. – С. 459-462.
4. Савельев, В.В. Опыт комплексного лечения рожистого воспаления нижних конечностей, осложненного глубокими флегмонами и тканевыми некрозами / В.В. Савельев, М.М. Винокуров, И.Н. Староватова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – №. 3. – С. 9-12.
5. Фокина, Е.Г. Лабораторная оценка рожистого воспаления / Е.Г. Фокина, И.М. Рослый, С.А. Потеева // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – №. 1. – С. 28-32.

Исрофилов М.О., Ганиева М.П., Нуралиев Н.М.

ПРОГНОЗ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

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

Актуальность. Невропатия лицевого нерва (НЛН) — одно из самых частых заболеваний периферической нервной системы и самое частое поражение среди краниальных нервов, дебют которого приходится, как правило, на трудоспособный, социально активный возраст, когда персональная и общественная требовательность к внешнему виду наиболее высока [1]. В 75 % случаев причиной одностороннего пареза мимической мускулатуры является паралич Бэлла. Первое описание НЛН сделал многими столетиями ранее известный под латинизированным именем Авиценна (979—1037). В своем труде «Канон врачебной науки» Авиценна не только описал клиническую картину поражения лицевого нерва, но и выделил ряд этиологических факторов, разграничив центральный и периферический парез мимических мышц, предложил способы лечения. В 1828 и 1836 гг. в своих работах Чарлз Бэлл дополняет клиническую картину заболевания сопутствующими симптомами (гиперакузия, дисгевзия), детально описывает анатомию, функцию лицевого нерва и его связь с тройничным нервом. В скором времени, термин «паралич Балла» становится понятным во всем мире эпонимом поражения лицевого нерва без установленной причины [2].

Несмотря на высокую частоту встречаемости идиопатической формы НЛН, среди всех прозопопарезов, паралич Бэлла — диагноз исключения. Перечень причин и нозологии, вызывающих полный или частичный парез мимических мышц, достаточно обширен и постоянно пополняется.

Представленность идиопатической формы НЛН (паралич Бэлла) составляет 20—25 случаев на 100 000 населения в год. Пик заболеваемости приходится на 17—45 лет, в одинаковой степени поражаются мужчины и женщины. Различий по частоте между правосторонним поражением и левосторонним не отмечается. В несколько раз чаще НЛН развивается у беременных женщин, у лиц, страдающих сахарным диабетом и артериальной гипертензией [3].

Цель работы. Оценить прогноз восстановления пациентов с учётом срока обращения, а также эффективность проводимой терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 44 больных с идиопатической невропатией лицевого нерва находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении НМЦ РТ с января по август месяц 2023 года, в том числе 21 мужчин и 23 женщин в возрасте от 16 до 42 лет. Для скрининговой оценки степени поражения лицевого нерва в рутинной практике нами была использована шкала К. Rosier, состоящая из 4 степеней тяжести прозопопареза, отмечающая следующие параметры: степень подъема бровей, сведения бровей, наличие надбровного рефлекса, вытягивание губ в трубочку, зажмуривание глаз, наличие корнеального рефлекса [3]. Сравнивая сумму процентов до и после лечения, оценивают не только прирост силы паретичных мышц, но и эффективность проведенной терапии. Преимуществом использования этого метода является возможность оценки НЛН при любой давности заболевания. В Диагностические процедуры были включены консультацию ЛОР врача и электромиографию (ЭМГ).

Результаты исследования и их обсуждения. В ходе наблюдения больных с диагнозом невропатия лицевого нерва было выявлено, пациенты в основном обращались к врачу через 2 дня – 3 месяца после начала заболевания. В сроки до 2 дней (время нарастания симптоматики) обратились 4 больных, до 14 дней 27 больных, до 21 дня – 11, до 3 месяцев 3 больных. Все больные в зависимости от давности и степени тяжести заболевания были разделены на легкую (30,3%), среднетяжелую (41,6%) и тяжелую степень (28,1%) с ранним восстановительным 45,0%, поздним восстано-

вительным 55,4% и периодом остаточных явлений 6,6%. Сравнивая сумму выявили высокий процент поздним восстановительным периодом, и это еще раз доказывало, что НЛНостается — острым неврологическим заболеванием требующих немедленного лечения, предпочтительнее — в стационаре. Однако заслуживают внимания малочисленные публикации, посвященные естественному течению НЛН без применения медикаментозных и других методов лечения. В 1982 г. Е. Petersen опубликовал результаты наблюдений за 1011 пациентами с параличом Бэлла, у 85% из которых самостоятельное восстановление произошло в течение 3 нед, 15% потребовалось 3— 6 мес. Степень восстановления была различна у 71% — полное восстановление, у 13% — минимальные остаточные явления, у 16% развились мимические контрактуры и патологические синкинезии. Позднее анализ ряда исследований показал, что при естественном течении НЛН лишь 54% пациентов достигают полного восстановления, 44% — частичного и только 3% — не восстанавливаются [4].

Несмотря на достаточно благоприятный прогноз течения заболевания без терапии, сегодня перед нами не стоял вопрос, лечить или не лечить? Более актуальна проблема, как и чем, лечить? Несмотря на обилие разнообразных препаратов, и схем лечения, принцип терапии НЛН был един, снятие отека и восстановление, улучшение микроциркуляции и демиелинизации. Наш клинический опыт показал, лечение НЛН является наиболее эффективным, если оно началось в пределах 72 (у 53 % больных) часов после первых проявлений, и менее эффективно через 7 дней (47% больных) после начала заболевания. Наш выбор пал на производных никотиновой кислоты, учитывая тот факт что этот препарат хоть и оказывает выраженное сосудорасширяющее действие особенно периферические сосудысама никотиновая кислота плохо переносится, поэтому мы использовали ее производные с менее выраженными побочными эффектами. Ксантиноланикотинат в своей структуре имеет элементы никотиновой кислоты и теофиллина. Этот препарат улучшает микроциркуляцию в периферических тканях, увеличивает устойчивость нервных тканей к недостатку кислорода, способствует развитию дополнительной сосудистой сети.

Массаж и фиксация мягких тканей лица в остром периоде полосками лейкопластыря с целью профилактики перерастяжения тканей и мышц лица остается актуальной. Из способов ЛФК пациенты выполняли упражнения перед зеркалом, но с обязательной фиксацией непораженной стороны.

Заключение. Лечебные мероприятия при невропатии лицевого нерва способствуют усилению кровотока и лимфообращения в области лица, улучшению проводимости лицевого нерва, восстановление функции мимических мышц, предупреждение развития мышечной контрактуры. Лечение является наиболее эффективным, если оно началось в пределах 72 часов после первых проявлений, и менее эффективно через 7 дней после начала заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Неврология лица/ В.А. Карлов. – М., 1991. – 288 с.
2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы/ Я.Ю. Попелянский. – М., 1989. – 464 с.
3. Пулодов А.М. Асабшиносй /А. М. Пулатов, Р.А. Рахмонов.- Душ.,2011.-С. 146-184.
4. Рахмонов Р.А. Сохти анатомии ваихтилолиасабхоимагзисари/ Р.А. Рахмонов, М.Т. Ганиева. – Душ., 2015. – С.27-31.
5. Современные аспекты реабилитации больных с невропатиями лицевого нерва / В.Е. Гречко [и др.]. – М.: Неврологический вестник, 1994.– 39 с.
6. Сергеев В. В. Оптимизация диагностики и лечения нейропатии лицевого нерва в остром и восстановительных периода: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Смоленск, 1998.

ИсрофиловМ.О., ГаниеваМ.Т., Шарипов Ш.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

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

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) – одна из ведущих причин первичной инвалидизации. Проблемы **реабилитации** последствий **инсульта** продолжают оставаться большой клинической и социальной задачей. Разработка современной стратегии патогенетической терапии позволит уменьшить трагических последствий **инсульта**— смертности и инвалидности, что в конечном итоге повысит качество жизни пациентов. Лечение **больных**с ИИ включает такие основные направления, как максимальное**раннее**восстановление нарушенного мозгового кровотока, предупреждение и лечение осложнений инсульта, ограничение зоны повреждения путем назначения препаратов метаболического действия, а также своевременное начало **реабилитационных** мероприятий. В этом плане возрастает внимание к медицинской **реабилитации** как к неотъемлемому компоненту лечебного процесса. Целью **реабилитации** является возвращение пострадавшего к социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни. При начале реабилитационных мероприятий в течение первых дней (и часов!) с момента развития инсульта вероятность наилучшего восстановления увеличивается в 6 раз по сравнению со случаями, когда лечение было начато в более поздние сроки. В этой связи имеются основания для использования нейропротекторов в комплексной терапии ИИ. **Нейропротекторы** обладает целым рядом потенциально полезных свойств, необходимых при коррекции **ишемических** повреждений головного мозга. Прежде всего, это активация пептидов нейронов и нейротрофических факторов мозга. Кроме того, под действием **нейропротекторов** происходит оптимизация баланса тормозных и возбуждающих аминокислот, допамина, серотонина.

Цель исследования.Изучить влияние **эффективности** нейропротекторов у **больных** с ИИ в **ранних** реабилитационных мероприятиях.

Материал и методы исследования. В исследование включены 35 пациентов (21 мужчина, 14 женщин) с ИИ в возрасте от 40 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике неврологии на базе НМЦ РТ.Все пациенты

доставлены в стационар в течение первых 24–48 ч от начала развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Проводилось общеклиническое обследование, которое включало общесоматический (жалобы, физикальные и аускультативные методы, контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений) и неврологический осмотр с оценкой по специальным шкалам выраженности неврологической симптоматики (шкала NIHSS, модифицированная шкала Рэнкина, индекс мобильности Ривермид). Оценка когнитивных функций проводилась с использованием шкалы MMSE, теста запоминания 10 слов.

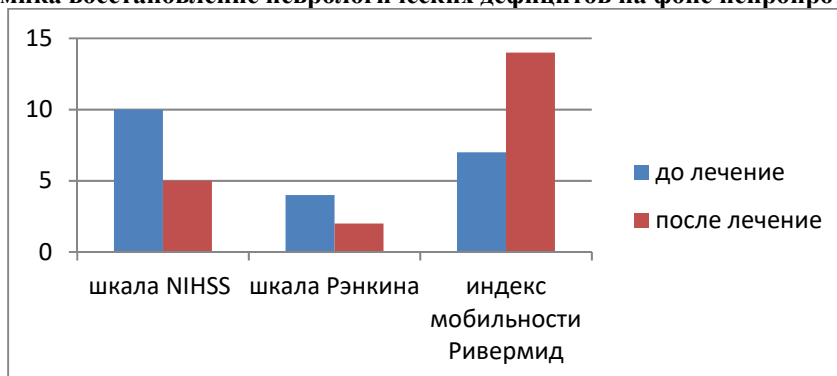
Сцелю уточнение диагноза острых нарушений мозгового кровообращения всем пациентам было проведено МРТ или КТ-обследование головного мозга. Лабораторное и инструментальное обследование включало общий и биохимический анализы крови, контроль водно-электролитного баланса, сахар крови, ЭКГ, при необходимости – эхокардиографическое исследование сердца.

Пациенты были сопоставимы по характеру жалоб, степени выраженности неврологического дефицита; исключались **больные** с тяжелой соматической патологией, тотальной афазией, повторным инсультом.

Больные были распределены в две группы: 1-я группа (основная) – 18 человек; 2-я группа (контроля) – 17 человек. Все больные получали базисную терапию ИИ, направленную на нормализацию гомеостаза, центральной и церебральной гемодинамики. 18 пациентов из 35 в дополнение к базисной терапии получали **препараты с нейропротективной активностью** (в течение 15 дней). Нейропротекторы назначались с первых суток болезни, когда наряду с медикаментозной терапией активно использовался комплекс реабилитационных мероприятий, (массаж, пассивная и активная гимнастика, обучение ходьбе и навыкам самообслуживания, артикуляционная гимнастика).

Результаты исследования. В момент поступления выраженность неврологического дефицита в обеих группах была практически идентичной (значения шкалы NIHSS – 9–10 баллов, шкалы Рэнкина – 3–4, индекс мобильности Ривермид – 6–7). С учетом субъективных и объективных показателей установлено, что хороший клинический эффект характеризовался значительным регрессом или полным восстановлением утраченных функций, он наблюдался у 19 пациентов, 12 из которых получали на фоне базисной терапии нейропротекторную терапию; удовлетворительный эффект – уменьшением неврологической симптоматики, он был отмечен у 6 больных, получавших нейропротекцию, и 4 больных, не получавших; неудовлетворительный эффект (отсутствие динамики в неврологическом статусе) был выявлен у 6 пациентов, в лечении которых данный препарат не применялся. К концу госпитализации (18–21-е сут) в основной группе оценка по шкале NIHSS с 9–10 баллов снизилась до 2–5, по шкале Рэнкина – с 3–4 до 1–2 баллов, индекс мобильности Ривермид изменился с 6–7 до 9–14 баллов. В группе контроля неврологический дефицит менялся менее значительно.

Динамика восстановления неврологических дефицитов на фоне нейропротекции



При нейропсихологическом тестировании тест заучивания 10 слов оказался наиболее показательным. Он позволил определить объем мгновенной, непосредственной, кратковременной слухоречевой памяти, прочность ее следа и **эффективность** заучивания. В основной и контрольной группах пациентов объем мгновенной памяти при первом обследовании (3–5-е сут болезни) у всех пациентов был снижен. На фоне приема нейропротекторов через 15 дней при повторном обследовании в основной группе у 15 человек наблюдалось улучшение непосредственной памяти и у 2 человек она оставалась на низком уровне. В группе контроля у 8 человек показатели нормализовались, и у 9 человек объем мгновенной, непосредственной памяти характеризовался низкими показателями.

На фоне лечения нейропротекторами отмечалось улучшение мнестических функций, повышались активность и внимание при выполнении нейропсихологических тестов, уменьшались речевые нарушения, повышались способность к самоконтролю и самокоррекции речи, уменьшались двигательные нарушения, что подтверждается количественной характеристикой тяжести состояния больных в виде изменения суммарного балла по шкалам NIHSS, модифицированной шкале Рэнкина, индекса мобильности Ривермид.

Выводы.

1. Применение в терапии ИИ нейропротекции, наряду с базисной терапией, обеспечивает более выраженную положительную динамику.
2. Положительная динамика неврологического дефицита и улучшение функционального состояния у пациентов, получавших нейропротекцию, достоверно были более выраженными, чем у пациентов, которым проводилась только базисная терапия.
3. Нейропротекция приводит к улучшению качества жизни пациентов и их близких, что, в свою очередь, является основной целью медицинской реабилитации.

Литература.

1. Сковцова В.И. Механизмы повреждающего действия церебральной ишемии и новые терапевтические стратегии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2013. № 3. С. 20–25. 131–135. 2. Скоромец А.А., Стаховская Л.В.,

- Белкин А.А. и др. Новые возможности нейропротекции в лечении **ишемического** инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2008. № 22. С. 32–38.
3. Стаховская Л.В., Мешкова К.С., Дадашева М.Н. и др. Многоцентровое рандомизированное проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование безопасности и эффективности кортексина в остром и **раннем** восстановительном периоде ишемического инсульта // Вестник Российской Военно- медицинской академии. 2012. № 1(37). С. 238–244.
4. Дьяконов М.М., Шабанов П.Д. К вопросу о нейропротекторном действии пептидных препаратов. // Вестн. Воен.- мед. акад. 2014. №1 (33). С.255-258

Кадырова Д.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП

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

Актуальность. Семейная медицина - это одна из форм организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), и семейный врач в своей практической деятельности чаще всего имеет дело с распространенными заболеваниями [1]. К числу таковых относятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Система врачебного наблюдения больных с ССЗ в амбулаторных условиях не обеспечивает эффективного контроля заболевания. Лечение ССЗ в учреждениях ПМСП по большей части является симптоматическим, отсутствуют единые лечебно-профилактические подходы к ведению больных с данной патологией [1].

Учитывая приоритетность вопросов повышения качества медицинской помощи, представляется важным определить и предложить оптимальные и эффективные подходы к организации лечения больных с ССЗ в учреждениях ПМСП, в практике семейного врача.

Целью исследования явилось проведение оценки эффективности терапии больных с ССЗ в учреждениях ПМСП, в практике семейных врачей на примере Городских центров здоровья г. Душанбе.

Материалы и методы исследования. Материалом для проведения комплексного анализа и оценки качества медикаментозной терапии пациентам с ССЗ послужили данные из отобранных путем случайной выборки амбулаторных медицинских карт пациентов, наблюдающихся в ГЦЗ № 2 и 10 г. Душанбе. Для оценки качества медикаментозной терапии больных с ССЗ было проанализировано ретроспективным методом 90 амбулаторных карт пациентов с ИБС – 40 человек и с артериальной гипертонией (АГ) - 50 человек, в возрасте от 50 до 90 лет, в городском центре здоровья №2 и 10 г. Душанбе. На основе рекомендаций Европейского общества кардиологов (ЕОК) [5] был сформирован и адаптирован профиль клинических индикаторов (КИ) контроля качества врачебных назначений.

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики. Вероятность возможной ошибки каждого показателя определялась по статистическому критерию Стьюдента. Разница между сравниваемыми величинами считалась статистически значимой при величине $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что из антиангинальных средств наиболее часто больным с ИБС со стабильной стенокардией напряжения, назначались бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция. При назначении этих средств динамический ЭКГ контроль проводился в 65% случаев. Анализ данных показал, что пациенты с ИБС в 57% случаев имеют артериальную гипертонию (АГ). В этой группе целевой уровень АД в процессе лечения был достигнут только в 20,3% случаев.

Гиполипидемическая терапия больным с ИБС при повышении показателей липидного обмена проводилось всего лишь в 49,5% случаев. Антитромбоцитарные препараты больным назначались 77,2% случаев.

При оценке качества медикаментозного лечения больных с АГ, в частности антигипертензивной терапии, выявлена недостаточная эффективность ее – целевой уровень АД достигнут в 23,2% случаев. Чаще назначались пациентам с АГ бета-адреноблокаторы (43,5%) по сравнению с ингибиторами АПФ (30,3%) и антагонистами кальция (26,2%). Семейные врачи чаще предпочитали назначать комбинацию из двух гипотензивных препаратов (41,2%) – диуретики и бета-адреноблокаторы. Из других видов медикаментозного лечения больных с АГ, недостаточным является использование гиполипидемической терапии в целях коррекции высокого риска развития ИМ или ОНМК. Лечение статинами проводилось только в 9,8% случаев. В то же время дезагрегантная терапия (аспирин) проводилась в 68,5% случаев, то есть не в соответствии с международными рекомендациями [2,3,4,5], по которым данное лечение для минимизации риска кровотечений следует назначать после достижения контроля АД (достижение целевого уровня АД), которое, в свою очередь, получено только в 23,2% случаев.

Таким образом, оценка тактики лечения больных с ССЗ применяемой семейными врачами в ГЦЗ, показывает, что они не всегда придерживаются стандарта назначения препаратов и это может свидетельствовать о недостаточном уровне их знаний современных методов фармакотерапии данной патологии.

Вывод. Использование международных клинических индикаторов для оценки качества медицинской помощи больным с ССЗ в учреждениях ПМСП является одним из эффективных способов выявления недостатков в работе врачей, с разработкой в последующем практических мер по их устранению, что в конечном итоге позволяет повысить качества медицинской помощи больным ССЗ в амбулаторных условиях, в учреждениях ПМСП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадырова Д.А. Семейная медицина /Д.А. Кадырова. – Душанбе, 2017. –357 с.
2. Солнцева Т.Д., Сивакова О.А., Чазова И.Е. Клинико-диагностические особенности неконтролируемой артериальной гипертонии, в том числе кризового течения /Т.Д. Солнцева, О.А. Сивакова, И.Е. Чазова //Системные гипертензии. – 2023. - № 20(1).- С.21-28.

3. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Системные гипертензии /И.Е.Чазова, Ю.В.Жернакова //Клинические рекомендации. –2019.- 95с.
4. Юдин И.Г., Фомин В.В. Неконтролируемая и резистентная артериальная гипертензия: распространенность, методы коррекции терапии / И.Г.Юдин, В.В. Фомин //Системные гипертензии. – 2022.- №19(4). С.31-35.
5. Definition of hypertension and pressure goals during treatment (ESC-ESH Guidelines, 2018).-Vol. 17. - № 18.

Кадырова Д.А.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

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

Актуальность. Хронический болевой синдром (ХБС) характеризуется постоянной или повторяющейся болевой симптоматикой, которая длится более трех месяцев. Пациенты, страдающие от ХБС, часто и систематически испытывают боль в разных частях тела, таких как спина, голова, шея, плечи, колени, бедра, ступни и др. Боль может ограничивать движения, приводить к нарушению сна, утомляемости и снижению работоспособности и настроения [1,2,3,4,5]

Причины заболевания могут быть разными: перенесенная травма, хирургическое вмешательство, инфекция, онкология, хроническое заболевание различного генеза и др.

ХБС может быть факторами психического и эмоционального стресса, например, стрессом на работе, семейными проблемами, депрессией, тревожностью и другими [2,3,4,5]. ХБС - это проблема, которая может привести к значительному ухудшению качества жизни, социальной изоляции, депрессии, неврозам и другим психологическим проблемам.

Цель исследования. Изучить эффективность терапии психологических факторов в реабилитации больных с ХБС различного генеза.

Материалы и методы исследования. Проводилось изучение эффективности реабилитационных мероприятий у 90 больных (47 мужчин и 43 женщин, в возрасте от 45 до 95 лет) с ХБС различного генеза, находящихся под наблюдением семейных врачей на базе Городских центров здоровья №№ 2, 10 г. Душанбе. Критериями исключения были онкологические, психические, инфекционные заболевания, тяжелые и некомпенсированные состояния пациентов.

Критериями диагностики ХБС у взрослого пациента следует считать: наличие жалоб пациента на боль; количество баллов по шкалам оценки боли, свидетельствующее о наличии боли; продолжительность боли на протяжении большинства дней в течение не менее 3 месяцев; наличие связанного с болью значимого эмоционального дистресса и/или нарушений функциональной активности (повседневной, социальной, трудовой)[2,4,5].

Комплекс реабилитационных мероприятий включал в себя физическую реабилитацию, методы психотерапевтических приемов. Методы психологической реабилитации — это психологические средства, которые выбирает психолог. Они могут быть ориентированными в большей степени либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом и психологом. Психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения), тренинги или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия [2,4,5].

Данные методы терапии проводились после тщательного клинического и лабораторно-инструментального исследования больного, осмотра специалистов как инфекционист, кардиолог, невролог и др. Терапия проводилась семейным врачом совместно с психологом центра.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных психотерапевтических мероприятий из 90 у 48 (53,3%) пациентов с ХБС уменьшились боли, у 30 (33,3%) они прошли. У 42 (46,6%) пациентов снизилась тревога, у 57 (63,3%) улучшилось настроение, у 43 (47,7%) сон и у 31 (34,4%) нормализовались показатели АД. Наибольший эффект имели групповые занятия в виде дискуссий и бесед, проводимые врачом и психологом. Именно они помогали больным в непринужденной обстановке высказать свои сомнения и опасения относительно развития своего заболевания и соответственно, получить исчерпывающие ответы на волнующие их вопросы.

Следует отметить, что реабилитация больных с ХБС должна быть индивидуальной и адаптированной к каждому пациенту, учитывая их состояние и потребности. По мнению авторов, консультация с опытным специалистом может помочь пациентам определить наилучший подход к реабилитации, который поможет им улучшить свое физическое и психологическое состояние и управлять своим болевым синдромом [2,3,4,5].

Реабилитацию пациентов с ХБС наиболее эффективно проводить на амбулаторном этапе. В основе реабилитации следует включить мультидисциплинарный подход. В состав реабилитационной команды необходимо также включить психологов.

Вывод. Терапия ХБС у пациентов должна быть комплексной. Психологическая реабилитация является важной составной частью общих реабилитационных мероприятий больных с ХБС в амбулаторных условиях.

Литература

1. Данилов А.Б. Боль смешанного типа. Патологические механизмы – значение для клинической практики. Подходы к диагностике и лечению смешанных типов болевых синдромов /А. Б. Данилов// РМЖ. - 2014. - Специальный выпуск. С. 10-16.
2. Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В. П. Зайцев // Терапевтический архив. –2013. - № 10.-С.105-110.
3. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Республиканский центр развития здравоохранения. Версия: Клинические рекомендации РФ, 2023. - 95с.
4. Шмонин А. А. Базовые принципы реабилитации при хроническом болевом синдроме / А.А. Шмонин // IX Международный конгресс. Нейрореабилитация. -Москва, 2017. – С. 7

5. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain /Raja S.N., Carr D.B., Cohen M. et al. – 2020.- 161(9).-P. 1976-82

Кадырова З.Д., Нисанбаева З.Х., Гончарова М.С.

ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Алкоголизм является актуальной медико-социальной проблемой современности.

Во всех странах мира проблемы, связанные с потреблением алкоголя, являются серьезным препятствием для их социально-экономического развития.

В нашей республике задаче борьбы с пьянством и алкоголизмом уделяется серьезное внимание. Закон РТ о наркотических средствах, нейротропных веществах и прекурсорах от 20.04.21 №1778!

В последние годы общей тенденцией является рост употребления алкоголя, энергетических напитков и хронического алкоголизма среди молодых контингентов населения в экономически развитых странах, в том числе в нашей республики, отмеченный многими исследователями.

«Омоложение» алкоголизма, его рост стимулировали исследования клиники этого заболевания в подростково-юношеском возрасте и в настоящее время следует констатировать появление большого количества клинических работ, в первую очередь отечественных, но также и зарубежных авторов по этой проблеме. В.А. Гурьева, Н.Н. Иванец, В.В. Ковалев, Н.Е. Буторино, М.А. Цивилько.

Большинство исследователей, изучавших алкоголизм молодых, отмечают его злокачественное возникновение в подростковом возрасте с частыми рецидивами.

Цель исследования.

Изучение особенности проявления клиники хронического алкоголизма у лиц подросткового, юношеского и зрелого возраста.

В связи с этим в задачи работы входило:

- оценить характер прогрессивности алкоголизма;
- изучить особенности формирования алкоголизма;
- описать клинические особенности отдельных симптомов и синдромов алкоголизма (патологическое влечение к алкоголю, опьянение, абстинентный синдром, изменение личности и др.) в трех возрастных группах больных;
- разработать меры по профилактике заболевания в этих ранних возрастных группах.

Материал и метод исследования. Для решения поставленных задач клинико-катамнестически изучено 110 больных хроническим алкоголизмом мужского пола (50-подросткового и 60-юношеского возраста), а также 100 больных зрелого возраста (контрольная группа), находившихся на стационарном лечении в Государственном учреждении республиканский клинический центр наркологии имени профессора М.Г. Гулямова г. Душанбе за период с 2018 по 2021г. Длительность катмнеза составила от 1 до 3 лет. В исследование не вошли больные с органической неполноценностью ЦНС (черепномозговая травма, инфекция ЦНС в пре- и интраморбидном периодах), а также случаи с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Клинический метод исследования дополнялся проведением сомато-неврологического, при необходимости психологического и лабораторного обследования.

Выявлено, что у больных подросткового и юношеского периода алкоголизм отличается высокопрогрессивным темпом течения, Установлена тенденция к запойным формам употребления алкоголя с увеличением возраста больных. Представлено своеобразие картин алкогольного опьянения у больных подростков и юношей. Описаны особенности алкогольного абстинентного синдрома в двух ранних возрастных группах больных. Прослежена динамика изменений личности на разных стадиях болезни с учетом возраста больных. Определена продолжительность лечения больных хроническим алкоголизмом подросткового и юношеского возраста и продолжительность его этапов.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что возраст, в котором формируется алкоголизм, оказывает существенное влияние на темп развития основных симптомокомплексов болезни, их специфику и дальнейшую динамику. Среди обследованных подростков преобладали больные: I-стадии алкоголизма, у которых характер злоупотребления спиртными напитками был по типу частых однодневных эксцессов.

Среди юношей: II-стадии с преобладающим запойным пьянством. У исследованных больных подросткового и юношеского периода алкоголизм формировался в сжатые сроки, отличался быстрым переходом от одной стадии к другой, ранним наступлением выраженных социальных последствий заболевания.

Проведенное клинико-динамическое исследование позволило выявить неоднородность клинических проявлений алкоголизма у изученных больных трех возрастных групп- подростковой, юношеской и взрослой.

Выпивка среди подростков и юношей происходила в компании сверстников или более старших по возрасту ребят. Сразу принималась большая доза алкоголя, вызывавшая, в большинстве случаев, выраженную интоксикацию. Несмотря на это, больные начинали систематически употреблять спиртные напитки. Выпивки всегда провоцировались незанятостью больных, наличием у них свободного времени.

Систематическое злоупотребление алкоголем у обследованных больных подростков и юношей, в сравнении с тем же состоянием у взрослых, имело особенности, свидетельствующие о большей его тяжести. Переносимость алкоголя у всех подростков уже в течение первого месяца повышалась в 2-3 раза по отношению к изначальной дозе, а у юношей- в 3-5 раз. Эйфория в опьянении была слабо выраженной, как бы смазанной. Преобладало возбуждение, реже агрессивность. Часто по выходе из опьянения отмечались «наркотические» амнезии.

Средняя длительность этапа систематического употребления алкоголя у больных подростков составила $9,5 \pm 2,15$ месяцев, у больных юношей- $17,3 \pm 4,7$ месяцев, у больных зрелого возраста- $41,2 \pm 9,7$ месяцев.

О формировании I стадии алкоголизма у больных свидетельствовало появление симптома патологического влечения к алкоголю. Первичное патологическое влечение к алкоголю возникло у них в рамках бытового злоупотребления алкоголем. На I стадии болезни патологическое влечение к алкоголю у больных подростков особенно резко проявлялось в форме утраты контроля над количеством потребляемого алкоголя и утраты ситуационного контроля; у больных юношей преобладала количественного контроля; у больных зрелого возраста – снижение количественного контроля.

Опьянение у больных подростков на I стадии во всех случаях имело изменений характер. Толерантность к алкоголю у больных подростков и юношей, заметно увеличивающаяся на этапе систематического злоупотребления, на I стадии имела менее выраженную динамику.

Алкогольная амнезия возникает чаще у подростков и юношей. У $\frac{3}{4}$ больных из числа подростков уже на I стадии отмечались колебания настроения.

Характер злоупотребления алкоголем у всех больных подростков на I стадии был по типу частых однодневных эксцессов. У юношей наблюдались однодневными выпивками, а у взрослых многодневное пьянство.

К концу I стадии у больных подросткового и юношеского возраста отчетливым становились изменения личности в виде раздражительной слабости, возбудимости, а в состоянии аффекта – озлобленности и агрессивности.

Наступившие уже при систематическом употреблении алкоголя отрицательные социальные последствия, на I стадии усугублялись и проявились в прогулах занятий в учебных заведениях или работы, в семейных ссорах, частых поступлениях в милицию.

Возраст, в котором сформировался алкоголизм, у больных подростков приходился на период 15-16 лет, у больных юношей – на период 17-19 лет. В контрольной группе этот показатель находился в интервале от 21 до 25 лет. Средняя продолжительность I стадии у подростков была $12,6 \pm 2,2$ месяцев, у юношей – $24,6 \pm 4,2$ месяца, у лиц зрелого возраста – $2,9 \pm 0,3$ лет.

Похмельный абстинентный синдром у больных подростков и юношей проявлялся в этом случае в виде легких вегетативных расстройств, полидипсии, сухости во рту, потливости, тахикардии. Алкогольный абстинентный синдром, являющийся стержневым синдромом развернутой стадии алкоголизма, у больных подростков наиболее часто проявлялся легкими вариантами, протекавшими с вегетативно-астеническими расстройствами. У больных юношей отмечена большая частота преобладающих сомато-вегетативных и неврологических нарушений, а также развернутые проявления похмельного синдрома.

Следует отметить, что набор вегетативно-соматических симптомов абстиненции у подростков был заметно меньше в сравнении с больными более старшего возраста. Так, у них не наблюдалось характерной для взрослых одутловатости лица, они не предъявляли жалоб со стороны сердца и желудочно-кишечного тракта. Имелась связь между возрастом и характером и тяжестью патологического влечения к алкоголю в абстиненции. Эйфория в опьянении у молодых была как бы смазана, преобладала раздражительность, в ряде случаев присоединялся субдепрессивный аффект. У больных подростков алкогольных психозов не было. У взрослых они встречались чаще, чем у юношей.

Общим для всех изученных больных как подростков и юношей, так и взрослых, являлись наступающие во II стадии алкоголизма изменения личности в виде заострения преморбидных личностных особенностей.

Выводы. Практическую ценность имеют разработанные принципы дифференцированной терапии хронического алкоголизма у лиц подросткового возраста, включающие конкретные практические рекомендации по проведению специфического противоалкогольного лечения. Результаты исследования клиники заболевания в сравнительно-возрастном аспекте будут способствовать ранней диагностике алкоголизма у больных подросткового и юношеского возраста, а также могут быть использованы для оценки прогноза болезни. Предложенные медицинские профилактические мероприятия будут содействовать предупреждению злоупотребления алкоголем и алкоголизма у молодого поколения.

Общие клинические закономерности течения алкоголизма у больных подросткового и юношеского возраста в сравнении со взрослыми характеризуются ведущей ролью биологических факторов (высокие показатели отягощенной алкоголизмом наследственности, психопатическая почва) в формировании заболевания, преобладанием вторичных форм патологического влечения к алкоголю над первичным быстрым становлением запоев.

Важное значение, наряду с социально-гигиеническими, юридическими и другими мерами, имеют медицинские мероприятия, осуществляемые в аспекте профилактики алкоголизма у лиц подростково-юношеского возраста. Необходимо раннее выявление заболевания и повышение эффективности их лечения. Предупреждения злоупотребления алкоголем и алкоголизма будут способствовать также такие мероприятия, как коррекция непсихотических форм нарушений поведения подростков и юношей, оздоровление микросреды и с этой целью лечение родственников, больных алкоголизмом, нормализация нарушенных внутрисемейных отношений.

Список литературы

1. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание/Иванец Н.Н., Винникова Л.М. // ГЭОТАР-Медиа. – 2020.
2. Психология зависимостей (аддиктология)/ Борис Мандель // ИНФРА-М. – 2023. С. 70-75.
3. Наркология. Руководство для врачей / Шабанов П. Д. // ГЭОТАР-Медиа. – 2015. С. 197-300.

Кодирова З.Д., Гончарова М.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ

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

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (БА) – это дегенеративное заболевание головного мозга, которое приводит

к прогрессирующей утрате памяти, мышления, поведения и способности к самообслуживанию. Это наиболее распространенная форма деменции, затрагивающая около 50 миллионов человек во всем мире.

При этом в Республике Таджикистан (РТ) нет достоверных данных о распространенности, прогрессировании и помощи людям, страдающим Болезнью Альцгеймера. Вероятнее всего это связано с тем, что в Таджикистане болезнь Альцгеймера часто рассматривается как позор или наказание, что может привести к тому, что люди с болезнью Альцгеймера будут подвергаться дискриминации и изоляции, поэтому многие родственники считают нужным скрывать достоверную информацию.

Помимо этого, существует проблема того, что население, которое стремится к получению новых знаний, имеет ограниченный доступ к информации и услугам, что затрудняет получение необходимой поддержки и помощи.

Цель исследования. Проанализировать и сравнить с общемировыми показателями уровень заболеваемости Болезнью Альцгеймера в РТ, оценить степень развития помощи пациентам и родственникам таких больных, внести предложения по решению проблем с данным заболеванием в РТ.

Материалы и методы исследования. В работе использован сравнительный анализ данных мировой литературы, центра медицинской статистики при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан, кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, анкетирование населения (анкеты разработаны самостоятельно участниками анкетирования выбраны случайным способом) для анализа информированности простого населения РТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Не смотря на проведенный анализ законов, постановлений и других нормативных документов, регулирующих вопросы профилактики, диагностики и лечения, а также публикаций печатных и электронных СМИ, достоверных статистических данных по заболеваемости БА и смертности от неё в Таджикистане найдено не было.

Результаты анкетирования относительно информированности населения позволили выявить следующее: среди 70 опрошенных знают о данном заболевании 46,5%, при чем 44,4% от этого количества – работники сферы здравоохранения.

Все имеющие информацию о БА имеют высшее образование.

При оценке результатов прослеживается четкая связь повышения информированности о БА в зависимости от возраста (с 18,75% в возрастной группе 20-30 лет, до 75%-100% в возрасте 51-60 лет и старше 61). Средний возраст знающих о БА составил 43 года.

Основными чувствами, которые вызывают такие пациенты у участников анкетирования указаны сострадание, сочувствие, жалость. 74% опрошенных готовы оказывать посильную помощь данным больным, 93,1% считают целесообразным развитие работы специалистов здравоохранения, Правительства страны и общественности в отношении БА в Таджикистане.

Данные показатели свидетельствуют о том, что основными данными обладает медицинский персонал, который имеет обширные представления о заболеваниях в целом. Но существует проблема информированности специалистов другого профиля, а также людей со средним образованием. Связано это с малой инклюзивностью данных пациентов, а также малым освещением данной темы в СМИ, социальных сетях или специализированных учреждениях.

Выводы.

В Таджикистане не ведется работы в отношении пациентов с БА, нет достоверной статистической информации по данному заболеванию. Информированность населения низкая. Основной процент информированных приходится на людей старше 40 лет, преимущественно врачей. Люди готовы помогать пациентам с БА финансовыми вложениями, уходом за больными и общением с ними. Видится целесообразным развитие работы в данном направлении в Таджикистане, а именно:

- Проведение информационно-просветительских мероприятий для населения, включая семинары, лекции, информационные буклеты и листовки.
- Размещение информации о болезни Альцгеймера на веб-сайтах и в социальных сетях.
- Сотрудничество с СМИ для освещения темы болезни Альцгеймера.
- Разработка образовательных программ для медицинских работников, направленных на повышение их осведомленности о болезни Альцгеймера.
- Создание общественных организаций и групп поддержки для людей с болезнью Альцгеймера и их семей.

Помимо базовой информированности, возможно развитие превентивных и профилактических мер в следующих аспектах:

- Создание системы ранней диагностики болезни Альцгеймера. Это позволит выявлять заболевание на ранней стадии, когда оно наиболее поддается лечению.
- Создание системы реабилитации и поддержки пациентов с болезнью Альцгеймера. Это позволит пациентам сохранить максимальную независимость и качество жизни.
- Создание системы информирования и поддержки семей пациентов с болезнью Альцгеймера. Это позволит семьям справиться с эмоциональным и физическим стрессом, связанным с уходом за больными родственниками.

Данные меры помогут повысить уровень осведомленности населения о Болезни Альцгеймера и улучшить качество жизни пациентов и их семей.

Список литературы.

1. Психические расстройства позднего возраста: учебно-методическое пособие / В. А. Некрасов, С. Ф. Случевская. // СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. С. 32-34
2. Российские психиатрические журналы в системе научной информации. Социальная и клиническая психиатрия./ Трущелев С.А. // 2016;1:95- 98

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА Менингиальной формы Нейролейкемии у больных острым лимфобластным лейкозом (случай из клиники)

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

Нейролейкемия является одним из грозных осложнений лейкемии, сопровождающихся различными неврологическими расстройствами.

В результате чего пациенты наблюдаются и лечатся под «маской» других заболеваний, затрудняя процессы своевременной диагностики и терапии. Клиническое течение нейролейкемии, прежде всего, зависит от ее клинических форм: менингиальная, менингоэнцефалитическая (МЭ), энцефалитическая (ЭФ), энцефаломиелитическая (ЭМ), дисэнцефальная, полирадикулоневритическая [1]. Различают также неполный синдром нейролейкемии, когда при наличии ярких клинических симптомов нейролейкемии в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) изменения отсутствуют и полный синдром нейролейкемии, когда имеются клинические проявления и изменения в ЦСЖ [2].

Окончательный диагноз нейролейкемии устанавливается на основании выявления ЦСЖ цитоза (выше 10 в 1 мкл) и бластных клеток даже при отсутствии неврологической симптоматики [4].

При менингиальной форме нейролейкемии происходит инфильтрация лейкозных клеток в паутинную и мягкую мозговые оболочки головного и спинного мозга с дальнейшим внедрением в мозговое вещество и формирование периваскулярных инфильтратов [3].

Основа лечения нейролейкемии – интратекальное применение цитостатических препаратов (метотрексата, дексаметазона, цитарабина); внутривенное введение винкристина, циклофосфида, доксорубина, даунорубина и др. [4].

Приводим случай из клиники пациента с острым лимфобластным лейкозом, осложненным менингиальной формой нейролейкемии.

Клинические наблюдения.

Больной В., 1983 года рождения, госпитализирован в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с жалобами на прогрессирующую слабость, недомогание, головные боли, ригидность мышц затылка, тошноту, однократную рвоту. Из анамнеза заболевания выяснилось, что болеет в течение 3-х месяцев. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38°C, озноба, боли в трубчатых костях, слабости, отсутствия аппетита, ригидности затылочных мышц, снижения остроты зрения и слуха, непереносимости яркого света и запахов, невозможности полного разгибания ноги (симптом Кернига), при сгибании головы у пациента непроизвольное подтягивание нижних конечностей к животу (симптом Брудзинского). Трижды периодически самовольно получал антибактериальную и общеукрепляющую терапию (цефтриаксон, левофлоксацин, гентамицин), витамины группы В. Несмотря на проведенную терапию общее состояние больного ухудшилось, появились головные боли, тошнота, рвота.

Обратился за медицинской помощью к семейному врачу по месту жительства. Осмотрен семейным врачом, невропатологом. Общее состояние пациента было недооценено и сам больной отказался от госпитализации. К вечеру общее состояние ухудшилось, после чего был госпитализирован в гематологическое отделение.

Объективно цвет кожи и слизистых оболочек бледные, шейные лимфоузлы увеличены, не спаяны с подкожной жировой тканью, размером с горошину.

Со стороны органов дыхания и кровообращения патологий не выявлено. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

В гемограмме обнаружены – бластные клетки $39,0 \times 10^9/\text{л}$, анемия тяжелой степени – эритроцитов – $1,7 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 46 г/л, тромбоцитопения – $6700 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз – $73 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 11%, лимфоциты – 43%, моноциты – 9%, СОЭ – 63 мм/час. Биохимическое исследование крови – общий белок 63 г/л, альбумины – 56 г/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, креатинин крови – 103 мкмоль/л, общий билирубин – 21,3 мкмоль/л, прямой – 5,7 мкмоль/л, не прямой – 15,9 мкмоль/л. АЛТ – 0,83 мкмоль/л.

Показатели коагулограммы: фибриноген – 2,8 г/л, протромбиновое время – 11,5 с, протромбиновый индекс – 73%.

В ЦСЖ – повышение цитоза ($2073,0 \pm 63,0$), плецитоза за счёт бластов (количество бластов в 1 мкл колебалось $63,0 \pm 3,0\%$), количество белка – 0,033 ($1,3 \pm 0,3$ г/л) и снижение уровня глюкозы ($2,5 \pm 0,3$ ммоль/л).

В миелограмме: бластные клетки – 43,5%.

В МРТ головного мозга – отек извилин, расширение межполушарной щели.

Окончательный диагноз: острый лимфобластный лейкоз. Нейролейкемия, менингиальная форма была выставлена за счет появления бластных клеток в периферическом анализе крови и в миелограмме и отрицательной реакции на миелопероксидазу, повышение цитоза и плеоцитоза в ЦСЖ, и проявлений менингиальной картины на МРТ.

Лечение проводилось на основании разработанного российскими учёными протокола для ОЛЛ – ОЛЛ 2009. Интратекально были введены дексаметазон, цитарабин и метотрексат.

Спустя месяц обнаружена полная клинико-гематологическая ремиссия и нормализация показателей миелограммы.

Выводы:

1. Поздняя обращаемость пациента и недооценка клинических симптомов со стороны семейного врача и невропатолога, и не назначение развернутого анализа крови привело к поздней диагностике ОЛЛ с развившимися неврологическими осложнениями.
2. Назначенное лечение, согласно протоколу российских учёных (ОЛЛ 2009), привело к полной клинико-

гематологической ремиссии болезни и нормализации показателей миелограммы.

Литература:

1. Гришина Е.Е., Рябцева А.А., Андрюхина О.М., Коврижкина А.А. Различные варианты нейрорлейкемии с поражением зрительного нерва. *Офтальмология*. – 2020. – 17(3). – 375-381.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых лимфобластных лейкозов у взрослых. Рекомендации утверждены на 4-м Конгрессе гематологов России (апрель 2018 г.) / Под ред. В. Г. Савченко. – 2018. – С. 88-90.
3. Гаврилина О.А. Применения неларабаина у взрослых больных с рефрактерным течением /рецидивом острого Т-лимфобластного лейкоза/лимфомы: опыт одного центра. *Гематология и трансфузиология*. – 2019. – 64(4). – 382-395.
4. Shago M. Recurrent Cytogenetic Abnormalities in Acute Lymphoblastic Leukemia. *MethMolBiol*. – 2017. – 1541. – 257-78.

Караматуллаева З.Э., Ибрагимов Э.Ф.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ COVID-19

Кафедра инфекционных болезней СамГМУ, Узбекистан

Актуальность. Одним из опасных неблагоприятных осложнений COVID-19 является нарушение свертывающей системы крови. При COVID-19 преобладает развитие гиперкоагуляции, получившее название «коагулопатия, связанная с COVID-19» [1]. Устранение нарушений гемостаза при COVID-19 играет ключевую роль в лечении больных [2]. При лечении пациентов с COVID-19 врачам необходимы диагностические критерии, позволяющие оценить степень тяжести нарушений свертываемости крови. На основании многих исследований доказана диагностическая ценность D-димеров, фибриногена, протромбинового времени, числа тромбоцитов для выявления нарушений в системе гемостаза и оценки выраженности воспалительной реакции. Имеются данные о том, что удлинение протромбинового времени связано с более высоким риском смерти от развития легочного тромбоза.

Цель исследования: изучить научные данные об изменении показателей свертывающей системы крови при COVID-19.

Обсуждение исследования: По данным научной литературы, до сих пор изучаются причины тромботических осложнений у пациентов с COVID-19. В результате многих исследований доказано, что вирус SARS-CoV-2 проникает в эндотелиоциты. Повреждение эндотелия может привести к полиорганной недостаточности. Это состояние связано с повышенной свертываемостью крови у пациентов с COVID-19. При COVID-19 системная эндотелиальная дисфункция и коагулопатия в сочетании с артериальной или венозной тромбоэмболией повышают риск смерти. В ряде случаев смерть связана с геморрагическими осложнениями. Сопутствующие заболевания у пациентов повышают риск тромбозомболических осложнений. Системная эндотелиальная дисфункция может определять развитие тромбоцитопении. Пациенты с COVID-19 имеют нормальное или высокое количество тромбоцитов в общем анализе крови при легкой и средней степени тяжести заболевания. Однако у госпитализированных в критическом состоянии наблюдается умеренное снижение числа тромбоцитов (100-150•10⁹/л), которое может повышаться до критического уровня. Это также связано со снижением первичной продукции тромбоцитов и усилением распада тромбоцитов. Также было показано, что это состояние может быть связано с уменьшением количества тромбоцитов.

Согласно современным представлениям, тромбоцитопения при инфекции COVID-19 может возникать по нескольким причинам, прямое воздействие вируса SARS-CoV-2 на кроветворение, созревание мегакариоцитов, адгезию и активацию тромбоцитов может снижать продукцию тромбоцитов [3].

Изменение тромбоцитарного звена в системе гемостаза нарушает функциональную активность системы свертывания крови и системы фибринолиза при заболевании COVID-19. Увеличение тканевого фактора в лейкоцитах, макрофагах, моноцитах и других клетках инициирует внешний путь свертывания крови. Что касается некоторых прокоагулянтов, то детально изучены изменения фибриногена и фактора VIII (FVIII) при COVID-19.

После госпитализации у большинства пациентов с COVID-19 отмечается повышение концентрации фибриногена в крови, что является компонентом острой фазы воспаления. Однако у ряда больных незадолго до смерти развивается выраженная гипофибриногенемия (менее 1,0 г/л). Таким образом, несмотря на постоянное потребление фибриногена в процессе тромбообразования, его уровень в крови длительное время остается достаточным, что свидетельствует об увеличении его синтеза в печени.

При развитии тромбоза (повышенный расход фибриногена), при развитии полиорганной недостаточности (системные нарушения микроциркуляции, особенно в печени) нарушается синтез фибриногена [4].

Многие авторы продвигают гипотезу, что изменение концентрации фибриногена как белка в острой фазе воспаления может помочь выявить группы риска среди пациентов с COVID-19. Однако концентрации фибриногена были повышены во всех группах пациентов с тяжелым и стандартным течением заболевания без статистически значимой разницы между группами с тяжелым течением и умершими/выжившими. В литературе мало сообщений об изменении уровня фактора VIII в крови при COVID-19. Этот фактор в основном вырабатывается в печени. Повышение FVIII в крови является одним из факторов риска тромбоза. У пациентов с COVID-19 значительно повышена концентрация фактора VIII, в отличие от классического ДВС.

У пациентов с COVID-19 в крови повышен VWF, фактор, защищающий FVIII от протеолиза. Интегральные лабораторные показатели внутреннего и внешнего путей свертывания крови, частичная активация тромбопластинного времени и протромбинового времени. Эти показатели несколько удлиняются в случае COVID-19 (особенно при тяжелом течении заболевания).

Антикоагулянтная система системы гемостаза при заболевании COVID-19 изучена недостаточно. При тяжелых формах заболевания имеются данные о незначительном снижении концентрации антитромбина в плазме больных (в среднем до 80% от нормы) и достоверном снижении на 70% у больных с патологией печени и активность реактивного

белка существенно не меняется. Таким образом, антикоагулянтная активность крови обычно сохраняется, что отличает коагулопатию при COVID-19 от нормального ДВС. Нарушение регуляции фибринолиза часто может приводить к гипофибринолизу при тяжелых формах заболевания у пациентов с COVID-19, что может привести к усилению тромбообразования. Однако в этом случае повышение уровня D-димера может быть ошибочно истолковано как признак гиперфибринолиза. Повышенный уровень D-димера связан с повышенной выработкой фибриногена и тромбина в плазме и не отражает расщепления фибрина. Наоборот, это означает повышенное отложение фибрина (микротромбоз). Сочетание повышенного фибринолиза и гипофибринолиза вплоть до полного прекращения фибринолиза приводит к легочной и почечной недостаточности, а также тромбозу микроциркуляторного русла при неврологических заболеваниях. Определение уровня D-димера имеет решающее значение в диагностике нарушений гемокоагуляции при заболевании COVID-19.

Исследования показали, что у пациентов с тяжелыми формами заболевания COVID-19 уровень D-димера значительно выше, чем у пациентов с легкой формой заболевания, и что значительно более высокие уровни D-димера связаны с повышенным риском смерти. D-димер является продуктом фибринолитической деградации фибрина, сшитого фактором XIIIa. Повышенный уровень этого показателя свидетельствует об активности распада фибрина под влиянием плазминогена, что происходит практически одновременно с образованием тромбов. То есть в зависимости от показателя D-димера можно оценить активность тромбообразования. Повышение концентрации D-димера в крови используется в клинико-лабораторной диагностике микро- и макротромбоза [5].

Повышенный уровень D-димера не всегда свидетельствует о развитии тромбоза: D-димер может быть признаком лизиса фибриновых сгустков, не проявляющегося истинным тромбом, а также неспецифически при наличии истинного тромба. При различных травмах, сахарном диабете, беременности, заболеваниях печени и почек, может возрасти до неизвестной степени. Изучение данных научных публикаций показывает, что единообразной динамики стандартных показателей коагулограммы у больных коронавирусной инфекцией при разных формах заболевания нет, в том числе сочетание этих тестов не дает ответа о группах риска гемостазиологического развития.

Анализ данных научных публикаций позволяет сделать вывод об отсутствии единообразной динамики стандартных показателей коагулограммы у пациентов с разной степенью тяжести заболевания COVID-19, в том числе о том, что сочетание этих тестов не дает информации о группах риска по развитию гемостазиологических осложнений у больных коронавирусной инфекцией.

Выводы. Протромбиновое время и концентрация D-димера - это два параметра, которые изменяются в тяжелых случаях COVID-19. Уровень D-димера эффективен для оценки тяжести и исхода заболевания COVID-19, но не позволяет контролировать терапию гепарином из-за литического эффекта существующих тромбов и отсутствия реакции на снижение коагуляционной активности. Учитывая персистенцию постковидного синдрома при COVID-19 и появление различных мутагенных форм вируса, необходимо дальнейшее изучение оптимального применения антикоагулянтов в связи с недостаточностью данных по антикоагулянтной терапии.

Использованная литература:

1. Караматуллаева З. Э. Значение антикоагулянтов при лечении COVID-19 / Караматуллаева З. Э., Орзикулов А. О., Ибрагимова Э. Ф. // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. Ежеквартальный научно-практический журнал. - 2021.- №1.- С. 107-110.
2. Караматуллаева, З. Э., Роль микроэлементов при заболевании COVID-19 / Караматуллаева З. Э., Ибрагимова Э. Ф., Мустаева Г. Б. // International Scientific and Practical conference «COVID-19 and other topical infections of Central Asia» June 23-24, 2022, Shymkent. – С. 116.
3. Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Ибрагимова Э.Ф. Covid-19 инфекциясини даволашда антикоагулянтлар ўрни ва аҳамияти. Материалы международной научно-практической конференции с участием международных партнерских вузов: Достижения современной медицины в изучении эпидемиологии инфекционных болезней. Самарканд, 10-июня 2021 год.- С.206-215
4. Орзикулов, А.О., COVID-19 касаллигида тромбоэмболик асоратлар ривожланишида D-димер аҳамияти / Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Ибрагимова Э.Ф. // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2021. - №. 6 (132). - С. 240-246.
5. Рустамова Ш. А., Мирзаева Д. А. Современные подходы к диагностике, профилактике, лечению и реабилитации COVID-19 // Сборник материалов III международного конгресса: Непрерывное медицинское образование в республике Казахстан. 26-27 ноября 2020 г.

Каримова Г.Н., Шукурова Р.А., Халилова Д.А.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА

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

Актуальность. Миеломная болезнь (МБ) (болезнь Рустицкого-Калера) – это онкогематологическое В-клеточное заболевание, характеризующееся инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, и секрецией моноклонального иммуноглобулина и/или легких цепей в сыворотке крови и/или в моче [1]. Заболевание возникает преимущественно в возрасте 60-70 лет, чаще мужчин. Наиболее часто болезнь дебютирует с критериев «CRAB» (гиперкальциемия, почечное повреждение, анемия, остеопороз), но в 20 % случаев возможно атипичное начало, в частности, с ревматологической симптоматики [4].

ММ относится к трудно диагностируемым заболеваниям, которая приводит к большим ошибкам в плане диагностики. Так, вялотекущая непрогрессирующая форма на протяжении длительного времени (до 10 лет!) может никак не проявляться [2].

Интересно, что в этой фазе отсутствуют признаки роста или прогрессирования плазмоцитомы. Заболевание

может развиваться бессимптомно, одним из первых характерных клинических симптомов МБ являются боли различной интенсивности в нижней части поясничной области, рёбрах или других участках скелета [3]. Зачастую такие пациенты с суставными болями обращаются к врачам невропатологам, ревматологам, вертебрологам, травматологам и часто лечатся под маской других заболеваний, осложняя течение заболевания. Ранняя диагностика МБ позволяет уменьшить число развившихся осложнений и позволит правильно провести соответствующее лечение.

Цель исследования. Продемонстрировать случай из практики дебюта миеломной болезни с сутасвной симптоматики в молодом возрасте.

Материал и методы исследования. Изучена история болезни пациента Н. 1974 года рождения.

Результаты исследования и их обсуждение. Больной обратился в ноябре 2022 года в терапевтическое отделение ГУ «Республиканский клинический центр профессиональных заболеваний» с жалобами на боль, припухлость, скованность в мелких и крупных суставах верхних и нижних конечностей, появление длительно не заживляющих язв в области голени справа, пояснично-крестцового отдела позвоночника, ягодиц и предплечья слева, высыпания на коже, головная боль, слабость, утомляемость.

Из анамнеза заболевания считает себя больным в течение 10 последних лет. Начало заболевания связывает с переохлаждением и появлением боли, припухлости и скованности движения в суставах кистей рук, коленных суставах.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. На поверхности кожи спины, грудной клетки и верхних конечностях имеются высыпания. На поверхности ягодиц, предплечья слева, голени справа наложена асептическая повязка после проведенной первичной хирургической обработки, при ходьбе больной прихрамывает на правую ногу, коленные суставы и суставы кистей рук, припухшие, болезненные при пальпации и при движении с ограниченной подвижностью, деформированы, неполный анкилоз локтевых суставов, ограничение движения в правом тазобедренном суставе. Аускультативно над легкими выслушивается ослабленное дыхание в нижних отделах справа. Сердечные тоны неритмичные, ясные. А/Д 130/80 мм рт.ст. Пульс аритмичный, 68 ударов в минуту. Живот при осмотре обычной формы, при пальпации безболезненный. Гепатоспленомегалия. Симптом поколачивания с обеих сторон положительный.

Данные лабораторно-инструментального исследования:

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 93,0 г/л, цветовой показатель – 0,88, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$: эозинофилы – 2%, нейтрофилы: миелоциты – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 71%, лимфоциты – 10%, моноциты – 4%, плазматические клетки не выявлены, тромбоциты $249 \times 10^9/л$, СОЭ – 55 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – 0,165%, лейкоциты – 22-24 в п/зр, эритроциты неизмененные – 6-7 в п/зр, цилиндры – в п/зр.

Биохимический анализ крови: мочевина 5,1 ммоль/л, креатинин – 70,6 мкмоль/л, общий белок 72,7 г/л, С-реактивный белок 114,42 мг/л, ревматоидный фактор 564,11 МЕ/мл, общий холестерин 4,8 ммоль/л, глюкоза – 5,13 ммоль/л.

При УЗИ-исследовании внутренних органов были выявлены: гидроторакс справа (500 мл жидкости), гепатоспленомегалия, поликистоз правой почки. Гидронефроз правой почки I степени.

ЭКГ данные: регистрируются желудочковые экстрасистолы по типу тригемении.

Исходя из жалоб пациента, анамнеза заболевания и данных осмотра, был предположен следующий диагноз: ревматоидный артрит (серопозитивная форма).

Была проведена инфузионная терапия метипредом 250 мг в/в капельно и в последующем пероральным приемом метипреда в дозе 8 мг 1 раз в день.

После проведенной терапии на 4-й день терапии данные общего анализа крови эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 87,0 г/л, цветовой показатель – 0,88, лейкоциты $3,0 \times 10^9/л$: эозинофилы – 12%, нейтрофилы: миелоциты – 1%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 70%, лимфоциты – 5%, моноциты – 2%, 1 бластная клетка, тромбоциты $249 \times 10^9/л$, СОЭ – 80 мм/ч.

Была назначена консультация гематолога, для окончательной верификации диагноза предложена и проведена стерильная пункция. При исследовании костного мозга отмечалось увеличение числа плазматических клеток до 14 %.

Выставлен следующий клинический диагноз: Миеломная болезнь.

При КТ-исследовании грудного отдела позвоночника были выявлены остеохондроз, грыжа Шморля на уровне Th11-Th12. Артроз грудно-ключичного сочленения.

КТ-исследование костей таза были выявлены признаки деструкции головки правой бедренной кости, подвывих и остеохондропатия головки левой бедренной кости.

Выводы. Данным клиническим случаем хотелось обратить внимание на то, что осведомленность о миеломной болезни и её начало под маской суставного синдрома может ввести в заблуждение врачей, которая необходима для своевременной диагностики, постановки диагноза и проведения соответствующего лечения.

Список литературы.

1. Бессмельцев С.С., Абдулкадыров К.М. Множественная миелома: руководство для врачей. - М.: СИМК, 2016.
2. Мустафакулова Н.И. Трудности диагностики вторичной артропатии и основных клинических синдромов миеломной болезни /Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова //Вестник Авиценны. – 2018. – №4. – С.351-358
3. Дебют множественной миеломы с ревматической полимиалгией /Э. Р. Ибраеяни др. // Медицинский вестник Юга России. – 2019. – №4. – С. 98-104.
4. Schmidt GP. Whole-body MR imaging of bone marrow / GP. Schmidt // Eur J Radiol. – 2015. – 55(1) – P. 33-40.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ. ФИТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИНФОРМАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

¹ Кафедра народной медицины, Бухарский государственный медицинский институт

² Кафедра физической культуры и спорта Бухарского государственного университета

Любой биологический объект находится в постоянном взаимодействии со внешней средой. Человек как венец эволюции унаследовал все механизмы адаптации и сохранения гомеостаза.

Взаимодействия со внешней средой можно разделить на три главных потока:

1. Энергетический.
2. Химический
3. Информационный.

Первые два потока более или менее изучены биологией, биофизикой, клиническими дисциплинами и др. Наука современности все больше свое внимание уделяет третьему потоку – информационному.

Информация поступает из окружающей среды, перерабатывается биологическим объектом и возвращается в виде измененной информации.

Носителями информации служат все объекты внешней среды – излучения, химические вещества, биологические объекты и множество других созданных самим человеком. Человек представляет собой мощнейшую ЭВМ, со множеством уровней обработки информации - [1, 2, 3].

Каждый уровень является самостоятельным уровнем обработки информации со своими рецепторами, «языком», способами обработки информации. Ниже лежащие и вышестоящие уровни связаны и синхронизированы между собой модуляторами, которые переводят «язык» одного уровня на языки «понятные» другому уровню.

На рисунке 1 представлены основные уровни обработки информации человека.

В общем, все уровни обработки информации человека находятся в состоянии динамического равновесия. Каждый уровень характеризуется постоянством - статусом – [4; 5].



рис. 1 Основные уровни обработки информации человека.

Человек как единица этноса является полноценным представителем БИОЦЕНОЗА, в который входят совокупность видов растений и животных, которые длительное время сосуществуют в определённом пространстве и представляют собой определённое экологическое единство.

Растения играют основную роль в процессе адаптации членов БИОЦЕНОЗА к неблагоприятным условиям проживания. Экологическое единство в БИОЦЕНОЗЕ представлены в первую очередь пищевыми цепями. Пищевые цепи представлены потоками органических веществ, которые играют не только алиментарную, энергетическую, но и информационную функции. Последнюю функцию выполняют химические вещества, которые мы называем биологически активными веществами. К неблагоприятным условиям среды обитания в начале адаптируются растения. Этот процесс, в первую очередь проявляется в изменении биохимии на клеточном уровне – выработкой органических веществ, накопления определенных микроэлементов. В этом плане можно говорить о выработке определенных «веществ адаптации». Физиология клеток схожа на всех уровнях живого. Следуя пищевым цепям эти «вещества адаптации» переходят к животным и членам человеческого этноса принося с собой информацию о механизмах адаптации.

«Вещества адаптации» растений попадая с пищей в организм человека передают информацию, которая обрабатывается в первых 5 уровнях обработки информации. Эта информация вносит свои коррективы на уровнях клеток, тканей, а затем и всего организма, помогая ему адаптироваться к данной местности, к которой растения уже адаптировались.

В фитотерапии эту информацию врачи используют целенаправленно, корректируя нарушения в организме.

Выводы.

1. Растения в пищевых цепях восполняют не только трофические и энергетические потери организма, но являются информационным субстратом, способствующей адаптации животных и человека.

2. Для адаптации организма к неблагоприятным условиям полезны адаптогены и эндемические пищевые и лекарственные растения.

3. Фитотерапия является информационным методом лечения

Список литературы

1. Зайниев Х.А., Кароматов И.Д. Уровни обработки информации человека //Биология и интегративная медицина 2017, 2(8), 248-267.
2. Кароматов, И. Д. Простые лекарственные средства [Текст] / И. Д. Кароматов. — Бухара: Дурдона, 2012 — 912 с.
3. Кароматов, И. Д. Фитотерапия и адаптация к высокогорью (обзор литературы). [Текст] / И. Д. Кароматов // Известия Национальной Академии Наук Кыргызской Республики . — 2022. — № 56 . — С. 150-153.
4. Рузиев, О. А., Баймурадов, Р. С., Кароматов, И. Д. Растения как алиментарный фактор адаптации к условиям проживания. [Текст] / О. А. Рузиев, Р. С. Баймурадов, И. Д. Кароматов // Биология и интегративная медицина . — 2022. — № 6(59). — С. 32-41.
5. Шарипова Н.Д., Кароматов И.Д., Рузиев О.А., Тоиров М.Ш., Мавланов Н.Х., Бадриддинова М. Н. Уровни обработки информации, концепция «лиц» и вопросы их применения в практике семейного врача - //Врач аспирант 2006, 4, 367-372.

Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И., Абдулаева Д.Ю.

МИКОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

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

Актуальность. Из-за иммунодефицитных состояний, из-за продолжительного и бесконтрольного применения ГКС, цитостатиков и антибиотиков у пациентов с лейкемией риск развития микотических инфекций органов и систем возрастает [3, 4].

Среди грибов плесневой инфекции, наиболее часто вызывающей поражение кожи и желудочно-кишечного тракта, выделяются: дрожжевые грибки *Candida albicans* и *Candida tropicalis*, ассоциированные грамотрицательными бактериями, и нетуберкулезные микобактерии.

Микотическое поражение кожи может располагаться в подмышечных впадинах, в паховой области, на коже спины и живота.

У пациентов с лейкемией выживаемость с микотическим поражением органов желудочно-кишечного тракта ниже, чем без такового поражения [1].

При микотическом поражении полости рта, пищевода, желудка и кишечника появляются жжение языка, язвочки в углах рта, тошнота, рвота, изжога, загрудинные боли, снижение аппетита, ухудшение глотания, кровотечения, боли по ходу толстого кишечника, вздутие живота, урчание в животе, похудение, повышение температуры тела [2].

Микотическое поражение пищевода и желудка эндоскопически характеризуется катаральным, фибринозным и фибринозно-эрозивным эзофагитом [3].

Целью нашего исследования явилось изучить особенности микотического поражения кожи и желудочно-кишечного тракта у пациентов с лейкемией.

Материал и методы исследования. Ретроспективно были анализированы 53 пациента с лейкемией в возрасте от 37 до 63 лет.

Все пациенты с лейкемией были разделены на 2 группы: I группа больных – с ОМЛ в сочетании с микотической инфекцией (*Candida albicans*) (n=27) и II – группа пациентов с ХМЛ, ассоциированной микотической инфекцией (*Candida albicans*) (n=26).

Проведены общеклинические анализы крови, биохимические исследования, стерильная пункция с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга; ПЦР диагностика для выявления ДНК дрожжевого грибка, эзофагогастродуоденоскопия, ирригоскопия, ректоскопия, компьютерная томография органов брюшной полости по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов II группы с ХМЛ микотическое поражение пищевода (58% и 29%), желудка (46,0% и 35%), кишечника (45,4% и 23%) обнаружено более значительно по отношению к пациентам с ОМЛ.

У пациентов с ХМЛ по отношению к ОМЛ, ассоциированной микотическим поражением пищевода и желудка, наблюдаются жалобы более значительно на неприятные ощущения по ходу пищевода (83% и 56%), тошноту (81% и 67%), рвоту (37,0% и 19%), боль в эпигастриальной области (96,0% и 67%), похудение (63,0% и 43%).

Кишечные поражения у пациентов с ХМЛ, ассоциированной микотическим поражением, сопровождались болью по ходу кишечника (73,0% и 56%) и метеоризмом (85,0% и 59%) в животе, снижением массы тела (87,0% и 45%), диареей (45,0% и 25%), гипертермией (33,0% и 23%).

Эзофагоскопически при кандидозе пищевода у пациентов обеих групп обнаружены гиперемия слизистой оболочки (55,0% и 39%), фибриновый налет (33,0% и 29%) и фибринозно-эрозивный эзофагит (9,0% и 3%).

При фиброгастроскопии у пациентов ХМЛ и ОМЛ с микотическим поражением желудка обнаружены катаральный (59,0% и 33%), фибриновый (33,0%) и фибринозно-эрозивный гастрит (8,0%).

Выводы. Таким образом, у пациентов с лейкоемией при иммунодефицитных состояниях, при продолжительном и бесконтрольном применении ГКС, цитостатиков и антибиотиков развиваются микотические инфекции кожи и внутренних органов.

Список литературы

1. Омаров Т.Р. Грибковые поражения желудочно-кишечного тракта // ПМЖ. - 2016. - №11. - С. 687-691.
2. Kebudi R. Successful outcome of mucormycosis in a child with acute lymphoblastic leukemia // *Turk Pediatri Ars.* – 2020. - 55. 207–209.
3. MelikeSezgin Eviml. Invasive Fungal Infections in Children with Leukemia: Clinical Features and Prognosis // *Turk J. Hematol.* – 2022. - 39. - 94-102
4. Ruijters V.J Frequency and determinants of invasive fungal infections in children with solid and hematologic malignancies in a nonallogeneic stem cell transplantation setting: a narrative review. *Pediatr Hematol Oncol.* – 2019. – 41. - 345–354.

Хайдарова Д.Д., Мухиддинов А.И., Касимова Б.С.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра Внутренние болезни №-2 и кардиологии Самаркандского Государственного Медицинского Университета.
РНЦЭМП СФ Узбекистан, Самарканд

Введение: Актуальность проблемы хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) остается одной из ведущих причин снижения качества и продолжительности жизни, являясь нерешенной в настоящий момент медико-социальной проблемой, актуальность которой с годами растет. Учитывая, что и ХОБЛ, и COVID-19 вызывают потенциально тяжелое поражение легких, важным представляется изучение влияния инфицирования SARS-CoV-2 на течение, осложнения и исходы ХОБЛ, а также воздействия пандемии на организацию медицинской помощи хроническим пульмонологическим пациентам.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения и современные методы диагностики больных с хронической обструктивной болезнью легких и при ее сочетании с COVID-19 с пневмонией.

Материал и методы. В исследование были включены 128 больных с ХОБЛ, которые получали лечение в г. Самарканде в отделениях специализированного центра по борьбе с COVID-19 и были разделены на две группы. Больные с обострением ХОБЛ составили первую группу ($n=45$), пациенты, у которых заболевание сочеталось с внебольничной пневмонией (ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией), вошли во вторую группу ($n=43$). Диагноз COVID-19 с пневмонией установили на основании характерных для этого заболевания эпидемиологических, лабораторных, клинко-рентгенологических данных. Диагноз ХОБЛ выставлялся на основании критериев GOLD-2016 [1]. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Оценка анамнеза жизни и заболевания была проведена при госпитализации больных. Анализ динамики лечения проводили с помощью клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования. Анализировали данные рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрии, оценивали функцию внешнего дыхания (ФВД). У исследуемых больных в процессе лечения определяли уровень содержания в крови маркера воспаления сывороточного С-реактивного протеина (СРП).

Иммунологическое исследование включало определение В-лимфоцитов (CD19+), Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), натуральных киллеров (CD16+, CD56+), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) методом проточной цитофлуориметрии на приборе «Cytomics FC-500» (Beckman Coulter, США) [10], циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) [11] и иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G в сыворотке крови. С помощью метода твердофазного иммуноферментного анализа определяли содержание ИЛ-6, ИЛ-4, TNF- α . Кроме того, была изучена фагоцитарная активность нейтрофилов крови по способности поглощать частицы латекса с определением фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ). В период нахождения в стационаре больные получали стандартное лечение, включавшее ингаляционные бронхолитики, антибактериальные препараты, глюкокортикоиды (по показаниям), оксигенотерапию, симптоматические средства.

Результаты и их обсуждение. Демографические параметры у исследуемых больных достоверно не отличались. Это были мужчины, актуальные или бывшие курильщики с длительным анамнезом курения, с одинаковым стажем ХОБЛ. При анализе клинической картины заболевания у больных, включенных в исследование, были выявлены различные сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет и др.). При этом индекс коморбидности Charlson у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией был выше, чем

у больных с ХОБЛ ($p < 0,05$). Нарушения функции легких у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией были более выраженными. У них значения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) составили ($43,5 \pm 3,1$) % и ($26,1 \pm 2,5$)% соответственно, у больных с обострением ХОБЛ эти показатели были выше и составили ($56,7 \pm 2,5$)% и ($36,3 \pm 1,6$)% соответственно ($p < 0,05$). Клинически это проявлялось различной степенью выраженности одышки. Ее интенсивность по шкале mMRS оказалась выше у больных второй группы, чем у больных первой группы ($p < 0,05$). Развитие дыхательной недостаточности у больных, включенных в исследование, сопровождалось нарушениями оксигенации крови. Показатели SpO₂ у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией и ХОБЛ по сравнению со здоровыми были снижены [соответственно ($89,1 \pm 2,1$) % и ($91,5 \pm 2,8$)% или ($97,6 \pm 1,4$)%; $p < 0,05$]. Достоверных отличий этого параметра между группами больных выявлено не было ($p > 0,05$).

При комплексной оценке респираторных симптомов их выраженность оказалась выше у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией. Кумулятивный индекс (КИ) у них составил ($2,96 \pm 0,06$) балла, тогда как у больных с ХОБЛ – ($2,01 \pm 0,07$) балла ($p < 0,05$). В процессе лечения выраженность респираторных симптомов у больных уменьшилась. Значения КИ у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией снизились до ($1,57 \pm 0,07$) балла ($p < 0,05$), а у больных с ХОБЛ – до ($1,26 \pm 0,05$) балла ($p < 0,05$). На фоне лечения у пациентов отмечалось улучшение оксигенации SpO₂ крови. У больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией SpO₂ повысилась до ($94,2 \pm 2,4$)% ($p < 0,05$), а у больных с ХОБЛ соответственно до ($93,1 \pm 2,5$)% ($p < 0,05$). По данному параметру достоверных отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

У больных в первой группе обострение заболевания сопровождалось снижением относительного и абсолютного количества лимфоцитов, зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) и NK-клеток (CD16+, CD56+) ($p < 0,05$). Уровень цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) у этих больных не отличался от нормальных значений. В то же время относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов (CD19+) у больных с ХОБЛ оказалось выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). У больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией при госпитализации, как и у больных с ХОБЛ, содержание лимфоцитов в крови было снижено. Однако у них по сравнению с больными с ХОБЛ оказались ниже относительное и абсолютное количество CD3+-, CD4+-, CD8+- лимфоцитов ($p < 0,05$). Также у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией было снижено относительное и абсолютное количество NK-клеток ($p < 0,05$). Но по этому показателю достоверных отличий с больными ХОБЛ не было выявлено ($p > 0,05$). Напротив, относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов (CD19+) у больных второй группы было выше, чем у больных первой группы ($p < 0,05$).

О наличии у пациентов нарушений в состоянии гуморального иммунитета свидетельствовали снижение в сыворотке крови IgA и IgG ($p < 0,05$), а также увеличение IgM ($p < 0,05$). При этом у пациентов второй группы по сравнению с больными первой группы содержание IgM в сыворотке крови было выше [$(1,97 \pm 0,05)$ г/л или ($1,79 \pm 0,06$) г/л; $p < 0,05$]. У больных обеих групп оказался повышенным уровень ЦИК в среднем в 2,8–3,2 раза. Достоверных отличий по уровню ЦИК между двумя группами больных выявлено не было ($p > 0,05$). Таким образом, у пациентов с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией были более выраженными нарушения клеточного иммунитета, продукции IgM и провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и TNF- α . У больных с ХОБЛ отмечалась тенденция к снижению уровня В-лимфоцитов. Однако содержание CD19+-клеток было достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,05$). У исследуемых пациентов после проведенной терапии относительное содержание лимфоцитов оставалось низким. При этом у этих больных уровень В-лимфоцитов оказался выше, а количество NK-клеток соответственно ниже, чем у здоровых лиц и больных с ХОБЛ ($p < 0,05$). У больных в обеих выделенных группах повысилось содержание IgA, наблюдалась тенденция к снижению IgM. Тем не менее уровень IgM у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией был выше, чем у здоровых лиц и у пациентов с ХОБЛ ($p < 0,05$). Содержание IgG у больных в обеих группах оставалось низким. Более того, у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией уровень IgG после лечения оказался ниже, чем у больных с ХОБЛ ($p < 0,05$). В динамике наблюдения у больных в обеих группах произошло снижение ЦИК. Однако уровень ЦИК в крови у них был выше контрольных значений. По этому параметру достоверных отличий между двумя группами больных выявлено не было ($p > 0,05$).

Следует отметить, что к завершению курса лечения у больных в обеих группах повысилось содержание в сыворотке крови ИЛ-6 ($p < 0,05$). Уровень TNF- α у больных с ХОБЛ и ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией был без динамики высоким. У больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией по сравнению с больными ХОБЛ содержание провоспалительных цитокинов оказалось достоверно выше ($p < 0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов крови у больных с ХОБЛ и ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией практически не изменилась и оставалась низкой. Статистическая разница в значениях ФЧ и ФИ нейтрофилов крови больных первой и второй групп не выявлена ($p > 0,05$). Таким образом, у больных с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией после проведенной терапии сохранялись более выраженные симптомы заболевания и нарушения иммунного статуса.

Выводы: Выявление людей с высоким иммунологическим риском развития заболевания позволило индивидуализировать профилактические и терапевтические мероприятия с разработкой дифференциальных ранних профилактических мер, индивидуализированные лечебные мероприятия, воздействующие на модифицируемые факторы риска развития заболевания, что способствовало улучшению состояния и качества жизни пациентов в целом. У пациентов с ХОБЛ+COVID-19 с пневмонией наблюдаются более высокие интенсивность респираторных симптомов, значения индекса коморбидности и уровня СРП в крови, более низкие спирометрические параметры по сравнению с показателями больных с обострением ХОБЛ.

Список литературы

1. Баздырев Е.Д. Коронавирусная инфекция - актуальная проблема XXI века //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2020. Т. 9. № 2. С. 6-16.
2. ВОЗ. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временное руководство от 28 января 2020 г. WHO/nCoV/Clinical/2020.2

3. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 7 (03.06.2020).
4. Голухова Е.З., Соколова Н.Ю., Булаева Н.И. Взгляд кардиолога на проблему пандемии новой коронавирусной инфекции covid-19 (обзор литературы) //Креативная кардиология. 2020. Т. 14. № 1. С. 5-15.

**Кахоров И.М., Исоева Б.И., Назармаматова З.Б.
ДЕМОДЕКС - АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ**

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Клещи рода *Demodex* (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*) являются наиболее распространенными паразитами человека, его пожизненными симбионтами [1,2]. Демодекс - заболевание кожи, поражающее сально-волосные фолликулы в связи с паразитированием демодексных клещей. Демодекс имитирует другие воспалительные дерматозы, такие как фолликулит, розацеа, периоральный дерматит, себорейный дерматит, акне. Различают первичный и вторичный демодексы [3]. Клинические проявления первичного демодекса включают шиповидные/фолликулярные, папулопустулезные и узовато-кистозные/конглобатные манифестации, а также поражение глаз и ушных раковин. Вторичный демодекс ассоциируется с системной или локальной иммуносупрессией [1,3]. Распространение демодексных клещей, активация неизвестных факторов их вирулентности и патогенная роль эндосимбионтов являются ключевыми вопросами, которые требуют интенсивного изучения. Физиологическая роль клещей рода *Demodex* в здоровой коже остается неизвестной [1,3,5]. Некоторые исследователи считают, что увеличение численности клещей поддерживает воспалительную реакцию в коже и отягощает течение дерматозов, поражающих кожу лица, но не является основной причиной их возникновения[4]. Тем более, что применение акарицидных препаратов в оптимальных дозах способствует подавлению демодексных клещей, но не всегда приводит к клиническому выздоровлению [4,5].

Цель исследования. Изучить клинические особенности проявлений демодекс-ассоциированных дерматозов у лиц разного пола и возраста и оценить эффективность противопаразитарной терапии.

Материалы и методы исследования. Данные по статистике выбраны по обращаемости в поликлинику при ГОУ ХГМУ, студентов ВУЗов и жителей Дангаринского района. Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов (11 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 15 до 60 лет с диагнозами: розацеа (n=6), себорейный дерматит (n=8), периоральный дерматит(n=2), акне (n=9). Заболевание чаще выявлялось у женщин (56%). Больные составили три возрастные группы (15-20 лет, 21-30 лет, 31-50 лет). Пациентов в возрасте до 20 лет было 5/25;20,0 случаев, 21-30 лет – 9/25;36,0% случаев; 31-50 лет – 11/25;44,0% случаев.

Для исследования подбирались пациенты, у которых был обнаружен *Demodex* (более 5 особей в 1 см²), с преимущественной локализацией патологического процесса на лице и его длительностью свыше 2 месяцев. Все пациенты получали системную терапию согласно общепринятым стандартам лечения розацеа, акне, периорального дерматита, себорейного дерматита и с учетом сопутствующих общесоматических заболеваний. Местная терапия пациентов включала назначение препаратов, включающих метронидазол (гель, крем, шампунь) или азелаиновую кислоту (гель, крем) в зависимости от формы заболевания, локализации высыпаний.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность заболевания до 1 года установлена у 11/25;44,0% пациентов, от 1 до 4 лет – у 5/25;20,0%, от 5 до 10 лет – у 5/25;20,0% и свыше 10 лет – у 4/25;16,0% пациентов. Фототипы кожи по Фитцпатрику: I тип выявлен у 3/25;12,0% пациентов, II тип – у 7/25;28,0%, III тип – у 12/25; 48,0%,IVтип –у 3/25;12,0% пациентов.

Распределение пациентов в зависимости от локализации высыпаний показало, что у 2(8,0%) пациентов была поражена кожа края век, у 2 (8,0%) –область век и ресниц, у 1 (4,0%) пациента очаги поражения локализовались на бровях, у 7 (28,0%) – на щеках, у 2 (8,0%) – на подбородке, у 3 (12,0%) - в области носогубной складки, у 3 (12,0 %) и 5 (20,0%) пациентов, соответственно на коже носа и лба. Высыпания были представлены в виде эритематозно-сквамозных пятен - у 12 (48,0%) пациентов, папул- у 5 (20,0%), пустул – у 3 (12,0%), инфильтратов- у 3(12,0%), комедонов – у 2 (8,0%).

В зависимости от преобладания в клинической картине морфологических элементов, у пациентов были выделены следующие клинические проявления демодекс-ассоциированных состояний: эритематозно-сквамозная – 5 (20,0%) пациентов, розацеаподобная – 6 (24,0%), папулопустулезная – 3 (12,0%), акнеформная – 9 (36,0%), комбинированная – 2 (8,0%) пациентов (рисунок 1).

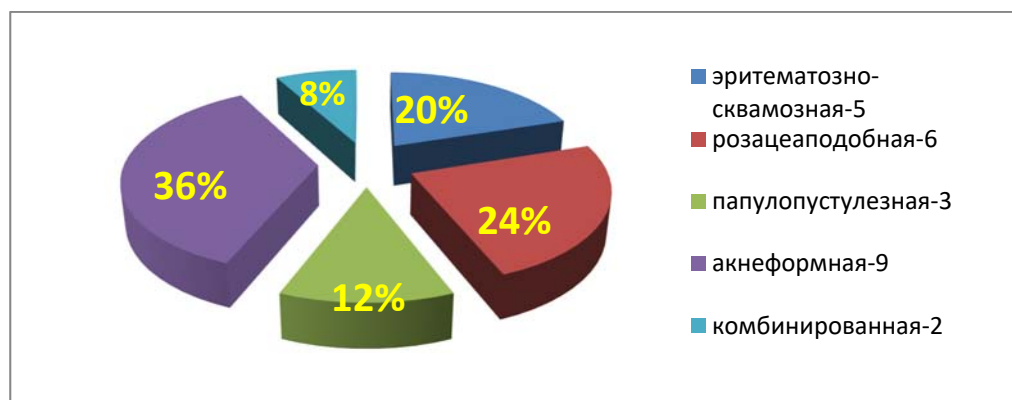


Рисунок 1. Клинические проявления демодекс-ассоциированных состояний кожи (n=25).

Применение антидемодекозных препаратов (местно и системно) позволило уменьшить зуд и болезненность кожи уже на 4-5 день лечения, на 12 день – уменьшилось количество высыпаний. У каждого второго пациента субъективные симптомы проходили к 15-17 дню проводимой терапии. Папулезные и пустулезные элементы разрешались к концу курса лечения – на 30-40 день от начала терапии. Лабораторную диагностику на наличие клеща-железницы проводили сразу после проведенного лечения и через 1,5-2 месяца диспансерного наблюдения. В ближайшем и отдаленном периоде после проведенной терапии клещи рода *Demodex* не выявлялись ни в одном случае.

Выводы. В Дангаринском районе демодекоз является широко распространенным заболеванием среди пациентов всех возрастных групп, с наибольшими значениями заболеваемости среди женщин 18-39 лет, что является основанием для дальнейшего изучения данной проблемы.

Клиническими особенностями демодекс-ассоциированных дерматозов являются папулопустулезные и розацеаподобные высыпания, преобладание лиц женского пола, возраст старше 20 лет, отсутствие стадийности и внезапное начало заболевания. Клинические результаты применения местных антипаразитарных препаратов в комбинированной терапии дерматозов лица с клещевой инвазией *Demodex folliculorum* показали высокую эффективность и хорошую переносимость.

Список литературы.

1. Gerber P.A., Kukova G., Buhren B.A., Homey B. Density of *Demodex folliculorum* in patients receiving epidermal growth factor receptor inhibitors. *Dermatology*. 2011; 222: 144–147.
2. Jarmuda S., O'Reilly N., Zaba R. et al. Potential role of *Demodex* mites and bacteria in the induction of rosacea. *J. Med. Microbiol.* 2012; 61 (11): 1504–1510.
3. Szkaradkiewicz A., Chudzicka-Strugała I., Karpiński T.M. et al. *Bacillus oleronius* and *Demodex* mite infestation in patients with chronic blepharitis. *Clin. Microbiol. Infect.* 2012; 18 (10): 1020–1025.
4. Zeytun E., Yazıcıb M. Incidence and density of *Demodex folliculorum* and *Demodex brevis* (Acari: Demodicidae) in patients with acne in the province of Erzincan, Turkey. *Int. J. Acarology*. 2019; 45 (3): 108–112.
5. Ahmed N.S., El-Fattah El-Nadi N.A., AbdElmageed W.M., Ali E.O. Relationship between *Demodex* spp. infestation and acne disease. *Sohag. Medical. J.* 2021; 25 (2): 1–6.

Курбанова М.Б., Ганиева М.Т.

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЦЕРВИКОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

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

Актуальность. Цервикогенный болевой синдром (ЦБС), которым периодически страдают 70% населения земного шара, не теряет своей актуальности. Этиологическим фактором ЦБС принято считать нарушение функций и структур мышц шеи и плечевой области, дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного столба, грыжи межпозвоночных дисков. Синдромология данной патологии отличается разнообразием клинической картины. Помимо корешкового вертеброгенного болевого и нейродистрофического синдрома, наблюдаются мышечно-тонические, головные боли, вестибулярные нарушения. В патогенезе ЦБС важную роль занимает ноцицептивная система, которая повышаясь, снижает деятельность антиноцицептивной области центральной нервной системы (ЦНС). В свою очередь, при центральном повышении чувствительности теряется связь с периферическим пусковым механизмом, вследствие чего возникает резистентность к терапии.

Цель исследования. Изучить эффективные патогенетические методы лечения цервикогенных болевых синдромов.

Материалы и метод исследования.

Данное исследование включало в себя 65 пациентов с разнообразными ЦБС в возрасте 30 до 60 лет, средний возраст составил $30,9 \pm 0,45$. У 42 (64,6%) пациентов отмечалось хроническое течение заболевания, с ремиссиями и рецидивами, различной степени выраженности болевым синдромом. Приступы головной боли обнаружили у 30 (23,0%) пациентов, вертиго у 8 (12,3%) исследуемых. Обследуемые были разделены на группы для оценки эффективности терапии: основную (43 человек) и контрольную (22 человека). Больные, которые были включены в основную группу принимали комплексное медикаментозное лечение и мануальную терапию (МТ). Пациенты контрольной группы получали исключительно комплексное медикаментозное лечение. Пациентам из обеих групп проводились неврологический осмотр, спондилография шейного отдела позвоночника.

По результатам спондилографии шейного отдела позвоночника у всех пациентов обнаружили дегенеративно-дистрофические изменения разной степени.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение результатов комплексной терапии пациентов с ЦБС в группах выявил, что включение мануальной терапии увеличивает эффективность терапии и снижает кратность возникновения рецидивов болезни.

На хронизацию болезни и неэффективность терапии ЦБС могут оказать влияние различные вышеперечисленных этиологических факторов. Для устранения всевозможных триггеров боли и факторов, способствующих на повышение центральных и периферических порогов чувствительности при хронических болевых синдромах, требуется проблемно ориентированный подход диагностики, профилактики и лечения. С учетом современного подхода к лечению хронических болевых синдромов, все влияние должно быть направлено на снижение болевых ощущений и возобновление физической активности, улучшение качества жизни. Лечение ЦБС должно состоять из медикаментозной терапии, психотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры, йоги, мануальной терапии. Подробнее говоря о последнем, лечебный эффект, которого основа на механическом и рефлекторном воздействии. Механическое воздей-

ствие направленно на улучшение морфофункциональных структур мышц, сухожилий, фасций, связок и др. Рефлекторное воздействие оказывается на мягкие ткани.

Выводы. В связи со сложным патогенезом вертеброгенных хронических болевых синдромов лечение должно включать комплексное применение лекарственных средств и нефармакологических методов воздействия на симптомы болезни. Мануальная терапия показала себя эффективным патогенетическим методом лечения ЦБС, что в свою очередь данная методика лечения повышает эффективность комплексной терапии ЦБС.

Список литературы.

1. Иваничев, Г. А. Клинические болевые мышечные синдромы / Г. А. Иваничев // Казанский медицинский журнал. - 2011. - Т. 92, № 2. - С. 244-248.
2. Рачин, А. П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача / А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Рус. мед. журн. - 2012. - № 19. - С. 964-967.
3. Табеева, Г. Р. Цервикалгии, цервикокраниалгии и цервикогенные головные боли / Г. Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2014. - № 2. - С. 90-96.
4. Ситель, А. Б. Мануальная терапия / А. Б. Ситель // Мануальная терапия. - 2015.-№3(59).-С.31-51.
5. Буквальная, Н. В. Актуальность понятия саркопении в общей врачебной практике / Н. В. Буквальная, Л. В. Янковская // Лечебное дело. - 2018. - № 1.

Курбанова М.Б., Ганиева М.Т., Хусейнова М.М.

РОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

Актуальность. Заболевания сердечнососудистой системы, считаются одной из ведущих причин возникновения острой церебральной патологии. Ежегодно в мире регистрируется более 15 млн. инсультов. Значимостью данного вопроса является тяжесть заболевания, приводящая к стойкой потере трудоспособности и инвалидизации населения. В последние годы сосудистые заболевания головного мозга приобрели тенденцию к омолаживанию заболеваемости, что, безусловно, вызывает необходимость усиления профилактических и терапевтических мер для борьбы осложнениями данной патологии.

Цель исследования. Целью данного исследования является, выявление частоты влияния сердечнососудистых заболеваний в возникновении острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)

Материалы и метод исследования. Исследование проводилось в сосудистом неврологическом отделении. Была сформирована когорта из 42 человек в возрасте от 45 до 79, из которых 23 мужчин и 19 женщин. Анализируемые кандидаты были дифференцированы на три группы: в составе 1 группы были 14 человек в возрасте от 45 до 52 лет (8 мужчин и 6 женщин), во 2 группе были 17 человек (12 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 50 до 65 лет, в 3 группа образована из 11 исследуемых (5 мужчин и 6 женщин) 65-79 возрастов. Пациенты были госпитализированы в неврологическое отделение с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. Всем поступившим проводились стандартные методы неврологического, инструментального и нейровизуализационного обследования, также электрокардиография, с целью постановки диагноза и уточнение подтипа ишемического инсульта (ИИ).

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате, исходя из данных жалоб, анамнеза, инструментальных и лабораторных методов обследования, у 40 обследуемых выявились сопутствующие кардиальные патологии: артериальная гипертензия (АГ) у 22 лиц (50 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 12 исследуемых (30 %) и ИБС с артериальной гипертензией у 6 пациентов (15 %).

В процессе исследования было установлено, что у больных 1 и 3 группы патологии сердечнососудистой системы выявлялись чаще, чем у пациентов 2 группы. В то же время у пациентов 1 и 3 групп церебральный инфаркт протекал значительно тяжелее, по сравнению со 2 группой. Присутствие кардиальной патологии отражается не только на росте госпитальной смертности, ухудшает функциональное восстановление и негативно влияет на тяжесть постинсультной утраты трудоспособности.. Следует подчеркнуть, что сердечно сосудистая патология является верным индикатором неблагоприятного исхода.

Выводы.

Сердечно - сосудистые заболевания, в частности артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, в большинстве случаев сопутствуют острому нарушению мозгового кровообращения по ишемическому типу. Одним из самых важных методов исследования в остром периоде церебрального инсульта, в частности ишемического является электрокардиографическое исследование. Своевременное определение патологического состояния сердечнососудистой системы улучшает прогноз заболевания.

Список литературы.

1. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / Под ред. Д. Р. Хасановой, В. И. Данилова. М.: ГЕОТАР- Медиа, 2014. 248 с.
2. Powers W., Rabinstein A., Ackerson T. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association / American Stroke Association // Stroke. 2018;
3. Kim J. S., Lee S., Suh S. W., et al. Association of Low Blood Pressure with White Matter Hyperintensities in Elderly Individuals with Controlled Hypertension // Journal of Stroke. 2020
4. Amarenco P., Lavallee C., Monteiro Tavares L. Five-Year Risk of Stroke after TIA or Minor Ischemic Stroke/New Eng Journal of medicine. Published on May 16, 2018,

Мавлянов¹ И.Р., Бекенова² Г.Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

1- Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент, Узбекистан

2-Ташкентская медицинская академия

Эффективность лечения ряда хронических заболеваний, в том числе ревматоидного артрита (РА) во многом зависит не только от правильного выбора соответствующих схем лечения, но и приверженности больных проводимому лечению. Исходя из этого нами были изучены некоторые параметры клинического течения РА с учетом степени выраженности приверженности больных проводимой фармакотерапии.

Цель - изучение и оценка частотной характеристики встречаемости клинических характеристик РА в зависимости от выраженности приверженности больных.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили у 100 больных с верифицированным диагнозом ревматоидный артрит, в возрасте от 25 до 80 лет. В качестве клинических характеристик болезни, наряду с полом и возрастом нами были использованы следующие параметры: иммунологический тип болезни (серопозитивность и серонегативность); активность заболевания по индексу DAS₂₈ (низкая, умеренная и высокая); наличия системных проявлений; типы течения РА (очень ранняя, ранняя, развернутая и поздняя). Приверженность проводимой терапии изучали по методу Мориска-Грина. Результаты приверженности оценили в баллах (4 балла-удовлетворительная приверженность, 3 балла-неудовлетворительная приверженность, 2 и ниже балла – отсутствие приверженности).

Полученные результаты. Проведенные исследования показали, что среди обследованных больных практически не было выявлено случая с удовлетворительной приверженностью к проводимому лечению. В 29% случаев была выявлена неудовлетворительная приверженность, а в остальных – отсутствие приверженности к лечению. Серопозитивная форма РА была на 22,7% больше среди больных с отсутствием приверженности. Серонегативная форма болезни, наоборот была выявлена на 38% больше среди больных с неудовлетворительной приверженностью. Высокая активность заболевания по индексу DAS₂₈ почти в 2 раза чаще встречалось среди больных РА с отсутствием приверженности. А низкая и умеренная активность – соответственно среди больных с неудовлетворительной приверженностью. Поздняя форма течения РА, если в 1,4 раза чаще встречалась среди больных РА с отсутствием приверженности, то развернутая форма течения заболевания – среди больных с отсутствием приверженности, соответственно.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что между характером течения изучаемой патологии и выраженностью степени приверженности больных проводимой фармакотерапии существует определенная зависимость. Чем ниже степень выраженности приверженности больных к лечению, тем чаще заболевание представлено в неблагоприятной клинической форме.

Мавлянов¹ И.Р., Мавлянов² С.И.

ФАРМАКОЭКОНОМИКА - КАК ИНДИКАТОР РЕНТАБЕЛЬНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1- Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. Ташкент, Узбекистан

2-Ташкентская Государственный экономический университет

Изменения спектра и количества госпитализируемых больных, номенклатуры и стоимости лекарственных средств, появления новых фармакологических групп, в том числе ген модифицированных препаратов делает проблему рационального и адекватного лекарственного обеспечения лечебного учреждения особо актуальной, как с позиции качества медицинского обслуживания пациентов, так и рентабельности финансовых затрат на закупку фармацевтических продуктов. При этом грамотное использование лекарств, понимание основ лекарственного обеспечения с позиции «экономика финансовых ресурсов без потери качества оказания медицинской помощи» является основополагающим в формировании закупок ЛС.

Цель работы. Поиск наиболее адекватных подходов к оценке структуры расходования финансовых средств медицинского учреждения на закупку лекарственных препаратов по номенклатуре и стоимости закупаемых лекарственных препаратов и разработка подходов для формирования «действенной» заявки учреждения по закупке лекарств.

Материалы и методы исследования. Анализ фармакоэкономических и клинико-экономических исследований, представленных в базе научной электронной библиотеки «eLIBRARY.RU» (ПИНЦ) за период с 2005 по 2015 гг.

Результаты. Проведенный анализ показывает, что осуществление формулярной системы, проведения ABC/VEN и частотного анализа, а также для стандартизации потребляемой дозы лекарств использования DDD анализа является целесообразным и считается современными подходами к организации рационального лекарственного обеспечения. Ограничение средств для закупки ЛС, постоянное увеличение числа ЛС – аналогов, неправильное назначение и использование ЛС, наличие на рынке ЛС сомнительного качества, преобладание рекламной и недостаточной пространственностью объективной информации о ЛС, несовершенство процесса преемственности на этапах лечебного процесса диктует необходимость развития *формулярной системы*.

ABC-анализ. Метод оценки рационального использования денежных средств в соответствии с их фактическим потреблением за определенный предыдущий период времени является клинико-экономическим исследованием, позволяющим мониторировать использование материальных ресурсов организации здравоохранения при осуществлении закупок ЛС. Целью ABC-анализа является реализация системного подхода к управлению качеством фармакотерапии и повышению эффективности затрат. Метод ABC- анализа основан на принципе В. Парето, названного, в честь итальянского экономиста и социолога, описавшего в своих работах неравномерное распределение материальных благ

среди населения Италии (20% людей владело 80% земли). ABC – анализ класса А охватывает 80% затрат, узкий ассортимент ЛС (10-20% от списка), класс В, охватывает 15% затрат, среднее количество ЛС (20-30% от списка) и класс С охватывает лишь 5% затрат, оставшейся части ЛС (30-50% от списка).

VEN-анализ. Этот вид анализа появился в результате принятия ВОЗ концепции «жизненно необходимых препаратов». VEN-анализ позволяет оценить целесообразность потребления медикаментов с учётом отношения их к одной из трех категорий: V (Vital)-жизненно важные; E (essential) - необходимые; N (non- essential)-второстепенные.

ATC/DDD-методология, рекомендованная ВОЗ. Рекомендуемой ВОЗ классификационной системой для проведения фармакоэпидемиологических исследований в международной практике является ATC/DDD – система. Она представляет собой комплексный подход к анализу использования ЛС. Каждое ЛС по системе ATC имеет код в соответствии с пятиуровневой его характеристикой: 1-й уровень – анатомическая группа, предусматривает распределение ЛС по топическому принципу приложения действия в организме человека; 2-й уровень – основная терапевтическая группа; 3-й уровень – фармакологическая/ терапевтическая подгруппа; 4-й уровень – химическая/ фармакологическая/ терапевтическая подгруппа; 5-й уровень – конкретное химическое вещество, МНН ЛС.

DDD – анализ также был рекомендован ВОЗ для анализа потребления лекарств. DDD (defined daily dose – установленная суточная доза) – *расчетная средняя поддерживающая суточная доза ЛС*. DDD для всех лекарств определяются централизованно. Сотрудничающим центром ВОЗ по статистике лекарств в Осло (Норвегия) на основании обзора рекомендаций производителя, мнения экспертов, результатов клинических исследований и выборочного анализа медицинской практики. DDD – анализ подразумевает оценку потребленного количества установленных суточных доз препарата. Для стационаров принято определять количество DDD на 100 койка-дней, а для поликлиник – количество DDD на 1 тыс. жителей в сутки. По данным DDD – анализа можно сравнивать различные учреждения, населенные пункты и регионы и оценивать потребление препаратов в динамике.

Закключение. Использование представленных методологических подходов и систематическое проведение анализа потребления ЛС позволяет оптимизировать использование финансовых ресурсов лечебного учреждения и повышает рентабельность фармацевтического обеспечения.

И.Р.Мавлянов¹, С.И.Мавлянов², Н.Ш.Усмонлиева³, З.И.Мавлянов¹, А.А.Хамраев⁴
РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1- Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

2-Ташкентский Государственный стоматологический институт

3-Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, Ташкент, Узбекистан

4-Ташкентская медицинская академия

Одним из факторов, влияющих на степень приверженности пациентов проводимой фармакотерапии, является фактор, связанный с пациентом, в частности особенности его характера.

Цель - изучение типов характера и частоты их встречаемости по Р.Клонингеру у больных с гипертонической болезнью в сравнительном аспекте со здоровыми лицами.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 337 больных с гипертонической болезнью в возрасте от 21 до 80 лет и у 228 условно здоровых лиц (контрольная группа). Типы характера: самонаправленность, кооперативность и самосовершенствование изучали с помощью личностной психодиагностической методике, разработанной Робертом Клонингером, в рамках его собственной психобиологической модели личности. Каждый тип характера оценивали по выраженности проявлений на высокую и низкую.

Полученные результаты. Проведенные исследования показали, что среди больных ГБ тип характера «самонаправленность» в 1,7 раза чаще проявился в низких степенях. В то же время у здоровых этот тип характера почти одинаково часто встречался в высоких и низких степенях. Аналогичная картина прослеживается по отношению частоты встречаемости среди больных с ГБ типа характера «кооперативность» или «сотрудничесво». Однако, в отличие от типа характера «самонаправленность» среди здоровых лиц высокие значения этого типа характера встречались более чем в 2 раза чаще, чем низкие значения, соответственно. Высокие и низкие по выраженности значения другого типа характера- «самосовершенствование» среди больных с ГБ было представлено одинаково часто. В отличие от больных с ГБ этот тип характера среди здоровых был преимущественно представлен низкой выраженностью проявлений. При этом число лиц с низкой выраженностью проявления этого типа характера было в 2,8 раза больше, чем у лиц с высокой выраженностью проявлений, соответственно.

Изучение соотношения исследуемых нами типов характера с высокими проявлениями свидетельствуют о том, что среди больных с ГБ наибольший удельный вес занимает характер, связанный самосовершенствованием, а среди здоровых- кооперативность. В то же время у больных с ГБ, в структуре типов характера с низкими проявлениями наибольший удельный вес занимает самонаправленность, а среди здоровых – самосовершенствование.

Закключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что между больными и здоровыми людьми существуют заметные различия в выраженности проявлений определенных типов характера. Если учесть, что каждый тип характера связан с определенными центрами головного мозга и соответственно с нейромедиаторными системами головного мозга, то становится очевидным роль этих структур в возникновении и развития исследуемой патологии. Более того, становится подспорьем в разработке эффективной и безопасной фармакотерапии заболевания.

СЕРОТИПИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОСОГЛОТОЧНЫХ *S.PNEUMONIAE* У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность. Пневмококковая инфекция у детей является серьезным состоянием, особенно если они уже страдают от бронхолегочных заболеваний. Пневмококки-это бактерии, которые могут вызывать пневмонию, отит, менингит и другие инфекционные заболевания. Пневмококковые серотипы относятся к различным штаммам или типам бактерий *Streptococcus pneumoniae*. Эти серотипы идентифицируются на основании изменений в полисахаридной капсуле, окружающей бактерии.

Цель исследования. Изучить серотиповое распространение пневмококков среди детей до 5 лет с бронхолегочной патологией.

Материалы и методы исследования. Материалом служили мазки из носоглотки детей, которые находились на стационарном лечении с бронхолегочными заболеваниями в клинике ТашПМИ методом ПЦР и серотипирования.

Результаты исследования и их обсуждение. В целом *Streptococcus pneumoniae* является частой причиной респираторных инфекций, в том числе пневмоний, у детей. Бактерии могут присутствовать в различных серотипах, а распространенность конкретных серотипов может варьироваться географически и с течением времени. Вакцинация против пневмококковых инфекций, например пневмококковой конъюгированной вакциной (ПКВ), может помочь защититься от пневмококковых заболеваний и снизить риск связанных с ними осложнений, включая пневмонию. Вакцины PCV охватывают несколько серотипов и предназначены для обеспечения широкой защиты от распространенных штаммов *Streptococcus pneumoniae*.

Пневмококк относится к бактерии *Streptococcus pneumoniae*, которая является частой причиной респираторных инфекций, включая пневмонию, менингит и средний отит. Существует более 90 известных серотипов *Streptococcus pneumoniae*, которые идентифицируются на основе изменений в полисахаридной капсуле, окружающей бактерии.

Методы диагностики серотипов пневмококков в мазке из носоглотки включают:

1. Бактериологический метод: Мазок из носоглотки исследуется на наличие пневмококка путем посева на специальные питательные среды. После инкубации колоний пневмококков, их идентифицируют с помощью специфических биохимических тестов и проверки на антигенность.
2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР): В этом методе используются специфические праймеры для амплификации фрагмента ДНК пневмококка. ПЦР позволяет обнаружить микроорганизмы даже при их низком содержании в образце.
3. Серотипирование: Этот метод основан на определении специфического антигена в образце с использованием антител, специфичных для каждого серотипа пневмококка. Некоторые из наиболее распространенных пневмококковых серотипов, связанных с инвазивной пневмококковой болезнью (ИПЗ) и включенных в пневмококковые вакцины:

1. Серотип 1
2. Серотип 3
3. Серотип 4.
4. Серотип 5
5. Серотип 6А.
6. Серотип 6Б.
7. Серотип 7F.
8. Серотип 9В.
9. Серотип 14.
10. Серотип 18С.
11. Серотип 19А.
12. Серотип 19F.
13. Серотип 23F.

Серотипирование пневмококковой инфекции является важным методом диагностики и контроля над распространением заболевания. Серотипы пневмококка включают в себя множество различных штаммов, каждый из которых имеет свои особенности и может вызывать различные заболевания. Некоторые из наиболее распространенных серотипов пневмококка включают *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, and *Streptococcus mutans*. Важно отметить, что распространенность конкретных серотипов пневмококка может варьироваться географически и с течением времени. Вакцинация против пневмококковых инфекций, например, пневмококковыми конъюгированными вакцинами (PCV) или пневмококковыми полисахаридными вакцинами (PPV), может помочь защитить от пневмококковых заболеваний и серотипов, включенных в соответствующие вакцины. Пневмококковые серотипы относятся к различным штаммам или типам бактерий *Streptococcus pneumoniae*. Эти серотипы идентифицируются на основании изменений в полисахаридной капсуле, окружающей бактерии. Безусловно *Streptococcus pneumoniae*, также известный как пневмококк, представляет собой бактерию, которая может вызывать у детей различные инфекции, включая пневмонию, ушные инфекции, синусит и менингит. Это основная причина бактериальной пневмонии у детей. Некоторые серотипы также могут вызывать бронхиты, тонзиллиты и другие инфекции дыхательных путей. Некоторые серотипы, такие как 3, 6А, 19А и 23F, являются наиболее распространенными и вызывают большинство случаев пневмококковых инфекций. Другие серотипы, например 1, 5, 7F и 14, являются менее распространенными, но могут вызывать более тяжелые инфекции или быть устойчивыми к определенным антибиотикам.

Вот некоторые ключевые моменты, касающиеся *Streptococcus pneumoniae* у детей:

1. Передача. Бактерия обычно передается воздушно-капельным путем от инфицированного человека. Он может легко передаваться в людных местах, таких как школы и детские сады.
2. Симптомы. Симптомы пневмококковой инфекции могут различаться в зависимости от места заражения. При пневмонии у детей может наблюдаться кашель, затруднение дыхания, лихорадка, боль в груди и усталость. Ушные инфекции могут вызывать боль в ушах, выделение жидкости и проблемы со слухом. Менингит может привести к сильной головной боли, ригидности шеи, лихорадке и изменению психического статуса.
3. Профилактика. Вакцинация — эффективный способ предотвратить пневмококковые инфекции. Пневмококковая конъюгированная вакцина (ПКВ) обычно рекомендуется для младенцев и детей раннего возраста. Он защищает от наиболее распространенных штаммов *Streptococcus pneumoniae*, вызывающих заболевания.
4. Лечение. Одним из важных аспектов лечения пневмококковой инфекции у детей является применение антибиотиков. Эти препараты помогают уничтожить пневмококковые бактерии и приводят к выздоровлению. Однако

У детей наиболее распространенные серотипы пневмококков, вызывающие заболевание, могут варьироваться в зависимости от таких факторов, как географическое положение и статус вакцинации. До появления пневмококковых вакцин такие серотипы, как 6В, 14, 19F и 23F, обычно ассоциировались с инвазивным пневмококковым заболеванием у детей. Однако внедрение пневмококковых конъюгированных вакцин (ПКВ) позволило значительно снизить заболеваемость пневмококковыми инфекциями. ПКВ нацелены на определенные серотипы пневмококков и эффективны в предотвращении заболеваний, вызываемых этими серотипами. Наиболее широко используемой вакциной PCV является 13-валентная конъюгированная пневмококковая вакцина (PCV13), которая защищает от 13 различных серотипов. Важно отметить, что распространенность определенных серотипов может меняться с течением времени из-за таких факторов, как программы вакцинации и естественная эволюция бактерий. Поэтому изучение и выявление изменений в серотиповой картине пневмококка является актуальной проблемой у детей.

Лечение пневмококковой инфекции включает применение антибиотиков, которые эффективны против пневмококковой бактерии. В случае тяжелых форм инфекции, ребенок может потребовать госпитализации для наблюдения и специализированного лечения. Для эффективного лечения этой инфекции важно понимать особенности фармакологии и возрастных аспектов и изменений у детей в их организме. Одним из важных аспектов лечения пневмококковой инфекции у детей является применение антибиотиков. Эти препараты помогают уничтожить пневмококковые бактерии и приводят к выздоровлению. Однако необходимо учитывать особенности детского организма при назначении антибиотиков. При выборе антибиотика для детей с пневмококковой инфекцией при бронхолегочных заболеваниях, важно учитывать их возраст, вес и состояние иммунной системы. Основные группы антибиотиков, использующихся при лечении пневмококковой инфекции у детей, включают пенициллины, цефалоспорины и макролиды. Например, амоксициллин или ампициллин могут быть применены у детей с легкой или средней степенью тяжести инфекции. Однако, в случае тяжелых форм инфекции или при высоком риске осложнений, цефалоспорины, такие как цефотаксим, могут быть предпочтительнее. Важно также знать, что резистентность пневмококков к некоторым антибиотикам становится все более распространенной. Поэтому перед назначением антибиотиков необходимо уточнить данные о чувствительности к ним пневмококковых штаммов в регионе проживания пациента. Также стоит обратить внимание на возможные побочные эффекты от применения антибиотиков, такие как аллергические реакции или расстройства пищеварения.

Выводы. Пневмококковая инфекция у детей при бронхолегочных заболеваниях является серьезным состоянием, требующим компетентного фармакологического подхода с учетом особенностей педиатрии. Определение серотипа пневмококковой инфекции важно для диагностики и лечения, так как это помогает врачам выбрать наиболее подходящий антибиотик для конкретного пациента.

Список литературы.

1. Анализ антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у детей в стационаре / Е.И. Архипова [и др.] // Фармакоэкономика: теория и практика. - 2018. - №1. - С. 42.
2. Анализ Российского рынка антибактериальных препаратов для педиатрии / И.А. Наркевич [и др.] // Журнал «Ремедиум». - 2019. - №10. - С. 50-58.
3. Современные подходы к назначению антибиотиков при острых инфекциях дыхательных путей / Д.К. Ганиева // Журнал «Педиатрия». - 2020. - №2. - С. 317-322.

Мадалиев К.А., Шукурова Ф.Ш., Баратов А.З.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА -6 У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г.Душанбе

Актуальность. Изменения в иммунной системе способствуют нарушениям течения воспалительного процесса и влияют на регенерацию тканей. Доказано, что повышенная продукция лимфокинов привлекает макрофаги к участию в фибробластическом процессе [1,2]. По мнению некоторых исследователей, в формировании рубцов кожи важным стимулятором фиброгенеза и фибропластических процессов являются провоспалительные цитокины, среди которых наиболее доказанными являются интерлейкин-1 и фактор некроза опухоли [2].

Выявлено, что у пациентов с рубцами кожи на фоне иммуносупрессии и подавлении созревания клеток Лангерганса происходит снижение количества антигенпрезентирующих клеток. При развитии рубцовых поражений после угревой болезни, выделяющиеся в очагах поражения, грамположительные микроорганизмы подавляют иммунный ответ хозяина на *Propionibacterium acnes*, тем самым стимулируя выброс провоспалительных хемокинов, IL-8 и ФНО в клетках иммунной системы, тем самым вызывая гранулематозные реакции кожи [3,4]. Другие исследователи также

подтвердили, что высокие концентрации ИЛ-1 обнаруживаются уже на начальных стадиях акне, когда еще нет клинических проявлений угревой болезни. Считается, что дисбаланс в выработке цитокинов нарушает существующие в локальной системе иммунитета взаимосвязи, что приводит к патологии регенерации в виде длительно незаживающих ран, развития тяжелых экссудативных реакций и патологического рубцевания [2,3]. Доказано, что неблагоприятное течение инфекционно-воспалительных процессов на коже коррелирует с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов в сыворотке, таких как ИЛ-8, ФНО- α , ИЛ-1 β [2,3]. По данным других авторов, причиной нарушений иммунного статуса у пациентов с СПА является предшествующая терапия угревой болезни [4,5].

Цель исследования. Изучить содержание интерлейкина-6 в зависимости от степени тяжести рубцов постакне и предшествующей местной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 95 пациентов с разными степенями тяжести рубцов постакне (20 – легкая, 25 – слабая, 25 – средняя, 25 – выраженная). Содержание в сыворотке крови ИЛ-6 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора ООО «Цитокин» (Россия). Полученные данные сравнивали с результатами иммунограммы 20 здоровых лиц, рандомизированных по полу и возрасту, составивших контрольную группу.

Результаты исследования и их обсуждение. Повышенный уровень провоспалительного интерлейкина -6 был выявлен у 43 (45,2%;95) пациентов с рубцами постакне, из которых 22 (51,1%;43) случая составили пациенты с выраженной степенью тяжести СПА, 18 (41,9%;43) – со средней степенью тяжести СПА и 3 (7,0%;43) – со слабой степенью СПА.

Было изучено содержания провоспалительного интерлейкина 6 в крови пациентов с разными степенями тяжести СПА (рисунок 1)

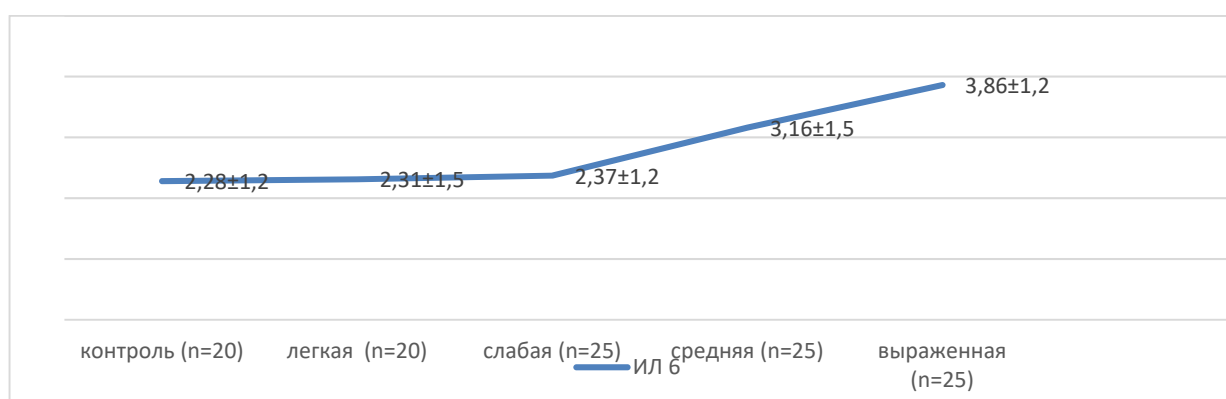


Рисунок 1 Содержание интерлейкина - 6 (пг/л) в зависимости от степени тяжести СПА

Как видно из рисунка 1, значительное повышение содержания ИЛ-6 наблюдалось у пациентов со средней и выраженной степенью тяжести СПА, а у пациентов с легкой и слабой степенью показатель ИЛ-6 был незначительно отличался от контрольной группы. У пациентов со средней степенью тяжести СПА содержание ИЛ-6 было выше по сравнению с контрольной группой соответственно в 1,4 (3,16±1,2 пг/л против 2,28±1,5 пг/л), а у пациентов с выраженной степенью тяжести ИЛ-6 в 1,7 раза (3,86±1,2 пг/л против 2,28±1,5 пг/л), что указывало на острую фазу воспалительного процесса у этих пациентов.

Было изучено содержания ИЛ-6 в зависимости от предшествующего метода коррекции СПА. У пациентов с инвазивными методами коррекции показатель ИЛ-6 был выше, по сравнению с пациентами с предшествующими не инвазивными методами коррекции. В группе пациентов, ранее получавших инвазивные методы коррекции СПА содержание ИЛ-6 было в 1,5 раза выше, по сравнению с контрольными значениями, то есть составило 4,12±1,5 пг/л против 2,8±1,2 пг/л ($p < 0,01$). В группе пациентов, ранее принимавших не инвазивные методы исследования содержание ИЛ-6 было в 1,2 раза выше по сравнению с данным показателем в контрольной группе (3,43±1,2 пг/л против 2,8±1,2 пг/л, $p < 0,05$) (таблица 1)

Таблица 1 Содержание интерлейкина -6 в крови в зависимости от предшествующего метода коррекции СПА

Группа	ИЛ-6 (пг/л)
Контрольная группа (n=20)	2,8±1,2
Инвазивные методы (n=53)	4,12±1,5 $p_1 < 0,01$
Неинвазивные методы (n=42)	3,43±1,2 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
p	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса); p_1 – при сравнении с контрольной группой, p_2 – при сравнении с группой пациентов с инвазивными методами (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из таблицы 1, содержание ИЛ-6 однако оказалось в 1,2 раза ниже по сравнению с содержанием ИЛ-6 в группе пациентов, ранее принимавших инвазивные методы коррекции СПА (3,43±1,2 пг/л против 4,12±1,5 пг/л, $p < 0,05$). Из 43 пациентов с повышенным содержанием ИЛ-6, в 28 (65,1%;43) случаях предшествующая терапия СПА проводилась методами инвазивной коррекции, а в 15 (34,9%; 43) случаях – не инвазивными методами коррекции.

Таким образом, у 43 (45,2%;95) пациентов с рубцами постакне было выявлено повышение содержания ИЛ-6, причем 22 (51,1%;43) случая составили пациенты с выраженной степенью тяжести СПА, 18 (41,9%;43) – со средней степенью тяжести СПА и 3 (7,0%;43) – со слабой степенью СПА.

Выводы. Повышение содержания провоспалительного ИЛ-6 наблюдается у 43 (45,2%;95) пациентов со средней и выраженной степенью СПА, причем после инвазивных методов лечения его уровень в 1,2 раза выше, чем после применения не инвазивных методов коррекции ($4,12 \pm 1,5$ пг/л против $3,43 \pm 1,2$ пг/л).

Список литературы

1. Аникин, В.В. Изменение цитокинового профиля как механизм адаптации при соединительнотканной дисплазии [Текст] / В.В. Аникин, Н.С. Беганская // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3. – С. 15-19.
2. Симбирцев, А.С. Новые возможности применения цитокинов в дерматологии и косметологии [Текст] / А.С. Симбирцев // Вестник Эстетической Медицины. – 2010. – Т. 9, №2. – С.44-50.
3. ECM components guide IL-10 producing regulatory T-cell (TR1) induction from effector memory T-cell precursors [Text] / P.L. Bollyky [et al.] // Proc Natl Acad Sci, USA. – 2011. – № 108. – P. 7938-7943.
4. Puhakka, M. Interleukin-6 and tumor necrosis factor alpha in relation to myocardial infarct size and collagen formation / M. Puhakka, J. Magga, S. Hietakorpi // J. Card. Fail. 2003. - V. 9, № 4. - P. 325-332.
5. Wang, Z.C. The roles of inflammation in keloid and hypertrophic scars [Text] / Z.C. Wang // Frontiers in Immunology. – 2020. – V. 11. – P. 60-87.

Маджидова Г.Т., Исометдинова З.С., Касимова Б.С.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Самаркандский государственный медицинский Университет, Самаркандский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: В последнее десятилетие значительно возрос интерес исследователей к проблеме метаболического синдрома (МС). Это обусловлено как широким распространением его в популяции, так и значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и, прежде всего, ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель исследования: Изучение влияния препарата метформина в комбинированной терапии на клиническое течение артериальной гипертензии, показатели липидного и углеводного обмена у лиц с метаболическим синдромом после перенесенного Covid-19. **Материалы и методы исследования:** Обследовано 25 человек в возрасте от 20 до 55 лет перенесшие Covid-19, с индексом массы тела более $30,0 \text{ кг/м}^2$. Липидный спектр крови определяли по параметрам общего холестерина, α -липопротеидов, β -липопротеидов, триглицеридов, состояние углеводного обмена по данным гликированного гемоглобина, базального инсулина крови, теста толерантности к глюкозе. (оценивали уровень глюкозы в крови и натощак и через 60 мин после приема внутрь 75г глюкозы). После чего больных случайным способом разделили на две группы (по 10 человек), и все они на фоне гипокалорийного питания принимали в течение 3 месяцев: 1 группа – кардиоселективный β -адреноблокатор корвитол в дозе 25-50 мг 2 раза в день. 2 группа – метформин в суточной дозе 500 мг и корвитол в дозе 25-50 мг.

Результаты: После 3 – месячного курса эффективность лечения оценивали по динамике клинических проявлений заболевания и гемодинамических показателей. В 1 группе удалось добиться достоверного снижения уровня САД (суточного, дневного и ночного) и ДАД (соответственно). Достоверного снижения уровня ЧСС не получено. Более выраженное снижение САД и ДАД отмечалось во 2 группе (САД, соответственно на 10,0, 11,8 и 12,3%, ДАД на 11,5, 13,2 и 14,1 %), а также ЧСС ночью уменьшалось на 12,1%. Во 2 группе произошло также достоверное снижение уровня инсулина в крови на 27,8, гликированного гемоглобина – на 13,8%, снижение концентрации триглицеридов на 17,1%, холестерина – на 13,2% и β – липопротеидов на 34%. После лечения также нормализовались показатели перорального глюкозотолерантного теста. Таким образом, при комбинированной терапии корвитолом и метформинном.

Заключение: У больных получивших только антигипертензивную терапию, несмотря на статистически значимое улучшение ряда показателей СМАД, добиться достоверного снижения степени коронарного риска не удалось, по завершении курса терапии он по-прежнему оставался высоким. В то же время комплексная терапия, способствовавшая существенному снижению инсулинорезистентности и улучшению показателей углеводного и липидного обмена, обусловила достоверное уменьшение всех показателей коронарного риска как абсолютного, так и относительного. **Выводы:** Применение метформина позволяет снизить количество атерогенных «вредных» фракций и повысить уровень липопротеидов высокой плотности. Метформин снижает артериальное давление и числа сердечных сокращений в ночные часы и за сутки в целом. Проведенное исследование позволяет заключить, что добавление метформина к стандартной антигипертензивной терапии у больных с МС без СД типа II приводит к достоверному снижению степени коронарного риска.

Список литературы

5. Баздырев Е.Д. Коронавирусная инфекция - актуальная проблема XXI века // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2020. Т. 9. № 2. С. 6-16.
6. ВОЗ. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временное руководство от 28 января 2020 г. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
7. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 7 (03.06.2020).
8. Голухова Е.З., Соколова Н.Ю., Булаева Н.И. Взгляд кардиолога на проблему пандемии новой коронавирусной инфекции covid-19 (обзор литературы) // Креативная кардиология. 2020. Т. 14. № 1. С. 5-15.

9. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Дошцин В.Л., Котовская Ю.В., Кравчук Ю.А., Педь В.И., Сас Е.И., Сыров А.В., Тарасов А.В., Тарзиманова А.И., Ткачёва О.Н., Трухан Д.И. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный консенсус 2020 //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 4. С. 135-172.

Матинов Ш.К., Рахмонов Дж.Э.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛОЭ С ВИТАМИНОМ В 12 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА.

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

Актуальность. Большое количество разнообразных средств и методов, предложенных для лечения больных бруцеллезом, свидетельствуют о клиническом полиморфизме данной инфекции и о недостаточной эффективности этих случаев. Вот почему проблема лечения бруцеллеза до настоящего времени не нашла удовлетворительного разрешения, хотя по справедливому замечанию многих авторов мнение о полной неизлечимости бруцеллеза следует считать ошибочным. По данным (1-2), эффективность любого метода терапии ставят в зависимости от своевременности диагностики и начатого правильного лечения. При выборе метода лечения следует учитывать форму, фазу и степень компенсации процесса. Этот принцип основан на специфической, десенсибилизирующей и курсами антибактериальной терапии, которое на сегодняшний день заставляет ученых и практических врачей искать каких-то новых методов и препаратов для лечения бруцеллеза, направленных на мобилизацию и повышению реактивности организма.

Экстракт Алоэ в животном организме играет роль биогенных тканевых стимуляторов и как катализатор, способствует активации физиологических защитных функций организма. Витамин В 12 в животном организме участвует в обмене веществ, а также стимулирует защитную функцию организма (3-4).

С этой целью мы решили применить для лечения бруцеллезных больных экстракт алоэ с витамином В12 в сочетании с базисной терапией, тем самым испытать действия этих препаратов на течении хронического бруцеллеза.

Цель исследования. Оценить эффективность применения алоэ с витамином В12 в комплексной терапии больных хроническим бруцеллезом.

Материалы и методы исследования. Нами изучалась эффективность данного метода лечения у группы больных из 46 человек с различными фазами бруцеллеза, которые находились на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе за последние 10 лет. Из общего количество больных у 9 (19,5%) – и заболевание протекало в острой септической фазе, у 20 (43,4) – и в септико- метастатической и у 16 (34,7) больных имело место хроническая форма бруцеллеза, метастатическая фаза с осложнениями орхит и орхоэпидемит у 2 (4,3%) больных, у 3 –х (6,5%) – радикулит с нарушением подвижности суставов и деформацией приводящих к ограничению движению у 30 больных. Среди них 19 (41,3%) больных получали предварительно одно или несколько курсов специфической терапии без успеха или с кратковременным улучшением и с последующими рецидивами у 14 (30,4%) больных, не лечившихся ранее.

Возраст обследуемых больных колебался от 16 до 64 лет: у мужчин- 27, женщин -19 лет. Давность заболевания составил от 30 дней до 15 лет, у части больных колебалось до 20 лет. Длительность заболевания во всех случаях была установлена на основании клинко- эпидемиологических данных с сопоставлением данных показателей серологического исследования: положительной реакции Хедельсона и реакции Райта 1; 400. Перед началом терапии проверялся состав крови, лейкоцитоз, СОЭ и лейкоцитарная формула крови, а также общий анализ мочи.

Результаты и их обсуждение. Все больные были разделены на 3 группы;

Первая группа – 10 (21,7%) больных заболевших до одного года в септической и септикометастатической фазе заболевания. Данные больные кроме основного лечение стрептомицина с тетрациклином и группы нестероидных препаратов получали экстракт Алоэ по 1 мл подкожно в течении 10 дней и витамин В12- 200 внутримышечного. На фоне такой комплексной терапии улучшение состояния больных произошло на 4 – 5 день у 9(90%) пациентов, которое проявлялось снижением температуры, уменьшением болей в суставах и потливости. У одного больного через 3 недели наступил рецидив болезни, что потребовалась назначение второго курса лечения. Следует отметить, что повторной обращаемости больных за помощью не регистрировались.

Вторая группа больных из 17 (36,9%) человек в основном были больные с хроническим бруцеллезом с давностью заболевания от одного года до 3 – х лет. У 14 (82,3%) больных этой группы стойкое улучшение наступило после одного курса лечения алоэ с витамином В 12. В 2 (11,7%) случаях мы наблюдали рецидив, однако после комплексной терапии наступило стойкое улучшение.

Третья группа больных из 16 (34,7%) хронической формой заболевания с резидуальными явлениями с давностью заболевания от 3 – х до 20 – ти лет. Из них стойкое улучшение после первого курса наступило в 10 (62,5%) случаях, а у 4 (25%) – х больных после второго курса лечения алоэ с витамином В 12 .

Выводы. Таким образом, опыт проведенной работы показывает, что назначение в комплексной терапии бруцеллеза алоэ и витамина В 12 улучшает эффективность лечения, которое выражается в уменьшении болевого синдрома, потливости, выраженных артралгий, миалгий и похолодания конечностей.

Литература

1. Смагина А.Н., Шульдjakова А.А., Мажуга Ю.А., Перминова Т.А. Качество жизни больных хроническим бруцеллезом как критерий эффективности проводимой терапии // фундаментальные исследования - 2007,- №12-1, С.183-184.
2. Вершилова П.А. Патогенез и иммунология бруцеллеза /П.А.Вершилова М.И.Чернишова ,Э.Н.Князева.//М.Медицина,1974.- С.272.
3. Охупкина В.Ю. Иммунопрофилактика бруцеллеза у человека /-Москва В.Ю. Охупкина. Эпидемиология и инфекционные болезни. -2007. С.124

4. Курбанов К.М., Современный эпизоотолого-эпидемиологические особенности и надзор за бруцеллезом в Республике Таджикистан/Курбанов К.М, Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва -2015 С. 133

Махмадалиев Ф.Н., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С УЧЁТОМ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНДИВИДУУМА

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

Актуальность. Постковидный синдром (ПКС)—это состояние, объединяющее развившиеся осложнения после перенесенной коронавирусной инфекции с продолжительностью от нескольких недель и месяцев, даже до года. Диагноз ПКС подтверждается положительным результатом ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2, или с обнаружением IgG или в сочетании IgM и IgG к вирусу SARS-CoV-2 [3]. Возможность развития постковидного синдрома не всегда зависит от тяжести течения коронавирусной инфекции и от возрастного аспекта, так как в практике встречаются случаи и среди молодого и среднего возраста, даже среди детского возраста, перенесших не только тяжелое течение, но и легкое и скрытое течение [2]. При анализе литературных данных к группе риска по ПКС относятся: женский пол, пожилые люди, лица с сахарным диабетом, ожирением, ССС заболеваниями, иммунодефицитным состоянием [1].

К основным патогенетическим механизмам развития постковидного синдрома относятся: на фоне иммунодефицитного состояния коронавирус длительное время, сохраняясь и размножаясь, негативно влияет на органы и системы, прежде всего, поражая внутренние оболочки сосудов, вызывая эндотелиальную дисфункцию, формирование микротромбов, осаждение гиалуроновой кислоты в просвете альвеол с последующим развитием аутоиммунного воспаления, и фиброзные изменения в паренхиме легких [3]. Следует отметить, что в клинической практике встречаются случаи частой подверженности риску развития постковидного синдрома среди определенных лиц, по отношению к другим лицам Ю

Цель исследования. Изучить особенности постковидного синдрома с учётом типологических особенностей индивидуума.

Материал и методы исследования. Обследованы 237 пациентов с ПКС, в возрасте от 35 до 67 лет. Среди этих пациентов мужчин было 155, женщин – 82. Проведены общепринятые клинико-лабораторные методы исследования, ПЦР-диагностика в генетическом материале человека (из носоглотки, полости рта и горла), экспресс-тест на антитела к COVIDIgG и IgM, исследование гемостаза, Д-димера, ферритина, рентгенография и КТ лёгких, ЭКГ, Д-ЭхоКГ, определение степени насыщения крови кислородом (пульсоксиметрия), УЗИ внутренних органов и исследование индекса массы тела. Определяли уровень экстраверсии и интроверсии, нейротизм и психотизм, эмоциональной устойчивости с применением опросника структуры темперамента и опросника Айзенга (1999). По индексу физического развития определяли тип конституции по формуле индекса Пинье (ИП) = L - (P+T).

Результаты исследования и обсуждение. Среди пациентов, перенесших тяжёлое и среднетяжелое течение ОКИП, наблюдались сахарный диабет (47,0% и 11,0%), ожирение II (47,0% и 9,0%) и III степени (57,0% и 15,0%), бронхиальная астма (49,7% и 11,0%), артериальная гипертензия (40,0% и 9,0%). Пациенты с ФТ, перенесшие тяжёлую ОИКП, отличались отягощённым мультиморбидным фоном: наличием сахарного диабета (67,0%), ожирением II (57,0%) и III степени (43,0%), в 57,0% – с бронхиальной астмой, в 37,0% – с хроническим гепатитом.

Наши исследования показали, что в основном у пациентов с флегматическим и меланхолическим темпераментом в анамнезе, перенесших среднетяжелое и тяжелое течение ОКИП, был обнаружен постковидный синдром. У 88% больных с ФТ, у 39% с МТ и 9% с ХТ, переболевших коронавирусной инфекцией, развился ПКС. У пациентов ФТ ПКС превалировал по отношению к лицам с МТ.

Продолжительность ПКС у пациентов с КИП в зависимости от типологических особенностей индивидуума была различной: у лиц с ФТ – более 1 года, у пациентов МТ до 7 месяцев, у холериков до 3-х месяцев.

Самыми частыми симптомами ПКС являлись: одышка (85%, 37%, 5%); подкашливание (83%, 27%, 3%), нарушение обаяния и вкуса 76%, 45%, 3%), боль в области грудной клетки (81%, 19%, 2%), чувство разбитости всего тела (81%, 30%, 5%), усталость и утомляемость (77%, 23%, 3%), потливость (73%, 37%, 9%), головные боли (67%, 33%, 3%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37%, 25%, 3%), головокружение (51%, 23%, 3%), снижение памяти и концентрации внимания (65%, 33%, 5%), сердцебиение (63%, 50%, 25%), ноющие боли в поясничной области (38%, 33%, 29%), выпадение волос (53%, 25%, 9%), психоэмоциональные расстройства (76%, 53%, 50%), постковидная алопеция (30%, 11%, 3%).

Частота и клинические проявления ПКС преобладали у пациентов с ФТ по отношению к МТ и ХТ.

Изучение гемостаза показало, что у всех пациентов ФТ уровень D-димера и ферритина (> 1500 мкг/л) оставался высоким. Прижизненные мелкие тромботические осложнения косвенно проявлялись в виде выраженной одышки, цианоза кожных покровов, болей в области сердца и в поясничной области, головокружения.

Рентгенологические показатели ПКС у пациентов с ФТ отличались двухсторонним фиброзным поражением легких в 3 раза больше при тяжелом течении ОИП по отношению к среднетяжелому течению ОИП.

У пациентов ФТ, ранее перенесших тяжелое течение пневмонита, сатурация была ниже 93%, тогда как при среднетяжелом течении выше 93%.

Выводы. Постковидный синдром у пациентов с ФТ отличается отягощенным мультиморбидным статусом, более тяжелым течением и формированием прижизненных тромботических осложнений по отношению к другим типам.

Литература.

1. Борисова, Д. Е. Управление здравоохранением регионов в условиях распространения новой коронавирусной инфекции / Д. Е. Борисова // Проблемы социально-экономического развития Сибири. - 2020. - № 4 (42). - С. 19 - 24.
2. COVID-19: неотложные вопросы оценки заболеваемости, распространенности, летальности и смертности / О. М. Драпкина, И. В. Самородская, М. Г. Сивцева [и др.] // Профилактическая медицина. - 2020. - № 1.
3. Временные методические рекомендации «Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» / Министерство здравоохранения РФ. Версия 11, 2021. URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attachments/000/055/735/original/BMP_COVID-19.

Махматмурадова Н.Н., Шухратов Х.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра внутренних болезней №4 Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В последнее время по данным ВОЗ отмечается рост заболеваний дыхательной системы, что приводит к увеличению не только инвалидизации, но и смертности населения. В частности, среди различных проблем клинической пульмонологии интерстициальные болезни легких и, прежде всего идиопатические, привлекают к себе пристальное внимание исследователей. Течение патологий характеризуется развитием необратимого фиброза легких с потерей респираторных функций и клинически проявляется тяжелой дыхательной и, в последующем, сердечной недостаточностью, требующими постоянной респираторной поддержки [1,2]. Несвоевременная диагностика подобных патологий приводит к развитию неблагоприятных исходов [3].

Необходимо отметить, что основным патогенетическим механизмом данной патологии является воспаление, которое у подробных больных отличается гетерогенностью по этиологии и патогенезу. Которое развивается при повреждении и воспалительной реакции эндотелиоцитов, плазменных и клеточных факторов крови (нейтрофилов, системы гемостаза и комплемента), стромальных клеток периваскулярной соединительной ткани [4,5].

Цель исследования – выявить частоту встречаемости, клиническую характеристику, диагностику интерстициальной пневмонии легких в деятельности пульмонологического отделения стационаров.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ истории болезни 22 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. Для всех больных выполнен необходимый объем обследования, с применением рентгенографии органов грудной клетки, спирометрии, компьютерной томографии, эхокардиографии.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в последнее время увеличилось число пациентов с неспецифической интерстициальной пневмонией (в 2018 г. – 8 (36,4%), в 2019 г. – 14 (63,6%)). При исследовании в гендерном аспекте отмечалось явное преобладание у женщин 16 (72,7%), а у мужчин 6 (27,3%). В возрастном аспекте отмечалось варьирование от 31 до 70 лет, с преобладанием в промежутке 35-42 лет. У всех пациентов клинически всегда определялась одышка, также отмечалась слабость (86%), малопродуктивный кашель (78%), дискомфорт за грудиной (73%), лихорадка (41%), акропахия (33%). При этом до 3-х месяцев диагноз заподозрен лишь у 4 (18%) больных, которые были госпитализированы из-за лихорадки в сочетании с выраженной дыхательной недостаточностью. В этих случаях всем больным был выставлен диагноз «Двусторонняя пневмония», с назначением 2-3 курсов антибактериальной терапии. При рентгенологической диагностике на компьютерной томограмме выявлялась картина инфильтрации по типу «матового стекла». Также необходимо отметить, что чаще выявлялись обычная и неспецифическая интерстициальная пневмония.

При этом компьютерная томография высокого разрешения обладает высокой диагностической эффективностью – обладает способностью выявлять детали, которые невозможно определить рентгенологическим обследованием, а также исключая артефакты проекционной суммации.

Обычно подобная патология у пациентов диагностировалась через несколько лет после обращения в амбулаторные учреждения (СВП, семейная поликлиника), где в основном они жаловались на дыхательную недостаточность. При повторных обращениях в эти учреждения, им диагностировалась «Хроническая обструктивная болезнь легких», соответственно назначалось лечение, но существенного улучшения не наблюдалось. А при госпитализации в стационар, клинические и спирографические признаки бронхиальной обструкции не выявлялись, но обнаружены тяжелые рестриктивные нарушения – жизненная емкость легких – 48%, индекс Тиффно 112%. В большинстве случаев наблюдалась акропахия. При аускультации в легких – двухсторонняя конечно-инспираторная базальная крепитация. Необходимо отметить, что у врачей амбулаторных учреждений диагностические ошибки заключаются в том, что часто наличие в анамнезе длительного курения воспринимается ими как повод для диагностирования «Хронической обструктивной болезни легких», хотя обструкции бронхов как таковой не отмечается. Среди причин необходимо отметить наличие ревматических болезней (системная склеродермия, полимиозит), а из редких – синдром Гудпасчера, гистиоцитоз Х, лекарственные и аллергические альвеолиты.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об увеличении пациентов с интерстициальными заболеваниями легких, наблюдающихся чаще у женщин работоспособного возраста, с преобладанием в клинике одышки, слабости, кашля и др. При этом важно применение визуализирующих технологий. Рекомендуются консультация врача-пульмонолога при ведении пациентов с ревматическими заболеваниями.

Список литературы

1. Аралов Н.Р., Рахимов М.М., Носирова Д.Э., Рустамова Ш.Ш. Клиническая и бронхоскопическая характеристика воспалительного процесса у больных с хронической обструктивной болезнью легких // Научно-практический журнал

«Вопросы науки и образования». – Октябрь, 2019. - № 25 (74). – Москва, С. 55-63.

2. Аралов Н.Р., Носирова Д.Э., Рустамова Ш.Ш., Окбоев Т.А., Дусанов А.Д., Юлдашева Д.А. Роль полиморфного локуса гена ЭНОС3 и их взаимосвязь противoproвоспалительных цитокинов при семейной бронхиальной астме// Научно-методический журнал «Достижения науки и образования». - №9 (50). – 2019. – Иваново, - С. 34-39.

3. Исламов Ш.Э., Махматмуродова Н.Н. Ненадлежащее оказание мед помощи в деятельности акушер-гинеколога// Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент. – 2019. - №1 - С. 73-76.

4. Симонова, И.И. К вопросу о системном воспалении при хронической обструктивной болезни легких стабильного течения / И.И. Симонова, М.В. Антонюк, Л.В. Веремчук и др. // Здоровье. Медицинская экология. Наука. -2016. - Том 67, №4. - С. 44-54.

5. Ohta S., Tanaka A., Okazaki T., Mikuni H., Uno T., Uchida Y., Kimura T., Fukuda Y., Jinno M., Hirai K., et al. Fetal Lung Cells Transfer Improves Emphysematous Change in a Mouse Model of Neutrophil Elastase-Induced Lung Emphysema. ||Curt. Issues Mol. Biol. – 2022. - №44. – P. 3923–3929. <https://doi.org/10.3390/cimb44090269>

Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

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

Актуальность. У ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС отмечается существенное повышение риска самых различных болезней, их полисистемность, сочетающаяся с патологией желудочно-кишечного тракта, снижением иммунитета организма, появление раковых заболеваний[4].

Заболевания гастроэнтерологического профиля занимают третье место в структуре выявленной у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС патологии [1]. С высокой степенью доказательности инфекция *H. pylori* и аутоиммунные реакции к компонентам слизистой оболочки тела желудка признаны в качестве ведущих этиологических факторов развития атрофического гастрита и рака желудка. С учетом известных фактов о прогрессировании атрофии слизистой оболочки желудка на фоне ее сосудистых нарушений прогрессированию атрофии, вероятно, также способствуют выявляющиеся у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС нарушения микроциркуляции слизистой оболочки желудка, индуцированные воздействием комплекса поражающих факторов аварии. К настоящему времени накоплены неоспоримые доказательства снижения заболеваемости раком желудка после эрадикации *H. pylori*[4]. При этом важно учитывать, что эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС характеризуется меньшей эффективностью – 60,7 % по сравнению с популяцией – 85-96 % [2]. Возможно, низкая эффективность эрадикационной терапии у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС при атрофических изменениях слизистой оболочки желудка в определенной степени обусловлена интенсивностью поступления антибиотиков в просвет желудка.

Специалистами Республиканского клинического центра профессиональных заболеваний детально изучены клинико-лабораторные особенности соматической патологии и отмечена повышенная распространенность гастроэнтерологических заболеваний у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС. При этом неизвестно, в какой мере повреждение и дисфункция эндотелия влияют на развитие и прогрессирование атрофических изменений, появление мета- и диспластических изменений слизистой оболочки желудка у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде. Остается неясным вклад аутоиммунного поражения в генез атрофии слизистой оболочки желудка при сочетанном аутоиммунном и хеликобактерном гастрите у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде. Остается неизученной причина низкой эффективности эрадикационной терапии при атрофическом гастрите у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде.

Цель исследования. Изучить особенности распространенности и генез хронического атрофического гастрита, на основе клинико-лабораторных, данных морфологического и функционального состояния слизистой оболочки желудка и обосновать рекомендации по эрадикационной терапии *H. pylori* у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. В основную группу включены 60 ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, обследование и лечение которых по поводу диспепсических жалоб проводилось в Республиканском клиническом центре профессиональных заболеваний. Результаты исследования базируются на обследовании пациентов с 2021 по 2022 гг., а также ретроспективном анализе результатов их ежегодного обследования с 2010 по 2020 гг. Средний возраст пациентов в основной группе в 2022 г. составил $59,3 \pm 5,7$ года. 25 пациентов, не подвергшихся воздействию комплекса поражающих факторов аварии на Чернобыльской АЭС, однократно прошедшие плановое медицинское обследование с 2021 по 2022 гг. в поликлинике Республиканского клинического центра профессиональных заболеваний, предъявляющие диспепсические жалобы, были отобраны случайным образом и включены в группу сравнения. Средний возраст пациентов группы сравнения составил $55,8 \pm 5,2$. Проведен анализ информации о пациентах основной группы, связанной с участием в работах по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС: полученной дозы внешнего облучения, даты приезда и отъезда, а также продолжительности пребывания в зоне работ. Пациентам обеих групп проведены эзофагогастродуоденоскопия с забором биоптатов, гистологическое исследование биоптатов, диагностика инфекции *H. pylori*, оценка выраженности воспаления и атрофии слизистой оболочки желудка серологическим методом (оценка гастрин-17 базального, пепсиногенов I и II, иммуноферментный анализ, определение антител к париетальным клеткам методом иммуноферментного анализа). Эзофагогастродуоденоскопию и забор биоптатов выполняли с помощью эндоскопа Sonoscape HDL-35 E/. Инфекцию *H. pylori* диагностировали по результатам гистологического исследования, быстрого уреазного теста, оценки иммуноглобулинов класса G к бактерии.

Статистическую обработку данных проводили в программе Statistica 10.0. Для сравнения показателей внутри одной группы применяли критерий Вилкоксона, для сравнения независимых групп применяли критерий Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. Одним из важных результатов исследования является выявление более высокой частоты атрофического гастрита тела и антрального отдела желудка у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде, чем у лиц группы сравнения. В результате оценки сывороточного уровня пепсиногена I (< 30 мкг/л), эндоскопических и гистологических данных выявлено, что атрофический гастрит тела желудка (рис. 1) достоверно ($p < 0,01$) чаще встречался у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (11,4 %), чем у лиц, не принимавших участия в ликвидации последствий аварии (7,2 %).

Рисунок 1

Атрофические изменения слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, по данным исследования уровня пепсиногена I и гастрин-17 базального в сыворотке крови.



ААГ – процент пациентов с атрофическим антральным гастритом, АФГ – процент пациентов с атрофическим фундальным гастритом, ЛПА на ЧАЭС – ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Атрофический антральный гастрит (гастрин-17 базальный < 1 пмоль/л) также достоверно ($p < 0,01$) чаще встречался у пациентов основной группы (23,7 %), чем у пациентов группы сравнения (9,6 %). Низкие сывороточные уровни пепсиногена I и гастрин-17, свидетельствующие об атрофическом пангастрите, также достоверно ($p < 0,01$) чаще выявлялись у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, чем у пациентов группы сравнения. Аналогичные результаты были получены при анализе результатов морфологического исследования. У ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС атрофия тела желудка и антрального отдела желудка выявлялась достоверно чаще (в 11,2 % и 8,3 % случаев, соответственно), чем у пациентов группы сравнения (в 17,4 % и 10,5 % случаев, соответственно) ($p < 0,05$). При анализе частоты выявления кишечной метаплазии по данным эндоскопического и гистологического исследования обращало внимание, что у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС достоверно чаще выявлялась как антральная (13,7 %, против 5,8 % у группы сравнения, $p = 0,02$), так и фундальная (6,4 %, против 0,8 % у группы сравнения, $p < 0,01$) кишечная метаплазия. Также не было выявлено достоверных различий между сывороточными уровнями антител к париетальным клеткам у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС и у пациентов группы сравнения. Они были обнаружены у 35,4 % ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС и у 33,1 % пациентов группы сравнения. Полученные результаты демонстрируют, что образование антител к париетальным клеткам, косвенно свидетельствующее о развитии аутоиммунного гастрита, не может быть отнесено к отдаленным последствиям участия в работах по ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. Важным фактором, способствующим развитию атрофического гастрита, является инфекция *H. pylori*. В связи с чем была проанализирована инфицированность этой бактерией пациентов обеих групп методом исследования иммуноглобулинов класса G к *H. pylori*. Антитела в повышенном титре (> 30 иммуноферментных единиц) были выявлены у 71,3 % ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС и у 29,4 % пациентов группы сравнения, различия статистически значимы ($p < 0,01$).

У ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС бактерия *H. pylori* выявлялась в 61,7 % случаев, что достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем у лиц группы сравнения (в 30,4 % случаев). Полученные результаты свидетельствуют о том, что именно инфекция *H. pylori*, а не аутоиммунное воспаление, является наиболее частой причиной развития атрофического гастрита у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Назначаемое пациентам лечение хеликобактерной инфекции, вероятно, оказало благотворный эффект на выраженность атрофических изменений в слизистой оболочке желудка – с 4-й по 10-й годы было выявлено достоверное ($p < 0,05$) возрастание сывороточных уровней пепсиногена I. Изменение сывороточных уровней гастрин-17 характеризовалось сходной динамикой и, возможно, объясняется аналогичными процессами. Важное значение инфекции *H. pylori* в динамике данных показателей доказывается также отсутствием подобных колебаний значений у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС с аутоиммунным гастритом без *H. pylori* инфекции, у которых не проводилась эрадикационная терапия. У пациентов с аутоиммунным гастритом в 33,3 % случаев исчезали антитела к париетальным клеткам к 10 году исследования, что вероятно обусловлено эрадикационной терапией *H. pylori*.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде чаще выявляется хронический хеликобактерный атрофический гастрит, как тела, так и антрального отдела желудка. При этом развитие аутоиммунного воспаления в теле желудка имеет минимальное значение в плане прогрессии атрофии. Результаты проведенного исследования демонстрируют эффективность эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС с аутоиммунным гастритом для уменьшения атрофии слизистой оболочки желудка в отдаленном периоде. При успешном лечении

наблюдалось повышение уровней пепсиногена I и базального гастрина-17, маркеров атрофии слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, в 4-8 годы наблюдения. У ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС с аутоиммунным гастритом без инфекции *H. pylori* не отмечалось подобной динамики маркеров атрофии.

Выводы. У ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде достоверно чаще выявляется атрофия слизистой оболочки тела (12,7 %) и антрального отдела желудка (24,4 %), антральная (14,8 %) и фундальная (7,9 %) кишечная метаплазия, а также *H. pylori*-ассоциированный гастрит (70,1 %), по сравнению с лицами, не подвергшимися воздействию комплекса поражающих факторов аварии на Чернобыльской АЭС (8,1 %, 10,8 %, 6,6 %, 0,9 %, 28,2 % соответственно). При этом распространенность дисплазии слизистой оболочки желудка в обеих исследованных группах была одинакова.

Успешная эрадикационная терапия *H. pylori* приводит к исчезновению антител к париетальным клеткам у 33,4 % ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС с хроническим аутоиммунным *H. pylori*-ассоциированным гастритом к десятому году наблюдения.

Список литературы.

1. Астафьев О.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика болезней органов пищеварения у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / О.М. Астафьев, А.О. Саблина, Н.В. Макарова // Многопрофильная клиника XXI века. Инновации в медицине – 2018 : Материалы международного научного конгресса. 2018. С. 29-30.
2. Саблина А.О. Атрофический гастрит у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции в отдаленном периоде / А.О. Саблина, С.С. Алексанин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2020. № 1. С. 36–46. DOI 10.25016/2541-7487-2020-0-1-36-46.
3. Саблина А.О. Влияние атрофии различных отделов слизистой оболочки желудка на эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* / С.С. Алексанин, О.М. Астафьев // Многопрофильная клиника XXI века. Инновации в медицине – 2018 : Материалы международного научного конгресса. 2018. С. 179-180.
4. Sablina A. Amoxicillin secretion by gastric mucosa in patients with atrophic and nonatrophic gastritis / A.O. Sablina, O.A. Sablin, S.S. Aleksanin, G.G. Rodionov, I.I. Shantyr', I.E. Ushal // *Helicobacter*. 2020. Vol. 25. N 1. P. 48.

Мехмонов П.Х., Юсупова М.Х.

СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ.

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

Актуальность. Спустя 36 лет после катастрофы на Чернобыльской АЭС, вопросы медико-биологических аспектов аварии остаются актуальными и требуют изучения для анализа и прогнозирования состояния здоровья будущих поколений пострадавших в результате аварии людей. На фоне роста заболеваемости детей, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС, становится особо значимым отследить особенности проявления врожденных и наследственных нарушений развития органов и систем. Одной из фундаментальных проблем остается оценка стабильности функционирования генетического аппарата, учитывая возможное не прямое воздействие ионизирующего излучения на геномную стабильность потомков через зародышевую линию облученных родителей [5]. Системное поражение организма родителей, или одного из них, возникшее в результате перенесенного облучения, может с высокой степенью вероятности обусловить появление нежелательных мутаций у последующего поколения, способных привести к ослаблению соматического здоровья [1;2]. Разнообразные сочетания взаимодействий генных факторов с неблагоприятными факторами среды приводят к различным вариантам развития мультифакториальных заболеваний от высокой генной восприимчивости, формирования фенотипа заболевания до прогнозируемых уровней генетической реализации заболевания [4]. Дети, рожденные в семьях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, находятся ближе к порогу суммарных взаимодействий генных и негенных факторов, чем большинство индивидов, что в свою очередь обуславливает их большую предрасположенность к мультифакторной патологии [5]. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ), как полигенное мультифакториальное состояние, проявляющееся внешними и внутренними фенотипическими признаками и клинически значимыми диспластикозависимыми нарушениями функций органов и систем в основе которого лежит ответная реакция организма на воздействие неблагоприятных факторов, занимает значимое место в среди патологических состояний, в том числе в силу высокой ее распространенности у лиц молодого возраста - от 30% до 85% . Внешние фенотипические признаки ДСТ: астенический тип конституции, долихоцефалия, микрогения, низкое расположение и асимметрия ушей, голубые склеры, гипер- и гипотелоризм, эпикант, миопия, зубочелюстные аномалии, аркообразное небо, длинные конечности, короткие, кривые мизинцы, нарушение роста ногтей; искривление ног, плоскостопие, варикозное расширение вен; деформация грудной клетки, сколиоз, кифоз, лордоз; тонкая, легко ранимая гиперэластичная, сухая кожа, очаги депигментации, гипертрихоз. Внутренние фенотипические признаки ДСТ: Центральная нервная система - дефекты речи, вегетососудистая дистония, шизо- и циклотимия. Система дыхания: трахеобронхиальная дискинезия, трахеобронхомаляция, трахеобронхомегалия, бронхоэктазы, поликистоз, гипервентиляционный синдром, склонность к бронхообструкции. Сердечно-сосудистая система: пролапсы клапанов сердца, внутрижелудочковые дополнительные хорды, дистопия папиллярных мышц, расширение корня аорты, аневризмы сосудов сердца, артерий среднего и мелкого калибра, идиопатическая артериальная гипотензия, нарушение ритма и проводимости сердца. Система пищеварения: висцероптоз, мегаколон, долихоsigmoid, аномалии развития желчного пузыря, дивертикулы пищеводного отверстия и диафрагмы. Мочевыделительная система: нефроптоз, атопия чашечно-лоханочной системы, удвоение почки, мочевыводящих путей, аномалия развития мочеточников. Репродуктивная система: опущение матки, влагалища, варикоцеле, самопроизвольные выкидыши. Система крови: повышенная кровоточивость, гемоглобинопатии, тромбоцитопатии [1,3,5].

Цель исследования. Изучить фенотипический профиль ДСТ у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 500 детей 2-18 лет, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС. 114 детей составили группу контроля (ГК). Исследование включало ретроспективный анализ структуры соматических проявлений ДСТ исследуемых детей с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) были обнаружены у 87% детей. Объем диспластикозависимых преобразований у детей определялся выведением распределительного коэффициента (РК) частоты вовлечения диспластикозависимых органов и систем на 1 ребенка. Проявления ДСТ были представлены чаще у детей рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС по сравнению с контрольной группой в системах: мочевыделительной системе (МВС) (36,2% и 4,7% соответственно), желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) (55,6% и 15 % соответственно), сердечнососудистой системе (ССС) (42,7% и 18,3% соответственно) и органах зрения (ОЗ) (20,6%, 10,1% соотв.). У детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, чаще, чем в контрольной группе поражалась дыхательная система (ДС) (48,4% и 15,3% соответственно), а изменения нервной системы (НС) отмечались практически одинаково. При рождении ребенка спустя 3 года после работ по ликвидации аварии, чаще отмечались проявления ДСТ в НС, МВС, СССР (в 6,8, 3,1, и 2,5 раза чаще ГК соответственно), спустя 4 года – ОД, ЖКТ, СССР (4,5, 3,3 1,0 чаще ГК соответственно), спустя 5 и более лет – ОЗ (в 1,2 раза чаще ГК соответственно). Диспластикозависимые проявления в 1-3 системах чаще отмечались у детей, рожденных в первый год после пребывания отцов в радиоактивной зоне, 3-5 систем – у детей, рожденных спустя 2 и 4 года, 6-8 систем – спустя 5 и более лет после работ. У детей из семей ликвидаторов, работавших в зоне повышенного радиоактивного излучения в 1986 году РК был выше такого ГК в 2 раза, в 1987 – в 4,1 раза, в 1988 – в 2,2 раза. При этом при рождении ребенка спустя год после работ по ликвидации аварии, РК был в 1,6 раза больше ГК, спустя 2 года – в 2,2 раза больше, спустя 3 года – в 1,1 раз больше, 4 года – в 1,5 раза больше, 5 и более лет – в 1,0 раза чаще.

Выводы.

1. Объем диспластикозависимой патологии был выше у детей, рожденных от облученных родителей в 2,3 раза по сравнению с группой контроля, что, вероятно, связано с воздействием ионизирующего излучения как на процессы метаболизма соединительной ткани с закреплением генетических мутаций в организме родителей, так и непосредственно на организм ребенка.
2. Профиль диспластических проявлений зависит от характера РВ: у детей облученных родителей проявления ДСТ имели место со стороны МВС, ЖКТ, СССР и ОЗ достоверно чаще, чем в группе контроля.
3. У детей ликвидаторов 1986 года чаще отмечались ДСТ проявления в НС, 1987 года – ОЗ, ОД, ЖКТ и СССР, 1988 года – МВС, при этом у детей, родившихся спустя 3 года после работ по ликвидации последствий аварии их родителей, чаще отмечалось вовлечение НС, МВС, СССР, 4 года – ОД, ЖКТ, КСС, 5 лет и более – ОЗ,
4. Профиль проявлений ДСТ был наиболее выражен у детей ликвидаторов последствия аварии в 1987 году, рожденных через 2 и 4 года после пребывания отцов на ликвидации последствий аварии, с пиками РК у детей, рожденных через 1, 2 и через 4 года и последующим снижением РК при рождении в последующие годы до уровня близкому к РК группы контроля, при том, что отмечается последовательное увеличение числа задействованных в ДСТ процесс систем у детей, рожденных спустя 2, 4 5 и более лет после работ их родителей по ликвидации последствий аварии.
5. Необходимо дальнейшее изучение взаимосвязи механизмов формирования недостаточности соединительной ткани у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС для создания реабилитационных программ и прогнозированию здоровья будущих поколений.

Список литературы.

1. Громова О.А. Феноменология дисплазий соединительной ткани / О.А. Громова, И.Ю. Торшин // Академия эстетической медицины. – 2014.
2. Гуляева И.Л., Холмогорова О.П. Пациентка с геморрагическими проявлениями в полости рта в аспекте системной дисплазии соединительной ткани (клиническое наблюдение) // Тромбоз, гемостаз и реология. 2016. Т. 67. № S3. С. 139-140.
3. Кадурина Т.И., Аббакумова Л.Н. Дисплазия соединительной ткани: путь к диагнозу. // Вестник Ивановской Медицинской академии. - 2014. - № 3. – С. 5-11.
4. Сидорович О.В., Горемыкин В.И., Елизарова С.Ю., Нестеренко О.В. / Способ объективизации диагностики недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с помощью количественного метода // Международный журнал экспериментального образования. – 2013 – №11-2. – С. 53–55.
5. Масленников А.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани: Дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2014 – 116 с.

Мирзокалонова М.Дж., Мукарамова Д.А., Ёдгорова М.Дж.

МИОМИН – В ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Актуальность. В современной гинекологической практике во всем мире, в том числе и в Таджикистане отмечается рост частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы.

По статистике миома матки встречается у 20% женщин старше 30 лет и более чем у 60% женщин старше 40 лет. Распространенность гиперпластических процессов эндометрия увеличивается в нашей республике не только с возрастом, но и высокой трудовой миграцией, так как данная патология встречается больше у женщин, мужья которых находятся в РФ. Возраст возникновения заболевания имеет неуклонную тенденцию к снижению и приходится на 25 – 40

лет, что приводит к преждевременному росту частоты оперативных вмешательств, увеличению степени риска рака матки женщин репродуктивного возраста.

Основной фактор риска развития миомы матки – это вирусно-бактериальные воспалительные заболевания гениталий, аденомиоз (внутренний эндометриоз), наследственный фактор, внутриматочные вмешательства в анамнезе. Расположение узлов миомы может быть интрамуральное, субсерозное, субмукозное и субмукозная миома на тонкой ножке (которое иногда самопроизвольно рождается).

Научный и клинический интерес к данной проблеме вызван, как высокой частотой маточных кровотечений, обусловленных данной патологией, так и высокой вероятности малигнизации. Около 70% рака эндометрия в климактерическом периоде развивается на фоне гиперплазии эндометрия.

Актуальным является также подходы к фармакотерапии данной патологии и оптимизация терапии на уровне первичного звена здравоохранения.

В настоящее время выделено более 40 природных соединений, блокирующих развитие гипер и неопластических процессов в организме человека. Наиболее известные из них индол-3-карбинол (I3C) – биологическое активное вещество, входящий в состав растений семейства крестоцветных (цветная, брюссельская и белокочанная капуста, брокколи, кольраби, редис и редка), чаще всего получают из экстракта брокколи изопигаллокатехин-3-галлат (EGCG), являющийся активным ингредиентом данного препарата. Вместе они блокируют патологическую пролиферацию и опухолевый неопластический процесс, активируют апоптоз опухолевых клеток, также обладают противовоспалительным, антибактериальным и противовирусным действием. Препарат эффективен в отношении всех видов опухолей эпителиального происхождения женской репродуктивной системы и заболеваний, а также оказывает положительное влияние при любых функциональных расстройствах обусловленных гиперэстрогемией, предменструальным синдромом, эндометриозе, миоме матки и гиперплазии молочных желез. Основным механизмом действия препарата заключается в его выраженной антиэстрогенной активности, нормализации метаболизма женского полового гормона эстрадиола и ингибирование синтеза 16 - гидроксистерона, обладающего выраженными канцерогенными свойствами, ингибирование образования эстрогеновых рецепторов, снижение их количество в тканях-мишенях, подавление роста эстроген - зависимых и эстроген - независимых опухолей женской репродуктивной системы и торможение процессов малигнизации; индуцирует избирательный апоптоз опухолевых клеток, нейтрализует действие ростовых факторов стимулирующих развитие опухолей молочных желез.

Столь высокий профиль безопасности препаратов объясняется тем, что это негормональные средства природного происхождения.

Цель. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата природного происхождения Миомин у пациенток с миомой матки на уровне ПМСП.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2018 -2022 годы в ГЦЗ №15 г. Душанбе.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 86 женщин репродуктивного возраста (25-40 лет) с подтвержденным диагнозом Миома матки. Всем респондентам проведены рутинные методы исследования: Общий и биохимический анализы крови, УЗИ матки и придатков, Доплер УЗИ органов малого таза и КТ, а также гистологическое выскабливание эндометрия по показаниям. Всем женщинам было проведено комплексное гинекологическое обследование, проведены кольпоскопическое бактериологическое, бактериоскопическое, цитологическое, гистологическое и серологическое исследование.

Все исследуемые были разделены на две группы – основную группу составили 46 женщин (53.5%) и в контрольную группу внесены 40 женщин, что составили 46.5%.

Женщинам основной группы проведена монотерапия современным комбинированным препаратом Миомин (производства компании «Комплит - БиоФарм Украина»). Препарат назначали по 2 таблетки 2 раза в сутки на протяжении 3-6 месяцев в зависимости от размеров миомы и тяжести клинического течения. Контрольная группа получали синтетические прогестины под названием Норколут по схеме, аналогично основной группе в течение 3-6 месяцев.

Результаты. Исследование показало, что длительные и обильная менструация отмечают у себя 82 больных женщин (95,3%), альгодисменорея отмечали 81.5%, дискомфорт при половом акте отмечали 76%, тазовые и поясничные боли зарегистрированы у 69 женщин, что составило 80,2%.

Среди 48 (55.8%) пациенток репродуктивного возраста имело место первичное бесплодие у 13 исследуемых женщин что составила 3.4%, и вторичное бесплодие у 7 пациенток что составило 6.03%. У всех 100% женщин репродуктивного возраста серологическим методом ИФА выявлены ЦМВ и ВПГ, у 54% В.Эбштейна –Барра и у 4% ПВИ В19. Бактериологические исследования показали, что микоплазма и уреаплазма выявлены у 48 (55.8%), 25 (29.1%) женщин имеют хламидии и 4 респонденток токсоплазмоз, что составило 4.6%.

Терапия проводилась у пациенток основной группы с препаратом Миомин по 2 таб 2 раза в день, а в группе сравнения синтетическим гормональным препаратом Норколут по схеме в течение 3-6 месяцев, в зависимости от тяжести клинического течения и размеров миомы.

Эффективность фармакотерапии оценивали через 6 месяцев по клиническим данным, результатам ЭХО-графического ультразвукового, гистологического исследования.

При сравнительной оценке эффективности проводимой терапии у пациенток основной группы и группы сравнения (гормонотерапия) выявлено, что через 3 месяца в основной группе болевой синдром нивелировал у 36 (76,2%) пациенток, а в контрольной у 28 (70%). Через 6 месяцев болевой синдром был купирован как у пациенток основной группы, так и в группе сравнения.

После проведенного лечения у пациенток основной группы альгодисменорея наблюдалась у 13%, во второй группе у 25.3%, диспареуния не наблюдалась в основной группе, что выявлено у 12,5% женщин группы сравнения, гиперполименорея отмечалась у 2 пациенток основной группы, что составило 4,3% основной группы и 7,5% пациенток

группы сравнения. Лишний вес и ожирение отмечено у 63.5% женщин контрольной группы, чего не отмечено в основной группе, получавших препарат Миомин.

Выводы. Полученные результаты исследования показали высокую эффективность препарата Миомин в лечении миомы матки у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Удобство в использовании, безопасность и хорошая переносимость данного препарата обеспечивают высокую эффективность пациентам рекомендованным режимом терапии.

В нашей работе мы уменьшили процент женщин, имеющих альгодисменорею, обильные менструации и показали, что данный препарат приводит к уменьшению или исчезновению большинства симптомов миомы матки, сочетанной с простой неатипичной гиперплазией эндометрия.

Результаты исследования показали эффективность и безопасность природного препарата Миомин и его превосходство над синтетическим гормональным препаратом Норколут, тем, что не вызывает рецидива заболевания, а также ожирение у женщин.

Список литературы.

1. Борис О.М. Суменко В.В.. Лечение миомы матки /- Москва.-2012.-С. 476
2. Дешковская Г. И., Дешковский М.С. \ Гинекология справочник/под ред. –Москва.- 2007 –С. 225-230
3. КукесаВ.Г., Стародубцева А.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия / под ред.-Москва.-2015.-С. 631
4. Полякова В.А.\ Современная гинекология – Тюмень.- 2014г.-С.61-84

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЛИМФОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ КИШЕЧНЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ

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

Актуальность. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) наиболее чаще встречается среди детей, но, на современном этапе доказано, что часто встречается среди взрослого контингента. ОЛЛ характеризуется неконтролируемой пролиферацией гемопоэтических клеток с последующим появлением бластных клеток и инфильтрацией их во внутренние органы [3].

Клинические проявления ОЛЛ характеризуются повышенной утомляемостью, бледностью кожных покровов, повышением температуры тела, оссалгией, геморрагическими высыпаниями, кровотечениями, нередко увеличением печени и селезенки [1].

На современном этапе не вызывает сомнения, что наличием лишь общеизвестных факторов риска нельзя объяснить весь спектр лейкогенеза[4].

Факторами риска развития ОЛЛ могут быть ионизирующее облучение, отягощенность наследственного анамнеза, химиопрепараты, вирусы, тем не менее, многие из них до настоящего времени до конца не доказаны[2].

Поиск новых факторов риска развития, отягощающих течение клиники, возможно и играющих роль в развитии лейкемии, может существенно повысить эффективность ранней диагностики лейкемий.

Цель. Изучить структуру особенностей течения острой лимфоидной лейкемии, ассоциированной с кишечными гельминтами.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с острым лимфоидным лейкозом (n=73) в возрасте от 43 до 63 лет, из них мужчин было 40 (54,7%), женщин – 33(45,2%). Пациенты разделены на 2 группы: в I группу вошли 39 (53,4%) больных с ОЛЛ, ассоциированной глистной инвазией, после проведения ПХТ и во II группу вошли 34(46,5%)больных, с аналогичным возрастом и полом до начала ПХТ.Проведены развернутый анализ крови, копрология, исследование миелограммы с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга, исследование сыворотки крови, костного мозга и ликвора (ПЦР и ИФА) на гельминтов, рентгенологические методы исследования (компьютерная томография лёгких), МРТ.

Результаты.Сопоставление структуры кишечных гельминтов в обеих группах показало, что у пациентов I группы по сравнению со II группой обнаружена достоверно высокая распространенность аскариды (37% и 11%), лямблии - (33% и 13%), токсокары (30% и 9%), карликового цепня (27% и 7%), острицы (15% и 9%).

Из 39 пациентов I группы в 4 раза чаще обнаружена микст-инвазия антител к *Toxocaracanis* *Ascarislumbricoides* как в сыворотке крови, так и в костном мозге (45,0% и 11,0%).

Сопоставление клинических симптомов обеих групп показало, что у пациентов I группы оссалгия (87% и 45%), быстрая утомляемость (97% и 87%), сонливость (67% и 36%), похудение (65% и 35%), одышка (63% и 33%), бледность кожных покровов (93% и 39%), гипертермия (55% и 37%), геморрагические высыпания (73% и 39%), кровотечения (71% и 43%) преобладали по отношению к пациентам II группы.

Сравнительный анализ гематологических показателей показал, что у пациентов I группы обнаружены анемия и тромбоцитопения тяжелой степени по сравнению с пациентами II группы.

Процентное соотношение бластных клеток у пациентов I группы в периферической крови (79% и 23%) и в миелограмме (90% и 31%) почти в 3 раза преобладало по отношению к пациентам II группы.

Выводы.

1. У пациентов с ОЛЛ наиболее чаще были обнаружены аскариды, лямблии, токсокары и карликовый цепень.
2. Кишечные гельминты и проведенная ПХТ, несомненно, влияли на клинико-лабораторные показатели.

Литература

1. Aleksandra Łanocha. Protozoan Intestinal Parasitic Infection in Patients with Hematological Malignancies // J Clin Med. - 2022. - 11(10). - 2847.
2. Fatal strongyloidsestercoralishyperinfection in acute leukaemia. *Lancet*. 1983;1(8322):481.

3. Hassan Mahmoodi Nesheli. Acute Lymphoblastic Leukemia with Eosinophilia and Strongyloidesstercoralis Hyperinfection // *Journal List Iran J Pediatr* v.21(4); 2011.

4. Wilson F. Acute lymphocytic leukemia with eosinophilia: two case reports and a literature review // *Leukemia Lymphoma*. – 2005. -46(7). -1045–50.

Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н
АУТИСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ
Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии
имени проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Аутизм представляет собой расстройство, которое проявляется нарушением психического развития с качественными аномалиями в социальном взаимодействии, общении, нарушением речи и моторики, стереотипностью деятельности. Симптомы аутизма сохраняются на протяжении всей жизни, хотя степень их выраженности может уменьшаться с течением времени. Примерно в 30% случаев у детей с аутизмом выявляется регресс речи, социальных навыков, игровой деятельности, который происходит преимущественно между 18 и 24 месяцами жизни. Дети с регрессивной симптоматикой обнаруживают более высокие показатели по рейтинговой шкале детского аутизма — ChildhoodAutismRatingScale (CARS) и тяжелое течение заболевания.

Этиология и патогенез расстройств аутистического спектра остаются не до конца ясными, однако накопленные данные свидетельствуют о преимущественном значении биологических (нейроанатомических, нейрохимических, генетических) факторов в возникновении аутизма. Данные исследований показывают, что симптомы аутизма могут быть связаны с дисфункцией в мозговых структурах — амигдале, гиппокампе — и с нарушениями взаимоотношений между лимбической системой и корой головного мозга. Определенное значение придается мозжечку, который может являться частью нейрональной сети, ответственной за социальное познание и общение. Основным медиатором, которому уделяется важное значение при расстройствах аутистического спектра, является серотонин. Значительную роль при аутизме играют генетические факторы, но остается неясной граница между синдромами с четко установленными генетическими нарушениями и фенотипическими проявлениями аутистического спектра, представленными в популяции более широко. При расстройствах аутизма значительно распространены эпилептические приступы и эпилептиформные разряды в головном мозге, которые связывают с когнитивной дисфункцией. Около трети детей с аутизмом страдают эпилепсией. Эпилептиформные нарушения на ЭЭГ по разным данным присутствуют у 10,3–72,4% пациентов с аутизмом.

Связь между эпилепсией и аутистическими расстройствами недостаточно изучена, частое сочетание этих нарушений дает основание предположить их общий патогенез и возможную эффективность одних и тех же методов лечения [Y.D. Park, 2003].

В современной литературе рассматриваются следующие концепции:

- Аутизм – следствие тяжелых форм эпилепсии.
- Аутизм – следствие субклинических эпилептиформных разрядов на ЭЭГ.
- Аутизм, эпилепсия и эпилептиформные разряды на ЭЭГ – следствие одного поражения мозга, которое может иметь различную этиологию.

Распространенность эпилепсии и субклинических эпилептиформных нарушений на ЭЭГ повышена как у детей, так и у взрослых с аутизмом. По данным разных авторов, распространенность эпилепсии при аутизме составляет 5–46%.

Описана группа эпилептических энцефалопатий, в основе которых обнаруживается паттерн продолженных пик-волновых разрядов во время сна. У части пациентов клинические проявления эпилептических приступов отсутствуют, однако продолженная эпилептиформная активность во сне становится причиной когнитивной дисфункции – нарушений речи, памяти, способностей к обучению, поведенческих расстройств, в том числе аутистического поведения. Преобладание в клинической картине аутистических проявлений позволило выделить два отдельных синдрома в рамках этой группы эпилептических энцефалопатий. Термин «аутистический эпилептический регресс» применяется у детей с аутизмом, имеющих указание на регресс развития в анамнезе и эпилепсию. Термин «аутистический регресс с эпилептиформными изменениями на ЭЭГ» применяется у детей с аутизмом, у которых отсутствуют эпилептические приступы, но обнаруживаются эпилептиформные изменения на ЭЭГ. Аутистический эпилептиформный регресс обычно дебютирует в возрасте 18–24 мес. Первоначально нарушается словесное понимание, затем социальное взаимодействие, пропадает интерес к игрушкам и ролевым играм, присоединяются нарушения пищевого поведения, двигательные стереотипии (маньеризмы). Появляется страх новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненная приверженность к рутинному порядку, повышенный интерес к огню и воде. Важный симптом аутистических расстройств – нарушение эмоционального и зрительного контакта с окружающими. Нередко отмечается гиперактивность, агрессия или ауто-агрессия. В большинстве случаев характер эпилептиформной активности соответствует доброкачественным эпилептиформным разрядам детства (ДЭРД). Данные паттерны могут иметь региональный или мультирегиональный характер, а также распространяться латерализованно на все полушарие (редко) или диффузно асинхронно на обе гемисферы (типично). Индекс эпилептиформной активности резко нарастает в фазе медленного сна. Однако формирование продолженной диффузной эпилептиформной активности (картина «электрического статуса медленного сна») наблюдается редко. В целом появление и нарастание эпилептиформной активности на ЭЭГ далеко не всегда совпадает с возникновением и усилением клинических проявлений аутистического регресса. Лекарства выбора в лечении эпилепсии у пациентов с аутизмом – антиэпилептические препараты (АЭП), не оказывающие негативного влияния на когнитивные функции. Отмечен позитивный эффект вальпроатов, сукцинимидов, левитирацетама. Вместе с тем подходы к лечению при отсутствии клинических проявлений эпилептических приступов («лечение ЭЭГ» у больных с аутизмом без эпилептических приступов) до настоящего времени четко не определены.

Цель исследования. Целью исследования было изучение нейрофизиологических и клинических особенностей у пациентов с эпилепсией и аутизмом, а также определение эффективности антиэпилептической терапии среди пациентов в возрасте от 8 до 10 лет с аутистическими расстройствами.

Материалы и методы

В исследование включены: дети с непрогрессирующим поражением головного мозга с проявлениями в виде эпилепсии и аутистических признаков; с наследственно-дегенеративными заболеваниями с проявлениями в виде эпилепсии и аутистических признаков; эпилептическим аутистическим регрессом; с аутистическим регрессом (с когнитивной дезинтеграцией) с эпилептиформной активностью на ЭЭГ; с сочетанием нарушения, ассоциированным с эпилептиформной активностью на ЭЭГ, но с невысоким индексом представленности; с процессуальным аутизмом. В процессе наблюдения изучали эффективность различных противоэпилептических препаратов и их комбинации.

Результаты. Выявлены гендерные различия – достоверное преобладание мальчиков. В целом количество мальчиков в представленной выборке – 15, девочек – 8. Дебют у детей с органическим поражением ЦНС в 93% случаев отмечался на 1-м году жизни, в группе детей с генетической патологией – в первые 2 года жизни, в группе детей с отсутствием грубых органических и специфических генетических синдромов – в возрасте от 1 до 2 лет в 59% случаев, от 2 до 3 лет в 30% случаев.

В целом наличие эпилептиформной активности в состоянии бодрствования было зафиксировано у 63% больных, из них у 45% были выявлены доброкачественные эпилептиформные разряды детства, которые регистрировались у всех пациентов с эпилептическим аутистическим регрессом; с аутистическим регрессом с эпилептиформной активностью на ЭЭГ; с сочетанием нарушения, ассоциированным с эпилептиформной активностью на ЭЭГ, но с невысоким индексом представленности. Также у этих же пациентов регистрировалась эпилептиформная активность во сне. Выявлено существенное нарастание индекса эпилептиформной активности во сне по сравнению с бодрствованием.

Основной составляющей терапии у наблюдавшихся пациентов являлся вальпроат, который назначали в 75% случаев: в 35% – в монотерапии, в 40% – в политерапии (с левитирацетамом, топираматом, карбамазепином, этосуксимидом); в 27% случаев назначали три АЭП в комбинации (с этосуксимидом, левитирацетамом, топираматом, ламотриджином, карбамазепином, клобазамом). У большинства пациентов отмечалась редукция эпилептиформной активности на ЭЭГ, однако нарушения в высшей психической сфере сохранялись.

Вывод. Наши данные полностью совпали с результатами исследований М. Chez и соавт. (2006), которые также свидетельствовали о высокой эффективности антиэпилептической терапии в отношении эпилептиформной активности на ЭЭГ, но оказались более скромными в отношении нарушений психических функций.

R. Guerrini (2006) считает, что у пациентов с эпилептическими энцефалопатиями препаратами выбора являются вальпроаты, этосуксимид в монотерапии или в комбинации, а также кортикостероиды.

По мнению Л.Р. Зенкова (2007), препаратом первого выбора при эпилептических энцефалопатиях является вальпроевая кислота (ВПК). Это обусловлено прежде всего тем, что, эффективно подавляя эпилептиформную активность на ЭЭГ, а следовательно, и эпилептические разряды в мозге, вальпроевая кислота высвобождает нейроны для осуществления нормальной функциональной активности. Еще один противоэпилептический механизм действия ВПК является, по-видимому, важным фактором ее эффективности в лечении детских эпилепсий и эпилептических энцефалопатий, в основе которых лежат незрелость нейрональных систем, нарушение нормального функционирования из-за вовлеченности в эпилептические разряды, пластические нарушения вследствие разрядов в нейронах, эксайто-токсическая их гибель. Именно эти звенья нормализует вальпроевая кислота.

Таким образом, связь между эпилепсией, эпилептиформной активностью на ЭЭГ и расстройством аутистического спектра до сих пор недостаточно изучена и до настоящего времени остается актуальной, однако с клинической точки зрения существование этой связи должно быть своевременно диагностировано, и обследование для исключения эпилепсии должно проводиться у пациентов с аутизмом в рутинном порядке. Кроме терапии с АЭП, должны проводиться поддерживающие мероприятия с целью коррекции их психологического развития и для решения данной проблемы необходимы дальнейшие исследования в области детской психиатрии, неврологии и эпилептологии.

Список литературы

1. Spence S.J., Schneider M.T. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatr Res* 2009;65(6):599–606.
2. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства. М.: МЕДпресс-информ, 2007;280с.
3. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей. М.: АртСервис Лтд, 2011;680с.
4. Chez M., Chang M., Krasne V. et al. Frequency of epileptiform EEG abnormalities in a sequential screening of autistic patients with no known clinical epilepsy from 1996 to 2005. *J Epilepsy Behaviour* 2006;8:267–71.
5. Canitano R. Epilepsy in autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;1:61–6.
6. Воронкова, О.А. Пылаева, А.А. Холин, Г.С. Голосная, Т.В. Ананьева, А.С. Петрухин. Эпилепсия и аутизм. // Оригинальные исследования и методики. С 19-27.

Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КИНСБУРНА

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

Актуальность. Энцефалопатия Кинсбурна, или опсоклонус-миоклонус синдром, – это аутоиммунное заболевание центральной нервной системы с преимущественным поражением мозжечка и его связей, которое характеризу-

ется достаточно быстрым прогрессирующим течением и встречается редко. Этиология и патогенез заболевания изучаются. Данный синдром может развиваться на фоне злокачественных опухолей, инфекционных заболеваний и вакцинаций. В статье представлен клинический случай этой редкой нозологической единицы.

Опсоклонус-миоклонус-синдром (ОМС) – редкое, зачастую хронически рецидивирующее (примерно у 2/3 пациентов) и мало исследованное как с медицинской, так и с клинко-психологической точки зрения тяжелое неврологическое заболевание. Данные о распространенности синдрома крайне малочисленны: в США регистрируется 1 случай на 10 млн человек; в Великобритании, по данным популяционного исследования, – 0,018 на 100 тыс. населения всех возрастных групп [1, 2]. Первые описания данного расстройства появились в 60-е гг. прошлого столетия в Австрии, США, Англии. Генез заболевания до конца неясен, как и факторы, влияющие на тяжесть его течения, успешность лечения и прогноз. В структуре дефекта при данном синдроме описываются совокупность неврологических нарушений, а также отдельные клинко-психологические симптомы

Основные неврологические симптомы ОМС:

- 1) тремор в руках и ногах, нарушения манипулирования с предметами, самостоятельной ходьбы, атаксия и, как следствие, массивный регресс сформированных к определенному возрасту возможностей ребенка;
- 2) опсоклонус, который проявляется в виде резких, произвольных, хаотичных движений глаз;
- 3) нарушения сна, значительно выраженная эмоциональная неустойчивость, агрессия или, напротив, апатия.

Название «опсоклонус-миоклонус синдром» предложили P. Talon и C. Stoll в 1985 г. Впервые ОМС был описан Полем Сандифером в 1964 г., в том же году Марсель Кинсбурн описал в своем отчете случай наблюдения за шестью детьми в возрасте 9–20 мес. с нарушением координации, миоклониями и хаотичными движениями глаз, при этом у четырех пациентов наблюдалось улучшение на фоне адренокортикотропной гормональной терапии (АКГК). Термин «опсоклонус» (греч. ops – глаз, klonos – беспорядочные движения) был предложен в 1913 г. польским неврологом K. Ozechowski. Для обозначения опсоклонуса используются и другие термины: «глазные миоклонии», «флаттер», «танец глазных яблок», «парные атактические движения глаз», «молниеносные движения глаз», «желеподобное дрожание», «саккадомания», «беспорядочное возбуждение глаз» [1, 2, 4].

На сегодняшний день выделяют три основные причины развития энцефалопатии Кинсбурна. Опсоклонус-миоклонус синдром может развиваться на фоне злокачественных опухолей, инфекционных заболеваний и вакцинаций. Учитывая редкость данной патологии, представляется интересным приведение клинического случая пациентки, которую мы наблюдали.

Цель исследования. Целью работы было изучение клинической картины случая энцефалопатии Кинсбурна или опсоклонус-миоклонус синдрома. **Материал и результаты исследования.** Больной, 3 года, находился в неврологическом отделении с диагнозом «энцефалопатия Кинсбурна (опсоклонус-миоклонус синдром)». При поступлении пациент предъявлял жалобы на общую слабость, неуверенность при ходьбе (ходит с поддержкой), подергивания глазных яблок в покое и при движении во все стороны, дрожание подбородка, головы, рук, нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный).

Анамнез заболевания. У пациента появилась общая слабость, недомогание, повысилась температура тела до фебрильных цифр. На следующий день появилось системное головокружение, а после – возникла рвота. Через пару дней состояние ухудшилось: головокружение стало постоянным, походка стала неуверенной, она не могла ходить без поддержки, появился нистагм (горизонтальный, вертикальный, ротаторный), дрожание век, частое мигание, головы. Эти движения усиливались при взгляде на предметы, осмотре врача. Отмечались внезапные вздрагивания всем телом на внешние раздражители (кто-то вошел в кабинет или палату, позвал пациента).

Анамнез жизни. Родился в срок, доношенный, выписан в срок. Развивался в соответствии с возрастными нормами. Вакцинирован. Наследственность не отягощена. Недавно перенес COVID – 19.

Неврологический статус. Зрачки равные, движения глазных яблок в полном объеме. Миоклонические подергивания глазных яблок, головы. Миоклонии возникают спонтанно при взгляде вперед, вверх, в стороны. Нистагм – горизонтальный, вертикальный, ротаторный. Зрачки ровные, D=S. При закрытых глазах отмечаются быстрые подергивания (вращения) глазных яблок, дрожание век. Лицо симметрично, язык по средней линии, глотание свободное. Парезов в конечностях нет, тонус сохранен, рефлексы живые равные. Патологических знаков нет. Чувствительность не нарушена. Походка атактическая, ходит только с поддержкой. В позе Ромберга большая неустойчива. Менингеальных знаков нет.

Данные дополнительных обследований. Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи без патологии. Электрокардиограмма без выраженных изменений. Глазное дно без патологии. Ликвор без изменений. На ЭЭГ – эпилептиформной активности нет. На магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, спинного мозга, грудной клетки, брюшинного пространства – патологических образований/ изменений нет.

Ведущими клиническими синдромами у пациента были: опсоклонус глазных яблок, миоклонии и дрожание век, подбородка, системное головокружение, мозжечковые нарушения. Дополнительные методы обследования спинномозговой жидкости, общепатологические методы,

Дифференциальный диагноз проводился с мозжечковыми атаксиями, вестибулярным нейронитом, стволовым энцефалитом, рассеянным склерозом, эпилепсией. Основываясь на наличии специфических миоклонических подергиваний глазных яблок (синдром «порхающих глаз»), головы, мозжечковых нарушений, головокружения, отсутствии изменений в ликворе и на МРТ, ЭЭГ, был выставлен диагноз: «энцефалопатия Кинсбурна (опсоклонус-миоклонус синдром)».

Пациенту была назначена терапия кортикостероидами: преднизолон из расчета 1 мг/кг массы тела, пять сеансов плазмафереза. На фоне лечения уменьшилось головокружение, опсоклонус глазных яблок, дрожание головы, частое мигание. Больной был выписан из стационара с рекомендацией динамического наблюдения. Доза преднизолона оставалась прежней в течение 1 мес. Патологический процесс стабилизировался. Миоклония глазных яблок, тремор,

покачивание при ходьбе уменьшились. Исходя из состояния пациента, стабилизации процесса, было принято решение оставить поддерживающую дозу преднизолона.

Наше наблюдение отвечает всем клиническим симптомам этого заболевания, которые мы нашли в литературе. Вначале отмечались вегетативные нарушения (тошнота, рвота), затем присоединились миоклонические подергивания мышц лица, конечностей, опсоклонус глазных яблок, а также мозжечковые нарушения: интенционное дрожание при выполнении координационных проб, неустойчивость в позе Ромберга, шаткая походка. Изменений в ликворе, на МРТ головного мозга выявлено не было. Был отмечен положительный ответ на терапию кортикостероидами: значительно уменьшился опсоклонус глазных яблок и миоклонические гиперкинезы мышц лица и тремор конечностей.

По данным литературы, энцефалопатия Кинсбурна (ОМС) развивается на фоне опухолевых процессов или возникает после инфекций. ОМС у детей примерно в половине случаев является паранеопластическим синдромом и, как правило, связан с опухолью симпатической нервной системы, часто с нейробластомой (88%), реже с ганглио-нейробластомой (12%). Опухоль может располагаться в забрюшинном пространстве (48%), медиастинально (30%), другая локализация наблюдается в 22% случаев. У взрослых паранеопластический ОМС развивается при раке молочной железы, яичников, матки, мелкоклеточной карциноме легких. Энцефалопатия (ОМС) может развиваться после инфекционных процессов. Были сообщения о выявлении нейротропных вирусов при ОМС, таких как вирус Коксаки, Эпштейна – Барр, парвовируса В19, но прямая их связь с развитием заболевания не доказана.

В литературе имеется сообщение о нескольких морфологических исследованиях при паранеопластическом ОМС. Отмечают умеренную диффузную демиелинизацию белого вещества полушарий головного мозга, уменьшение числа клеток Пуркинье и демиелинизацию преимущественно путей зубчатого ядра мозжечка. В некоторых случаях видимые патоморфологические изменения в головном мозге могут отсутствовать. Кинсбурн отмечал преимущественную демиелинизацию проводящих волокон от зубчатого ядра мозжечка, умеренную диффузную демиелинизацию белого вещества полушарий большого мозга, уменьшение числа клеток Пуркинье, что соответствует клиническим данным. Таким образом, роль мозжечка и его связей с другими отделами нервной системы в формировании клинической картины ОМС несомненна. В возникновении миоклоний при ОМС принимают непосредственное участие зубчатое ядро мозжечка, ствол головного мозга. Дисфункцией корково-мозжечковых связей можно объяснить нарушение поведения и настроения при ОМС, нарушение других мозжечковых связей может приводить к двигательным нарушениям.

На МРТ головного мозга изменений часто не находят. Спинномозговая жидкость обычно в пределах нормы, но иногда выявляется лимфоцитарный плеоцитоз. Кроме того, в ликворе могут быть обнаружены повышенные уровни IgG, олигоклональные полосы, но эти изменения неспецифичны. Для исключения эпилептического генеза миоклоний проводят ЭЭГ, и, как правило, эпилептической активности не отмечается.

Прогноз заболевания, по данным литературы, зависит от тяжести заболевания при дебюте, количества рецидивов и длительности периода от начала заболевания (от появления первых признаков?) до назначения правильного лечения. Неэффективность терапии связана с отсроченным или неадекватным лечением. Авторы также подчеркивают, что прогноз не меняется при внутривенном и пероральном введении АКТГ, а также не зависит от общего числа курсов иммуноглобулина. В ряде исследований не выявлено корреляции между прогнозом ОМС и временем начала терапии.

Вывод

Энцефалопатия Кинсбурна, или синдром опсоклонуса-миоклонуса, представляет собой достаточно редкий и уникальный клинический синдром. В нашем случае – ссылаемся на паранеопластическую этиологию ОМС. Необходимы дальнейшие исследования с целью изучения этиологии и патогенеза этого заболевания, поиск новых специфических методов лечения.

Список литературы

1. Шнайдер Н.А., Кантимирова Е.А., Ежикова В.А. Синдром опсоклонуса-миоклонуса. Нервно-мышечные болезни. 2013; 3: 22–26. [Shnayder N.A., Kantimirova E.A., Ezhikova V.A. Opsoclonus-myoclonussyndrome. Neuromuscular Diseases. 2013; 3: 22–26 (inRuss.)].
2. Шнайдер Н.А., Дыхно Ю.А., Ежикова В.В. Клиническая гетерогенность паранеопластического неврологического синдрома. Сибонколог. журн 2011; 3(45):82–90.
3. Giometto B., Grisold W., Vitaliani R. et al. Paraneoplastic neurologic syndrome in the PNS Euronetwork database: a European study from 20 centers. Arch Neurol 2010;67:330–5.
4. Zuliani L., Graus F., Giometto B. et al. Central nervous system neuronal surface antibody associated syndromes: review and guidelines for recognition. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012;83(6):638–45.
5. Ertle F., Behnisch W., Al Mulla N.A. et al. Treatment of neuroblastoma-related opsoclonus–myoclonus–ataxia syndrome with high-dose dexamethasone pulses. Neuroophthalmol 2012;36(4):149–52.

Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н

СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ФОРМ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ

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

Актуальность. Агрессия – полноценная составляющая эмоциональной жизни человека. Это довольно сложная и разрушающая эмоция, которая пагубно влияет не только на человека, проявляющего ее, но и окружающих людей. С точки зрения психологии, агрессия – это качество личности, которое выражается в действиях и поступках, направленных на причинение вреда, как окружающим, так и самому себе.

Проблема агрессивности актуальна на протяжении всего существования человечества. В период жизни человека агрессивное поведение типично для человека, с которым непросто справиться. Борьба с этими агрессивными

импульсами очень важна для установления связей в обществе и личного благополучия. Поэтому проблема агрессивности личности становится особенно актуальной и выходит на первый план научного понимания, и ее дальнейшее исследование не вызывает сомнений.

В целом проявление агрессивности рассматривается как готовность человека к враждебному поведению. Она не является врожденной, а скорее трактуется как приобретенная в процессе взаимодействия с обществом. Проявление агрессивности – добровольно сложный процесс, в котором задействовано много различных факторов.

Целью исследования. Изучение распространенности форм агрессии и степени ее выраженности у студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Методика. Нами было обследовано 39 студентов четвертого курса (11 девушек и 28 юношей). Для выявления распространенности форм агрессии использовали тест Л.Г. Почебут. Нами были выделены следующие формы агрессии: вербальная (ВА-синонимами является речевая или языковая агрессия. Реализуется в словесной форме, в оскорблениях, угрозах), физическая (ФА-прямое использование силы для нанесения морального/физического ущерба объекту), предметная (ПА-это разрядка внутреннего напряжения путем разрушения или повреждения предметов), эмоциональная (ЭА-реализуется невербально, с помощью интонации голоса, жест и мимики) и самоагрессия (СА-направлена конкретно на себя. Характерными признаками являются «саморазрушающее» поведение и самоуничтожение). По общему баллу нами выделено 4 степени выраженности агрессии: 1 степень - до 10 баллов, 2 степень -11-19, 3степень - 20 и более баллов.

Результаты. Пол – это фактор, который играет роль в агрессии как человека, так и животных. Мужчины получают значительно высокие баллы по шкале физической и вербальной агрессии, чем женщины. Обзор зарубежной литературы привел к следующим выводам: мужчины более агрессивны, чем женщины в нейтральных условиях, и особые типы провокаций на них действовали одинаково.

Что касается наших исследованных студентов с низкой степенью агрессии всего 9%, с умеренной агрессией - 56%, с высокой степенью агрессии 35%. Отмечается особенность проявления агрессии у девушек и юношей: низкая и умеренная степень агрессии более выражена среди девушек и составляет соответственно 67% и 52%; очень высокая степень агрессии более выражена среди юношей и составляет 77% против 23% среди девушек. Результатыраспространенности форм агрессии показывают, что у каждого третьего студента отмечается СА (33%) и ФА (28%), а у каждого седьмого (14%) - ВА. Наименее выражена эмоциональная агрессия (6%). Сравнительный анализ форм агрессии среди юношей и девушек показывает, что у юношей наиболее выражена (81%) физическая агрессия, то есть они выражают свою агрессию по отношению к другому человеку с применением физической силы. У девушек эта форма агрессии отмечается лишь у 19%. У юношей также выражена вербальная агрессия (61%) для выражения своей агрессии они используют словесные оскорбления. Среди девушек эта форма агрессии отмечается 39%. Следует отметить, что незначительное количество лиц с низкой агрессией по ФА, ПА и СА (5-7%).С умеренной агрессией приблизительно на одинаковом уровне ФА, ПА, ЭА и СА (60-69%). Наибольшее количество лиц с высокой агрессией отмечается с ВА(49%). В случае с негативными переживаниями поведение детерминируется желанием избавиться от них – избавиться от ситуации страха дефицита или уменьшения ресурсов.

Вывод. Таким образом, результаты наших исследований показывают, что у всех студентов выявляются различные формы агрессии, отличающиеся у юношей и девушек. Студенческий период является благоприятным периодом для формирования личности, что способствует повышению физического и психического здоровья и осознанию себя как полноправного члена общества. По результатам рекомендуется уменьшить склонность студентов к оправданию агрессии и использованию насилия с помощью программ профилактики и вмешательства и уделять особое внимание юношам. Своевременное выявление доминирующей формы агрессии дает возможность проводить эффективную профилактику конфликтов и ее стабилизации. В учебных заведениях целесообразно создать дисциплинарный комитет для решения проблем, связанных с агрессивным поведением, особенно физической и вербальной агрессией. Учащиеся, вовлеченные в случаи агрессии, должны в дополнение к другим мерам обращаться к консультанту – психологу для исправления ситуации.

Список литературы.

1. Кленова М. А., Гоняева Л. Е. Личностные особенности эмоциональной сферы подростков// Психология, социология и педагогика. Саратов, №9, 2016. С. 114
2. КимА. Л., ИвановаМ. С. Агрессияуподростков// BulletinofMedicalInternet Conferences (ISSN 2224 – 6150), 2015. Volume 5. Issue 12.
3. Лукина М. Л., Шарифулина И. А. Детская агрессия// Вестник науки и образования №15 (93). Часть 1. 2020. С. 96.
4. Ильясов Ф. Н. О соотношении агрессии и страха// Социальные исследования. 2017. №1. С. 62-69.
5. Аскарова М. Т. Гендерные различия в проявлении агрессии у студентов// Экономика и социум. №11 (90), 2021. С. 764 – 767.

Михайлова О.В.

ТУБЕРКУЛЕЗ У МИГРАНТОВ И ЛИЦ, ПРИРАВНЕННЫМ К НИМ, В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кафедра фтизиопульмонологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Актуальность. В обстановке стабилизации заболеваемости туберкулезом в Республике Беларусь важно оценить уровень заболеваемости туберкулезом отдельных групп населения [1]. Известно, что в настоящее время одним из главных факторов распространения туберкулезной инфекции является широкая миграция населения, а профилактическое направление остается приоритетным для фтизиатрической службы всего мира [2,3,4]. В республике зарегистри-

стрированы трудовые мигранты более чем из 60 стран мира, в том числе – из эпидемически неблагополучных по туберкулезу.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения туберкулеза у мигрантов и лиц, приравненных к ним, в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования. Проведен клинический ретроспективный анализ 20 карт стационарного лечения пациентов, находившихся на лечении в туберкулезных (легочных) отделениях ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2020-2022 гг. В исследуемую группу включены иностранные граждане.

Результаты исследования и их обсуждение. Выполненное исследование позволило установить, что средний возраст заболевших составил 25,4 лет. Значительных гендерных различий не наблюдалось, мужчин выявлено 11 (55%), женщины – 9 (45%). Среди заболевших доминируют граждане Китая, на втором месте – Туркменистана. По 2 (10%) пациента были гражданами Азербайджана, Гвинеи, Индии и России соответственно, 1 (5%) пациент – Таджикистана. Приведенная выше информация представлена в Таблице 1.

Страны прибытия	Количество пациентов
Китай	6
Туркменистан	5
Индия	2
Гвинея	2
Азербайджан	2
Россия	2
Таджикистан	1

Таблица 1. Распределение иностранных граждан, заболевших ТБ, по странам.

Распределение пациентов в зависимости от проживания в г. Минске выглядит следующим образом: Партизанский район – 5 (25%) пациентов, Октябрьский, Московский, Советский – по 3 (15%) пациента соответственно, Центральный район – 2 (10%) пациента, Заводской, Первомайский и Фрунзенский – по 1 (5%) пациенту соответственно. Лица БОМЖ составили 5% (1 человек).

Анализируя трудоспособность иностранных граждан на момент выявления заболевания установлено: не имели постоянного места работы 5 (25%) пациентов, 12 (60%) заболевших являлись студентами ВУЗов, 3 (15%) пациента работали (2 из них – в сфере образования и здравоохранения соответственно).

Распределение пациентов в зависимости от группы первичной регистрации выглядит следующим образом: впервые выявленный туберкулез – 9 (45%) пациентов, зарегистрированы как прибывшие из других учреждений – 11 (55%) пациентов.

Специфический процесс в легких выявлен при обращении за медицинской помощью у 7 (35%) пациентов, при профилактическом осмотре – 12 (60%) случаев. Способ выявления неизвестен у 1 (5%) пациента.

Легочные формы туберкулеза составили 19 (95%) случаев, внелегочный туберкулез – у 1 (5%) пациента.

У пациентов из числа мигрантов и лиц к ним приравненных, в преобладающем большинстве – 13 (65%) случаев установлен диагноз инфильтративного туберкулеза легких, в 4 (20%) случаях – диссеминированного, у 1 (5%) пациента – очаговый туберкулез легких, у 1 (5%) – туберкулезный плеврит, 1 (5%) пациент с диагнозом острого милиарного туберкулеза множественной локализации. Приведенная выше информация представлена в Таблице 2.

Клиническая форма ТБ	Количество пациентов
Инфильтративный	13
Очаговый	1
Милиарный (множ. локализации)	1
Диссеминированный	4
Плеврит	1

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от клинических форм туберкулеза.

У 13 (65%) пациентов диагноз туберкулеза верифицирован результатом бактериоскопического исследования мокроты. Бактериологическое исследование имело положительный результат у 15 (75%) пациентов.

В ходе анализа спектра лекарственной чувствительности *M. tuberculosis* к ПТЛС в группе иностранных пациентов установлено, что у 4 (20%) пациентов имела резистентность возбудителя: у 1 пациента к H, у 1 – к R, у 1 – к H и R, у 1 – к H, R, Z. 16 (80%) пациентов имели лекарственно-чувствительную форму туберкулеза.

Рентгенологически в легких процесс в фазе инфильтрации зафиксирован у 9 (45%) пациентов, в фазе инфильтрации, распада и обсеменения – у 4 (20%) пациентов, по 2 (10%) пациента имели инфильтрацию/обсеменение и инфильтрацию/распад соответственно. Фаза процесса не установлена на основании рентген картины у 3 (15%) пациентов.

В процессе противотуберкулезной терапии негатаивация мокроты достигнута на 1-ом месяце лечения у 10 (50%) пациентов, на 3-м месяце лечения – у 3 (15%) пациентов, по 1 (5%) пациенту прекратили выделять возбудителя в окружающую среду на 4-м и 5-м месяце соответственно. У 5 (25%) пациентов сроки абацелирования не установлены, так как 1 (5%) пациент умер во время лечения, 4 (20%) пациента выбыли за пределы Республики Беларусь, находясь на основном курсе лечения.

Сопутствующий диагноз ВИЧ-инфекция установлен у 2 (10%) пациентов, граждан Азербайджана и Гвинеи. Антиретровирусные лекарственные средства принимал 1 (5%) пациент.

Исход лечения как «излечен» зафиксирован у 8 (40%) пациентов, выбыли за пределы РБ 5 (25%) пациентов. Исход лечения как «неудача (перевод в МЛТУ)» зафиксирован у 2 (10%) пациентов. Смерть от других причин (не связанных с диагнозом туберкулеза) установлена у 1 (5%) пациента. На момент исследования продолжали лечение 4

(20%) пациента. Приведенная выше информация представлена в Таблице 3.

Исход лечения	Количество пациентов
Излечен	8
Неудача в лечении (перевод в МЛЮ)	2
Продолжают лечение	4
Выбыл за пределы РБ	5
Смерть от др. причин	1

Таблица 3. Распределение пациентов в зависимости от исходов лечения.

12 (60%) пациентов из числа иностранных граждан относились к обязательным контингентам, из них учащиеся – 10 (50%) пациентов, работники медицинских учреждений и учебных учреждений для детей и подростков – по 1 (5%) пациенту соответственно.

Несмотря на то, что все анализируемые пациенты относятся к категории угрожаемых контингентов, в частности беженцы/мигранты, отягощающим моментом у 2 (10%) пациентов являлось отсутствие рентген флюорографического обследования в течение последних 2 лет, причем у студента ВУЗа и преподавателя. По 1 (5%) пациенту имели место быть перенесенный туберкулез другой локализации, наличие ВИЧ-инфекции и другой тяжелой сопутствующей патологии соответственно.

Выводы.

1. Среди заболевших мигрантов и лиц, приравненных к ним, доминируют граждане Китая, на втором месте - Туркменистана. Среди заболевших преобладают студенты ВУЗов (60%), что объясняется стрессовой ситуацией в процессе обучения и сложностями преодоления языкового барьера в чужой стране.
2. У 10% пациентов отсутствовали данные рентген флюорографического обследования в течение последних 2 лет, что свидетельствует о низком контроле за прохождением ежегодных профилактических осмотров населения.
3. У 80% пациентов выявлена лекарственно-чувствительная форма туберкулеза., которая протекает более благоприятно (негативация мокроты на 1-ом месяце терапии отмечена у 50% пациентов, клиническое излечение заболевания зафиксировано у 40% пациентов).

Список литературы.

1. Бородин, Г. Л. Клинические особенности туберкулеза у студентов высших учебных заведений / Г. Л. Бородин, Т. С. Матошко, Е. Ю. Коршикова // Материалы Республиканской науч.- практ. конф. с междунар. участием «МЛЮ-туберкулез: новые научные достижения и их практическое применение», Минск, 17-18 ноября 2016 г.
2. Концепция государственной миграционной политики РФ до 2025 года <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/402320/#ixzz3SZ13C2dV>
3. Рекомендации по вопросам контроля за туберкулезом среди мигрантов http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/Nechaeva_spb_migranti.pdf
4. Чумоватов Н.В., Черных П.Е., Стаханов В.А./ Анализ заболевания туберкулезом иностранных учащихся ВУЗов// «Смоленский медицинский альманах» Материалы научно-практической конференции «Туберкулез как социальная болезнь и миграция», Смоленск, 2016. – С. 111-114.

Мукарамова Д.А., Ёдгорова М.Дж., Ходжиматова З.Ф.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Актуальность. В последние годы по данным литературы наблюдается тенденция к увеличению количества детей с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) (G.90 по МКБ) включающий в себе проявление всех форм нарушений вегетативной регуляции и встречающийся от 20-80% детей и подростков и обратившихся врачам учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Проблема синдрома вегетативной дисфункции (СВД) остается актуальной, так как существенно влияет на качество жизни детей и подростков, влияя как на общее самочувствие, так и на реализацию социума в обществе. Синдром вегетативной дисфункции очень часто развивается уже на первом году жизни ребенка, что чаще всего остаётся незамеченным родителями и семейными врачами.

СВД у детей и подростков, чаще в молодом возрасте приводят к развитию вегетативным дисфункциям со стороны ССС: нарушение частоты сердечных сокращений, перебои в сердце, учащении пульса или чувства остановки сердца, колебание артериального давления, боли в левой половине грудной клетки, со стороны дыхательной системы: ощущение нехватки воздуха, удушья, одышка, затрудненный вдох, учащенное дыхание; со стороны пищеварительной системы: тошнота и рвотный рефлекс, метеоризм, отрыжка, изжога, запоры и поносы; со стороны терморегуляционной системы: на фоне стресса повышение температуры тела и приливы жара, озноб, холод в конечностях, повышенная потливость, спазмы сосудов; со стороны неврологической системы: снижение способности учёбы, нарушении адаптации в детских учреждениях, постоянная тревожность, поверхностный сон, тремор рук и ног, обморочные состояния, внутренняя дрожь и страх; со стороны опорно-двигательного аппарата: боли в мышцах и суставах.

Факторами развития СВД являются: патологическая беременность и роды, неправильное питание и воспитание младенцев и детей первого года жизни, частые заболевания, стресс и не исключается роль таких социальных факторов как недоедание, труд с малых лет жизни, неполная семья и другие в возникновении этих заболеваний у детей и подростков.

Для своевременной и полноценной диагностики СВД врачам учреждений первичной медико-санитарной помощи необходимо проведение целесообразного медицинского осмотра ребенка, тщательно собранный анамнез, узнавание

личностных характеров детей, общеклинических, неврологических и психологических методов исследования.

Своевременная рациональная коррекция этих расстройств позволяет предотвратить вероятность их прогрессирования и различных осложнений.

Прежде чем поступит к лечению больных с СВД с точки зрения доказательной медицины, пациентов с СВД в детском и подростковом возрасте отдаётся предпочтение препаратам, обладающим поливалентным действием и с минимальными побочными эффектами, при этом необходимо соблюдение правил и монотерапии.

Лечение СВД у детей и подростков базируется на необходимости сбалансирования двух отделов вегетативной нервной системы (ВНС): симпатического и парасимпатического и укладывается применением ноотропов, антиоксидантов и вегетотропных препаратов.

В нашем исследовании приводилось лечение детей и подростков препаратом «Тенотен детский», безопасного успокаивающего, сбалансированного действия, которого можно использовать с 3 лет и созданный специально для детей с учетом особенностей детского организма, регулирующий процессы возбуждения и торможения, нормализующий работу вегетативной нервной системы, поведение ребенка, устраняющий психоэмоциональные напряжения, повышающий способность к обучению и адаптации, с антиксилиотическим, нейропротективным, ноотропным и вегетотропным эффектом, повышающий активность стресс-лимитирующих систем, оказывая ГАМК-миметическое и нейротрофическое действие, способствующей восстановлению процессов нейрональной пластичности, не вызывая седативного, миорелаксантного и холинолитического действия.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности препарата «Тенотен детский» в практике семейных врачей ГЦЗ №15 г. Душанбе при лечении СВД у детей и подростков.

В исследование были включены 60 детей и подростков (30 мужского (50%) и 30 (50%) женского пола) в возрасте от 7 до 18 лет с подтвержденным клиническим диагнозом СВД. У всех детей мужского и женского пола жалобы почти одинаковы.

Основную группу детей и подростков составили 15 мальчиков и 15-девочек получавших в качестве монотерапии препарат «Тенотен детский» по 1 табл.3 раза в сутки под язык. Группа сравнения тоже была представлена 30 (15 мальчиков и 15 девочек) детьми, которым была проведена курс традиционного базисного лечения, включающий ноотропы (пирацетам, фенибут, кортексин, церебролизин, энцефабол) а также кардиотонические препараты карвалол, валокордин, винпоцетин), вегетотропные (беллоид), седативные (глицин, валериана, пустырник) препараты. Продолжительность лечения в обеих группах составила 4 недели, всем детям назначались гимнастика и ЛФК.

В динамике всем обследованным проводили клинический осмотр с оценкой неврологического статуса.

Клинические признаки и показатели вегетативного состояния нервно-психического состояния и ССС оценивали перед началом исследования, через 28 дней после проведенной лечения.

Исходно пациенты предъявляли жалобы преимущественно астеновегетативного и невротического характера. Преобладающими жалобами явились головные боли давящего, пульсирующего характера в

лобно-височных и затылочных областях 61,7%; эмоциональная лабильность, тревожность, нарушения сна 81,6%; кардиалгии и ощущения перебоев в области сердца 41,6%. Гипергидроз ладоней, стоп, стойкий красный дермографизм, акроцианоз отмечались у 61,7% больных. Клинические проявления синдрома раздраженного кишечника (запоры, метеоризм, боли в животе) отмечались у 45% из общего числа обследованных пациентов.

Кризисные состояния в анамнезе имели место у 68,3% обследованных лиц.

В клинической картине у всех обследованных отмечалась нестабильность пульса и артериального давления (АД).

По окончании курса лечения у большинства обследованных больных обеих групп отмечались уменьшение числа и интенсивности жалоб астено - невротического характера, снижение выраженности болевого синдрома (головных болей, кардиалгий, болей в животе), данные которых приведены в таб. 1.

Таблица 1

Жалобы	Основная группа n=30		Группа сравнения n=30	
	до лечения	после лечения	До лечения	После лечения
Головная боль	66,7	13,3	56,6	20,0
головокружение	33,3	3,3	30,0	8,3
вестибулопатии	23,3	6,6	26,7	8,3
Боли в области сердца	26,7	3,3	26,7	10,0
Ощущение перебоев в сердце	16,7	-	13,3	3,3
Чувство «замирание сердца»	10,0	-	8,3	-
Повышенная утомляемость	33,3	6,6	36,6	13,3
Снижение работоспособности	50,0	13,3	46,6	16,7
Лабильность АД	83,3	13,3	80,0	33,3
Вегетативная лабильность	66,7	16,7	63,4	20,0
Эмоциональная лабильность	83,3	16,6	80,0	26,7

Синкопальные состояния	3,2	-	3,3	-
Боли в животе	43,3	30,3	46,6	36,6

При этом у 80% больных основной группы положительная динамика отмечалась уже к концу 2-й недели от начала лечения (на 10–14-й день).

Наиболее отчетливая положительная динамика соматического и вегетативного статуса имела место у больных с гиперсимпатико-тоническим типом вегетативной дисфункции получавших «Тенотен детский». Улучшение психоэмоционального фона, исчезновение тревожности, значительное повышение работоспособности, концентрации внимания и нормализация сна отмечали к 14–17-му дню у 73,3% пациентов основной группы, что указывало на ноотропный эффект действия препарата. В то время как динамика вышеизложенных клинических симптомов у больных группы сравнения отмечалась лишь в 43,3% случаев на момент окончания курса терапии препаратом Тенотен (на 28-й день).

Клинический эффект отсутствовал лишь у 2 больных группы сравнения. Показатели АД у подавляющего числа пациентов основной группы к окончанию курса лечения стабилизировались и соответствовали возрастным нормам. Каких-либо побочных реакций и нежелательных явлений в процессе лечения препаратом «Тенотен детский» не наблюдалось ни у одного больного.

Комплексный подход к оценке СВД позволил выявить более чем у половины пациентов парасимпатическую направленность исходного вегетативного тонуса. Изучение вегетативной реактивности (ВР) у детей с СВД показало преобладание гиперсимпатикотонической вегетативной реактивности (ВР) (46,6% пациентов основной и 43,3% – группы сравнения), свидетельствующей о напряженности адаптационных механизмов вегетативной регуляции. У 35% обследованных наблюдалась асимпатикотоническая вегетативная реактивность, указывающая на истощение компенсаторных механизмов.

Симпатикотоническая реактивность отмечалась у 28,3% пациентов и, как правило, сочеталась с повышенной эмоциональной лабильностью.

У обследованных больных обеих групп до проведения курса лечения показатели свидетельствовали о преобладании парасимпатических влияний на регуляцию ритма сердца. На фоне проводимого лечения у пациентов основной группы показатели свидетельствовали о нормализации вегетативного статуса уже через 14 дней от начала монотерапии препаратом «Тенотен детский».

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что препарат «Тенотен детский» обладает сопоставимой, а в ряде случаев

и превосходящей стандартную терапию, высокой клинической эффективностью и безопасностью в лечении различных вариантов СВД у детей и подростков. Монотерапия с 4-недельным курсом позволил нивелировать астеновегетативные и невротические нарушения у детей, и подростков, улучшить вегетативный гомеостаз и показатели функционального состояния ССС. Полученные данные подтверждают отчетливый противотревожный, вегетостабилизирующий и ноотропный эффекты препарата и позволяют рекомендовать «Тенотен детский» в качестве монотерапии в комплексе для лечения детей и подростков с СВД. Монотерапия препаратом «Тенотен детский» с точки зрения фармако-экономики, доступно.

Литература:

1. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. Минск: Амалфея, 2000.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА, 2002.
3. Царегородцева Л.В. Лечение синдрома вегетативной дистонии. Педиатрия. 2003; 2: 52–55.
4. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2001; С.108

Муродов В.М., Нурализода М.А., Халимова Ф.Т.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ И ЕЁ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ Хатлонского государственного медицинского университета, Таджикистан.

Актуальность. Современное образование должно не только давать знания, но и формировать мотивацию к профессии, особенно для будущих медиков из-за высоких требований их работы [1]. Понимание связи мотивации с её эффективностью у студентов медицинских вузов поможет создать методы обучения, повышающие их мотивацию и результативность. Академическая деятельность может вызывать стресс, который при умеренности может улучшить концентрацию, а при избытке-негативно влиять на учёбу и здоровье студента [2].

Цель исследования. Определить влияние дополнительной мотивации и обратной связи на результат деятельности и психофизиологические показатели.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 40 студентов Хатлонского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 21 года, правши. Время тестирования не ограничивалось, задание считалось выполненным при 50% правильных ответов. После 30 вопросов результат отображался на экране. На первом этапе студенты не получали обратной связи, и мотивационных преимуществ. На втором этапе (при промежуточном контроле) студенты получали дополнительную мотивацию и обратную связь: при успешном выполнении 50% и более заданий, получали "отлично", после каждого ответа студенты видели результат, а в конце - итог теста. Тестирование совпадало с днём сдачи промежуточного контроля по физиологии. В обеих этапах, до и после промежуточного контроля измерялась результативность и отмечались психологические характеристики. Выполнение тестов меньше 50%

было включено в группу с низкими результатами (низкорезультативные студенты - НРС) и больше 50% в группу с высокими результатами (высокорезультативные студенты - ВРС). Для оценки мотивации использовали модифицированную шкалу AMS [Vallerand R.J. et al., 1992; Гордеева Т.О. и др., 2014]. Оценивали уровни личностной и ситуационной тревожности по Спилбергеру, а психофизиологические особенности по Айзенку. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ «Stat Soft-Statistica 8.0».

Результаты исследования и их обсуждение. Влияние мотивации и обратной связи на результативность студентов отражено в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика результативности в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	НРС	ВРС	НРС	ВРС
Результативность, %	33,8 ⁺⁺⁺ ±8,6	53,3*±6,2	39,2 ⁺⁺ ±5,4	75,8±11,4
Время выполнения теста, сек	657,7 ⁺ ±74,7	571,7±151,1	660 ⁺ ±88,3	549±95,1

Примечание. * – $p < 0,05$ при сравнении с соответствующим показателем серии-2; + – $p < 0,05$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа; +++ – $p < 0,001$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа.

Как видно из таблицы 1, на 1 этапе НРС показали результативности на уровне 33,8% с отклонением ±8,6%, в то время как ВРС достигли 53,3% с отклонением ±6,2%. На 2 этапе, при наличии дополнительной мотивации и обратной связи, результативность НРС увеличилась до 39,2% с отклонением ±5,4%, а ВРС показали значительное улучшение, достигнув 75,8% с отклонением ±11,4%. Время выполнения теста показало, что на 1 этапе НРС в среднем тратили на выполнение теста 657,7 секунд с отклонением ±74,7 секунды, в то время как ВРС завершили тест за 571,7 секунды с отклонением ±151,1 секунды. На 2 этапе время выполнения теста НРС немного увеличилось и составило 660 секунд с отклонением ±88,3 секунды, в то время как ВРС сократили время до 549 секунд с отклонением ±95,1 секунды. Таким образом, дополнительная мотивация и обратная связь оказали положительное влияние на результативность выполнения теста среди всех студентов, но особенно выраженный прогресс замечен среди ВРС. Эти данные подтверждают важность мотивационных факторов и обратной связи в обучении и выполнении заданий.

На основе представленных данных было проведено исследование влияния мотивации и обратной связи на психофизиологические показатели среди студентов разной результативности, которая представлена в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика параметров психофизиологических показателей в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	Низкорезультативные студенты (НРС) 20 студентов	Высокорезультативные студенты (ВРС) 20 студентов	НРС 20 студентов	ВРС 20 студентов
Экстраверты	14(87,5%) ⁺⁺⁺	10(62,5%)	14(87,5%) ⁺⁺⁺	11(68,75%)
Интроверты	2(12,5%)	6(37,5%)	2(12,5%)	5(31,25%)
Эмоциональная устойчивость	10(62,5%)	10(62,5%)	11(68,75%)	10(62,5%)
Эмоциональная неустойчивость	6(37,5%)	6(37,5%)	5(31,25%)	6(37,5%)
Личностная тревожность:				
• Низкая	9(56,25%)	10(62,5%)	11(68,75%)	8(50%)
• Умеренная	7(43,75%)	6(37,5%)	4(25%)	7(43,75%)
• Высокая	0	0	1(6,25%)	1(6,25%)
Ситуационная тревожность:				
• Низкая	8(50%)	11(68,75%)	11(68,75%)	10(62,5%)
• Умеренная	8(50%)	5(31,25%)	4(25%)	6(37,5%)
• Высокая	0	0	1(6,25%)	0

Примечание. +++ – $p < 0,001$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа.

Как видно из таблицы, в первой серии эксперимента среди НРС преобладали экстраверты (87,5%), в то время как среди ВРС их доля составляла 62,5%. Во второй части эксперимента ситуация не изменилась для НРС (87,5%), но среди ВРС доля экстравертов увеличилась до 68,75%. Анализ эмоциональной устойчивости показал, что в обоих этапах эксперимента среди НРС и ВРС примерно одинаковое количество людей обладали эмоциональной устойчивостью (около 62,5-68,75%). Анализ личностной тревожности показал, что в первой серии эксперимента большинство НРС имели низкий уровень личностной тревожности (56,25%), в то время как среди ВРС этот показатель был выше (62,5%). Во второй серии эксперимента ситуация изменилась: среди НРС испытуемых увеличилась доля тех, кто имеет низкий

уровень тревожности (68,75%), в то время как среди ВРС этот показатель снизился до 50%. Показатель ситуационной тревожности показал, что в обеих сериях эксперимента большинство испытуемых в обеих группах имели низкий уровень ситуационной тревожности. Однако стоит отметить, что в первой серии эксперимента среди ВРС этот показатель был выше (68,75%) по сравнению с НРС (50%). Таким образом, мотивация и обратная связь влияли на психофизиологические показатели, особенно на личностные характеристики и тревожность. Это подтверждает необходимость индивидуального подхода при создании мотивационных программ. Психофизиологические особенности влияют на эффективность выполнения задач, что важно учитывать в обучении.

Далее было проведено исследование влияния мотивации и обратной связи на умственную работоспособность студентов разной результативности, что отражено в таблице 3. Как видно из таблицы, простая сенсомоторная реакция (PSR sred) на 1 этапе у НРС показала значение 261,3 мс, что было ниже, чем у ВРС (277,0 мс). Однако на 2 этапе обе группы показали близкие результаты: 256,9 мс у НРС и 257,9 мс у ВРС. Амплитуда моды PSR (PSR Ampl.moda) показала небольшие различия между группами на обоих этапах, оставаясь примерно на одном уровне. Реакция на движущийся объект (RDO sred) показала, что на 1 этапе НРС показали значение 1012,8 мс, что было выше, чем у ВРС (994,5 мс). На 2 этапе значения были ближе: 1003,2 мс у НРС и 993,4 мс у ВРС. Амплитуда моды RDO (RDO Ampl.moda) у НРС была выше на обоих этапах по сравнению с ВРС. Особенно это было заметно на 1 этапе, где НРС показали значение 39,1, в то время как у ВРС это значение составило 29,1. Таким образом, мотивация и обратная связь улучшили умственную работоспособность студентов. НРС улучшили свои результаты на 2 этапе, приближаясь к ВРС. Отклик НРС на движущийся объект был более выражен.

Таблица 3.

Характеристика результативности и параметров умственной работоспособности в зависимости от мотивации и обратной связи

Показатели	1 этап		2 этап	
	НРС	ВРС	НРС	ВРС
Простая сенсомоторная реакция (PSR sred), мс	261,3±15,6 ⁺	277,0±19,5*	256,9±23,7	257,9±27,1
PSR Ampl.moda	30,4±6,6	27,6±5,3	30,6±7,6	30,9±6,1
Реакция на движущийся объект (RDO sred), мс	1012,8±58,5	994,5±15,5	1003,2±15,0	993,4±15,8
RDO Ampl.moda	39,1±1,4 ⁺	29,1±7,6	32,3±8,1 ⁺	25,8±5,4

Примечание. * – $p < 0,05$ при сравнении с соответствующим показателем серии-2; + – $p < 0,05$ при сравнении с ячейкой, расположенной справа

Выводы. Исследование показало, что мотивация и обратная связь улучшают результативность студентов, особенно у ВРС. Психофизиологические особенности влияют на производительность, что подчеркивает важность индивидуального подхода в обучении. Мотивационные факторы и обратная связь имеют ключевое значение в обучении, но их воздействие зависит от особенностей студента.

Список литературы

1. Руженкова В.В. Влияние учебного стресса на проявление тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса / В.В. Руженкова, В.А. Руженков, И.Ю. Шкилева и др. // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2020. – Т. 41, № 2. – С. 305–316.
2. Герасимова О.Ю. Эмоционально-психологические отклонения в здоровье студентов на этапе получения ими образования / О.Ю. Герасимова, А.Ю. Маркина // Теория и практика современной науки. – 2021. – № 1 (19). – С. 251–254.

Муродов Н.М., Обидова Ш.В., Муродов У.Н.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ. АНЕМИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Актуальность. Анемия – патологическое состояние организма, характеризующее состояние снижения уровня гемоглобина и уменьшение количество эритроцитов в единице объема крови. Во всем мире подтверждено 1,62 миллиард человек с анемией что соответствует 24,8% от общего количество населения. Система антенатального наблюдения сложилась ещё в начале XX в. Её главной целью было снижение материнской смертности (МС)- женщина находилась под наблюдением специалиста не только во время родов а значительно более длительное время, что давало больше возможностей для профилактики различных осложнений беременности. Но эти ожидания оправдались далеко не в полной мере. Оказалось, что антенатальный уход влияет на уровень МС только от одной причины — эклампсии. Многие мероприятия оказались либо неэффективными (рутинная пельвиометрия и др.), либо слишком дорогими (выявление и профилактика анемии, обследование на ИППП). Спорным был и вопрос о необходимом количестве посещений женской консультации в течение беременности. В настоящее время семейные врачи, часто наблюдают беременных совместно с акушерами-гинекологами. Основное преимущество такого совместного наблюдения- его постоянство и регулярность. Помощь, оказываемая врачами общей практики, не только не уступает помощи, оказываемой в акушерских клиниках, но и превосходит ее по качеству. Ранний охват беременных врачом наблюдением. Женщина

должна быть взята на учёт при сроке беременности до 12 нед.

Цель и задачи исследования. Разработать и внедрить оптимальные особенности фармакотерапии анемии при физиологической беременности в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации амбулаторные карты беременных женщин за период 2021-2023 в ГУ МСР №10. Всего 1400 амбулаторных карт. Исследования включила большой спектр социальных и гигиенических факторов, отражала характер антенатального наблюдения, особенности анамнеза, медицинские факторы риска, особенности течения анемии при физиологической беременности. С целью достижения нами обследовано 102 женщин анемией с физиологическими родами, основная группа которая наблюдалась у семейного врача согласно стандарту с 8 визитами. 60 женщин контрольная группа не соблюдалось по стандарту.

Возраст женщин с физиологической беременностью. Таблица №1.

Возраст	1 группа Основная			2 группа Контрольная		
	n=102			n=60		
	Абс.	%	Hb	Абс.	%	Hb
18-22лет	21	20,7	97	12	20	96
23-27лет	35	34,4	100	16	26,7	98
28-32лет	20	19,7	95	13	21,7	93
33-37лет	13	12,8	97	10	16,7	92
38-42лет	9	8,9	94	7	11,7	91
43-47лет	2	2	96	2	3,2	94

При взятии беременной на учёт врач заводит «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 029/у), куда заносит паспортные данные, результаты подробного собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесённые в детстве в зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, переливание крови, особенности менструального цикла, половой и генеративной функций, а в дальнейшем при каждом посещении записывают все данные опроса, физикального обследования, лабораторных исследований анализа крови, а также выработывают план введения беременности с анемией в соответствии с группой риска, консультации гинеколога.

Результат исследований. Обследование анализа первичной медицинской документации, 1400 амбулаторных карт в возрасте от 18 до 47 лет детородного возраста, которые обратились в ГУ МСР № 10 за врачебной помощью по различным вопросам. Всем женщинам, был проведен комплекс обследований для выявления анемии при беременности.

Для углубленного обследования были отобраны 102 женщин с анемией физиологическими родами, которые составили основную группу и 60-контрольной группы. Все женщины с анемией и физиологическими родами находились под нашим наблюдением в амбулаторных условиях.

Комплексное лечение больных с анемией и физиологическими родами проводилось в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. Больным с основной группой учитывая тяжесть заболевания, проводилось консервативное лечение с назначением препарата железо, ферум-лек, тотема а также витаминотерапия направленное на снижение риска этой патологии.

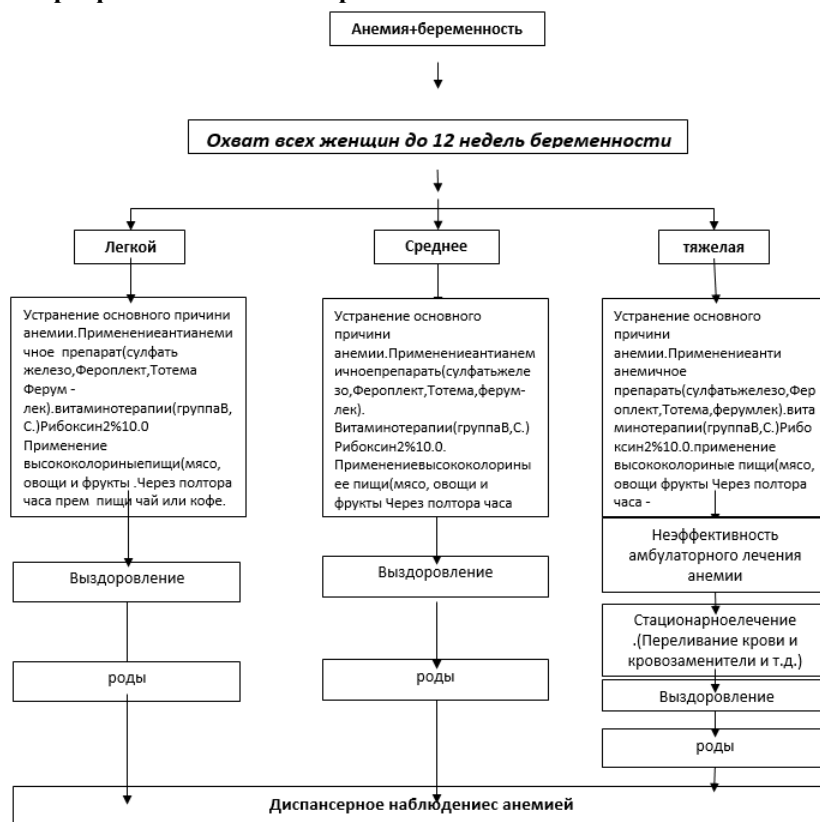
У всех больных отмечалась хорошая переносимость, ни в одном случае не наблюдалось побочных явлений. Коррекция сопутствующих заболеваний была проведена в зависимости от формы и характера патологии, её осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующей патологии было проведено консультирование соответствующих специалистов.

Распределение анемии по степеням при физиологической беременности. Таблица №2

№	Анемия при физиологической беременности	количество больных.	
		Основная групп.	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУПП.
1	Легкая степень	69 (67,6%)	38 (63,3%)
2	Средняя степень	28 (27,5%)	20 (33,3%)
3	Тяжелая степень	3 (2,9%)	2 (3,4%)
4	Всего	102 (100%)	60 (100%)

Результат исследований показал, что анемия среди всех беременных женщин и исход родов во время физиологической беременности составлял: осложненный гистоз различной степени составлял 16,7% из них основная группа 13,3%, контрольная группа 18,2%. Угрозы прерывание беременности 4,1%, основная группа – 0, контрольная группа 6,1%. Обострение хронического пиелонефрита всего 25%, основная группа 26,7%, контрольная группа 24,2%. Многоводие 6,2%, основная группа 6,7%, контрольная группа 6,1%. Следовательно анализ результатов обследований показал, что контрольная группа в 2 раза превышала основную группу по осложнениям физиологических родов. С этой целью нами было рекомендовано для семейных врачей в амбулаторных условиях вести физиологические роды по алгоритму.

Рис. 1. Алгоритм анемия при физиологической Беременности .



Вывод: Таким образом предложенный нами алгоритм ведения анемии при «Физиологических родах в практике семейного врача в амбулаторных условиях» включает в себя;

1. Своевременный охват всех женщин до 12 недель беременности.
2. Необходимость проведения лабораторных и клинических обследований беременных для раннего выявления анемии и экстра-генитальной патологии.
3. Консультация врача акушера-гинеколога, если беременная наблюдается у семейного врача.
4. Профилактика гнойно-септических осложнений обязательно должна включать в себя консультацию узких специалистов (лор, стоматолог, терапевт, уролог, эндокринолог, хирург) с целью выявления патологии и коррекции этих состояний.
5. Физио-психопрофилактическая подготовка к родам. Все беременные с анемией должны пройти занятия в «Школе матерей».

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Кулаков В.И. и др. Руководство по амбулаторно -поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. — 1056 с.
- 2) Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Калашников С.А. и др. Многоплодие: диагностика и тактика ведения беременности и родов // Вопр. Гинеко., акуш. и перинатол. 2003. — том 1, 2. — С. 19–24.
- 3) Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваний. Гриф УМО по медицинскому образованию, Апресян С.В., Радзинский В.Е. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа
- 4) Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Гриф Минздравсоцразвития РФ. 2007 г. Радзинский В.Е., Прилепская В.Н. Кулаков В.И. Издательство: Гэотар-Медиа
- 5) Особенности течения анемия у больных с сахарным диабетом в практике семейного врача печатный «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений», посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)», с международным участием. Душанбе-30 апреля 2021 год.
- 6) Муродов Н.М. Махмудова Ш.Х. Юсупова Г.Б. Dianne S.E., Marianne E.F. Adolescent pre-nancy // Pediatr. Clin. N. Am. 2003. — N 50. — P. 781–800.
- 7) Emans S.J.H., Laufer M.R., - oldstein D.P. Pediatric and Adolescent -ynecology / 5th.Edition. — Lippincott Williams & Wilkins. — 2005.

Муродов Н. М. Рахимова Д.С. Муродов У.Н.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Актуальность работы. Абсцесс мягких тканей (АМТ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, имеющих тенденцию к прогрессивному росту. Частота АМТ составляет до 1/3 хирургический гнойный заболевание мягких тканей, поэтому имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость (2-3). Сахарным диабетом (СД) страдает 6,7% человечества земного шара[2]. В промышленно развитых странах мира каждые

10-12 лет количество больных СД возрастает в 2 раза. В современной научной литературе широко представлены проблемы диабетического поражения всех органов и систем, а также мягких тканей [5]. В связи с этим, представляется актуальным изучение лечения абсцесс мягких тканей во взаимосвязи с сахарным диабетом (СД), в амбулаторных условиях в практике семенного врача.

Цель исследования: изучение лечения абсцесс мягких тканей во взаимосвязи с сахарным диабетом (СД), в амбулаторных условиях в практике семенного врача.

Материал и методы исследования. В основе настоящей работы лежит анализ результатов комплексного обследования и лечения больных с абсцессом мягких тканей во взаимосвязи с сахарным диабетом (СД), в амбулаторных условиях в практике семейного врача, обратившихся и лечившихся в хирургических отделениях Государственного Учрежденные Городской центр здоровья(ГУМЦЗ) № 10, г. Душанбе в период 2020-2023гг. Под нашим наблюдением находились 1200 больных в возрасте от 18 - 75 лет .От них мужчин были отобраны было 796 (66,3%), женщин – 404 (33,7%). Для углубленного обследования с целью изучения особенностей лечения абсцесс мягких тканей, возникших на фоне СД в амбулаторных условиях, больных отобраны, и разделены на две группы на основе амбулаторных карт больных: 1-я группа (основная) - 60 больных с абсцесс мягких тканей в сочетании с СД, 2-я группа (контрольная группа) - 40 больных с абсцесс мягких тканей без сочетания с СД. В основной группе мужчин было 35 (62,5%), женщин 25 (37,5%) , в контрольный групп мужчин было -24 (54,5%), женщин – 16 больных (45,5%).

С целью изучения лечение абсцесс мягких тканей во взаимосвязи с сахарным диабетом (СД), всем пациентам проводилось тщательное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнеза, данных объективных методов исследования. Учитывались данные представленных медицинских документов (амбулаторных карт, выписка из истории болезни, заключение специалистов и специальных методов исследования. Всем больным наряду с общеклиническими методами исследования проведены бактериологический и бактериоскопический анализ гноя, исследование уровня сахара в крови, биохимический анализ крови, а также консультация эндокринолога.

Результаты исследования и их обсуждения. Было проведено обследование 1200 человек в возрасте от 18 до 75 лет, из них 796 (66,3%), женщин – 404 (33,7%), которые обратились в ГУ. ГЦЗ № 10 за врачебной помощью по разным вопросам. Всем обратившимся, кроме решения их вопросов, попутно был проведен комплекс обследований для выявления абсцесс мягких тканей.

Для углубленного обследования были отобраны 60 больных с абсцесс мягких тканей, которые составили основную группу и 40-контрольный групп. Из общего количества отобранных больных СД 1-го типа – был выявлен у 14 больных и 2-го типа имел место у 46 больных (табл.№1). Все больные с абсцесс мягких тканей находились под нашим наблюдением, в амбулаторных условиях.

Таблица №1. Распределение абсцесс мягких тканей у больных СД в зависимости от типа.

№	Сахарный диабет	количество больных, n=60	
		мужчин	женщин
1	тип I, n=14	8 (57,1%)	6 (42,9%)
2	тип II, n=46	28 (60,8%)	18(39,2%)
	Всего:	36 (60%)	24 (40%)

Таблица №2. Характер абсцесс мягких тканей у больных с сахарным диабетом.

№	Диагноз заболевания	Количество больных с сахарным диабетом тип I, n=14	Количество больных с сахарным диабетом тип II, n=46
1.	Абсцесс	14 (23.3 %)	46 (76,7%)
	Всего:	60 (100%)	

Исследования показали, что для больных СД более характерны нелокализованные формы абсцесс мягких тканей. При этом абсцесс мягких тканей у больных СД I - 14(23.3%) и II типов наблюдались соответственно у 46(76,7%) (табл.№2).

У больных с сопутствующим СД очищение раны от гноя было более медленным, имело место длительное гноетечение и выраженная перифокальная реакция мягких тканей. Отмечалась упорная тенденция к прогрессированию воспалительного процесса с явлениями общей интоксикации, чем у контрольной группы.

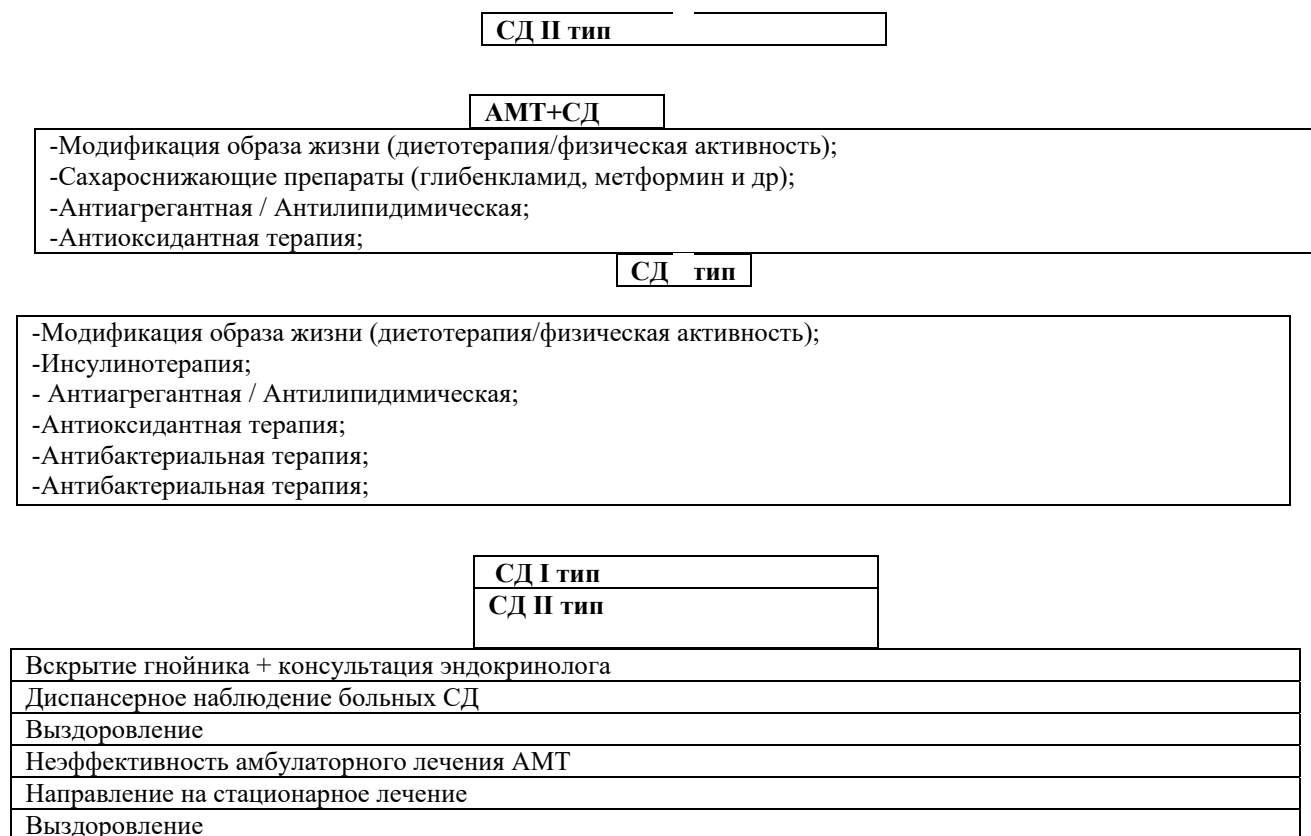
Комплексное лечение больных с абсцесс мягких тканей проводилось в зависимости от формы и тяжести патологического процесса, наличия осложнений, характера сопутствующих заболеваний, состояния иммунной системы и уровня антиоксидантной защиты. Больным основной группы в зависимости от тактики проведенного лечения, наряду с операцией, проводилось консервативное лечение, направленное на снижение гнойно-воспалительного процесса и продуктов ПОЛ, повышение иммунитета и коррекция сопутствующей патологии и местное применение мази аргосульфан во второй фазе раневого процесса.

У больных основной группы антибактериальная терапия проводилась с учётом роста и характера микрофлоры, их чувствительности к антибиотикам. Также после проведения курса антибактериальной, противовоспалительной и антиоксидантной терапии и появления признаков второй фазы раневого процесса, лечение продолжалось с применением аргосульфан в виде мазевых повязок. Первоначально перевязки проводились ежедневно, а затем по мере активации процесса регенерации и роста эпителия, перевязки выполнялись через день. У всех больных отмечалась хорошая переносимость аргосульфан, ни в одном случае не было побочных явлений. Коррекция сопутствующих заболеваний была проведена в зависимости от формы и характера патологии, её осложнений и степени компенсации организма. При необходимости с целью коррекции сопутствующей патологии было проведена консультация соответствующих

специалистов (эндокринолога).

Нами в результате комплексного обследования и лечения больных с абсцесс мягких тканей с сопутствующими хроническими заболеваниями СД был разработан алгоритм лечения этих больных.

Рис. 1. Алгоритм лечения абсцесс мягких тканей на фоне СД



Вывод: Предложенный нами метод (алгоритм) лечения больных с АМТ у больных СД включает в комплексную терапию антиоксиданты, местное применение мази антибактериальный и современной коррекции СД, способствовал значительному улучшению результатов лечения больных и его можно рекомендовать в практику семейного врача в амбулаторных условиях.

Список литературы:

- 1.КадыроваД.А., Муродов Н.М. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов с гнойными заболеваниями мягких тканей и их профилактики в практике семейного врача\Мат,56-ой конф.ТГМУ» Персп. разв.семейной медицины в Р.Т.» Вестник хирургии, 2005. - №3. – С. 107-
- 2.Абаев Ю.К. Заживление ран при сахарном диабете /Ю.К. Абаев// Вестник хирургии-2005-№4-С. 109-111.
- 3.Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии / С.Е. Кулешов[и др] // Хирургия. – 2006. - №2.- С. 153- 154.
4. Муродов Н.М. Эргашбоев А.Т. Муродов У.Н Частота распространения ГЗМТ у больных сахарным диабетом в практике семейного врача Материалы международной научно-практической конференции (69-ой годной), посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе- 2021 год. «Том-2»

Мусаева Д.М.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ КИСЛОТЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Наряду с ростом уровня жизни, социально-экономическое многообразие современного общества дополняется урбанизацией и возрастанием темпа ее течения. И это ведет к негативному воздействию окружающей среды на здоровье населения – резко ухудшается питание (а вместе его качество). Кислотозависимые заболевания (КЗЗ) органов пищеварения характеризуются высокой распространенностью среди населения мира. На сегодняшний день к КЗЗ пищеварительной системы принято относить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, симптоматические гастропатии, хронический гастрит, функциональную диспепсию и язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, которые либо не ассоциированы, а часто ассоциированы с бактериями *H. pylori*. Относительно недавно описанный вирулентный ген *iceA* бактерии *H. pylori* существует в двух аллельных формах - *IceA1* и *IceA2*.

В литературе описывается, что ген *MDR-1* кодирует Р-гликопротеин, который находится в мембране клеток многих органов, функцией которого является «эффлюкс» ксенобиотиков и защита клетки. Это напрямую связана с эффективностью и безопасностью фармакотерапии заболеваний, в том числе и КЗЗ пищеварительной системы.

Одним из основных изоферментов цитохрома Р-450 является CYP2C19, который участвует в метаболизме целого ряда ЛС главным из которых являются ИПП - традиционно используемые в терапии КЗЗ.

Целью исследования является разработка принципов персонального подхода к выбору дозы ингибиторов протонной помпы у больных с кислотозависимыми заболеваниями путем изучения и оценки эффективности их лечения с учетом генов транспортеров (MDR-1) и метаболизаторов (CYP2C19) ингибиторов протонной помпы, а также генотипов *H. pylori*.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 288 пациентов с КЗЗ. Помимо клинического, ФГДСФ и других инструментальных анализов в исследовании использовались также молекулярно-генетические и статистические методы. Забор биологического материала в виде венозной крови и биоптата из желудка пациентов для выделения ДНК при проведении молекулярно-генетических исследований осуществлялся в установленном порядке. Выделение ДНК проводилась на наборе реагента ПРОБА-ГС-ГЕНЕТИКА. Расшифровка результатов проводилась при помощи комплектов реагентов ФармакоГенетика Клопидогрел (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) и ООО «Синтол» (Россия) для определения генетических полиморфизмов пациента и бактерии методом ПЦР в режиме реального времени. Статистическая обработка проводилась с использованием платформы «Case-Control». Итоги распределения частот исследуемых генотипов соответствовали закону Харди – Вайнберга.

Результаты. При изучении встречаемости генотипов бактерии *H. pylori* у пациентов с КЗЗ, генотипический вариант Ice A1/IceA1 определялся у (188) 65% пациентов, а генотипический вариант Ice A2/IceA2 в (58) 20% случаев и генотипический вариант Ice A1/IceA2 у около (42) 15% случаев.

У пациентов с КЗЗ по полиморфному маркеру C3435T гена MDR-1, соотношение аллелей C3435/3435T были в пределах 0,81/0,19 у пациентов, тогда как у здоровых доноров это соотношение составило 0,85/0,15 ($\chi^2=0,961$, $p=0,327$). При этом, нормальный-«дикий» генотип CC был выявлен в 64,2% случаев в основной группе, а у контрольной группы в 74% случаев ($\chi^2=3,188$, $p=0,074$); содержащий «дикий» и «мутантный» гетерозиготный генотип CT в основной группе превышал показателей контрольной группы в статистически значимых пределах - в 1,6 раза ($\chi^2=6,216$, $p=0,013$); также содержащий «мутантный» генотип TT встречался у 1,4% пациентов, тогда как в здоровой группе он составил 5% ($\chi^2=4,272$, $p=0,039$).

Исходя из особенностей полиморфных маркеров гена CYP2C19 (CYP2C19:681G>A*2, CYP2C19:636G>A*3 и CYP2C19:806C>T*17), учёными мира у лиц, принимающих лекарства определяет три разновидности метаболизаторов: «быстрые», «промежуточные» и «медленные». При КЗЗ «быстрый» метаболизатор был выявлен у 50,4% (145) больных, «промежуточный» метаболизатор в 9,3% (27) случаев и «медленный» метаболизатор у 40,3% (116) пациентов.

Таблица

Обсемененность *H.pylori* с учетом генотипов бактерий а также носительства генотипов гена MDR-1 и метаболизаторов гена CYP2C19 у больных с КЗЗ после эрадикационной терапии

Генотипы гена MDR-1 + метаболизаторы гена CYP2C19	Генотипы бактерий <i>H.pylori</i>	n паци-ентов	Обсемененность <i>H.pylori</i>
	Ice A1/IceA1	57	14 (24,5%)
	Ice A2/IceA2	16	5 (31,2%)
	Ice A1/IceA2	20	7 (35%)
	Ice A1/IceA1	7	1 (14,3%)
	Ice A2/IceA2	1	-
	Ice A1/IceA2	6	4 (66,7%)
	Ice A1/IceA1	51	9 (17,6%)
	Ice A2/IceA2	20	6 (30%)
	Ice A1/IceA2	7	4 (57%)
	Ice A1/IceA1	41	10 (24%)
	Ice A2/IceA2	6	-
	Ice A1/IceA2	3	-
	Ice A1/IceA1	9	6 (66,7%)
	Ice A2/IceA2	3	3 (100%)
	Ice A1/IceA2	-	-
	Ice A1/IceA1	22	4 (18,2%)
	Ice A2/IceA2	11	4 (36,4%)
	Ice A1/IceA2	4	-
	Ice A1/IceA1	1	1 (100%)
	Ice A2/IceA2	1	1 (100%)
	Ice A1/IceA2	-	-
всего		288	79 (27,4%)

Можно предположить, что генотипы генов фармакокинетики ЛС (MDR-1 и CYP2C19) и генотипы (Ice A1/IceA1, Ice A2/IceA2 и Ice A1/IceA2) вирулентного гена IceA бактерии *H.pylori* имеют взаимосвязь, что сказывается на результаты эрадикационной терапии. Поэтому для наиболее полного представления результатов эрадикационной

фармакотерапии нам было интересно посмотреть в совокупности генотипов генов пациента и бактерии после проведенного лечения КЗЗ (таблица).

Оказалось, что при комбинации генотипов гена MDR-1 с «быстрым» метаболитом гена CYP2C19 при наличии всех изучаемых генотипов инфекции эрадикационная терапия не показала должного результата, и обсемененность бактериями оказалась высокой и после проведенного лечения.

Выводы. Исходя из вышеизложенного нужно отметить, что носительства генотипов и метаболитов генов фармакокинетики ЛС (MDR-1 и CYP2C19) в совокупности с генотипами вирулентного гена *Isa A* бактерии *H.pylori* определяют результативность проводимой эрадикационной терапии. Для повышения эффективности и безопасности данной фармакотерапии, целесообразно наряду с проведением генотипирования пациентов по генотипам генов фармакокинетики лекарств, определение генотипов бактерии *H.pylori* что является основой персонализации фармакотерапии.

Список литературы:

1. Домрачева Е.В. Клинико-функциональные связи хронического панкреатита с хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. Москва. 2020. Автореф. канд.мед.наук. 24 с.
2. Максимов М. Л. и др. Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия для практикующих врачей. – 2021.
3. Очилова Г. С., Мусаева Д. М. Влияние полиморфизма гена MDR-1 на эффективность лечения хронического гастрита // Новый день в медицине. – 2020. – №. 1. – С. 309-312.
4. Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л., Смольникова М.В., Черепнин М.А., Масленникова Н.А., Павлова Н.В. Влияние полиморфизма CYP2C19 на эффективность лечения кислотозависимых заболеваний. Медицинский Совет. 2022;(14):81-87. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-14-81-87>
5. Harris D.M., Stancampiano F.F., Burton M.C., Moyer A.M., Schuh M.J., Valery J.R., Bi Y. Use of Pharmacogenomics to Guide Proton Pump Inhibitor Therapy in Clinical Practice. Dig Dis Sci. 2021; 66 (12): 4120–4127. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06814-1>

Мусаева Л.Ж., Якубов А.В., Абдусаматова Д.З.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра клинической фармакологии ТМА, Узбекистан легких

Актуальность.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - заболевание, которое ложится тяжелым бременем на общество и приобретает все большую социальную значимость. Большинство пациентов с ХОБЛ коморбидны. Отмечается наиболее частое сочетание ХОБЛ с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в первую очередь – артериальной гипертензией (АГ) [1]. Сочетанное течение ХОБЛ и АГ имеет свои особенности, обусловленные тесной функциональной связью между системами дыхания и кровообращения, взаимным влиянием этих патологических состояний на системную и внутрисердечную гемодинамику [2]. При ХОБЛ поддерживается системное воспаление, при котором усугубляется развитие АГ и атеросклероза. Гипоксия, нарушения микроциркуляции при ХОБЛ, наряду с хроническим системным воспалением становятся независимыми факторами риска развития патологии сердечно-сосудистой системы [3]. Также большую роль играет повышение симпатической активности и катехоламинов, нарушение роли легких в метаболизме вазоактивных веществ, оксидативный стресс, дисбаланс в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе (РААС). Имеются немногочисленные работы, подтверждающие роль компонентов РААС в патогенезе сердечно-сосудистых изменений у больных ХОБЛ. Сочетание таких патологических состояний требует более дифференцированного подхода к выбору антигипертензивной терапии.

Цель исследования. Оценка эффективности и переносимости фиксированной комбинации амлодипина/валсартана у больных ХОБЛ легких II-IV стадии и АГ 1–2 степени.

Материал и методы.

Под наблюдением находились 32 больных с ХОБЛ II-IV стадии, страдающие АГ I и II степени, в возрасте 50-65 лет. В качестве антигипертензивной терапии на протяжении 12 недель пациенты получали препарат Валун (“Novugen pharma”, Узбекистан), с фиксированной комбинацией амлодипин 5 мг/валсартан 80 мг однократно. Эффективность терапии контролировалась с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД). При недостаточном гипотензивном эффекте на 4-й неделе лечения доза препарата увеличивалась до 5/160 мг/сут. Базисная терапия ХОБЛ не менялась на протяжении всего времени исследования и включала антихолинергические препараты, бета2-адреномиметики, ингаляционные глюкокортикостероиды или их комбинацию. Исходно и через 12 недель лечения проводилось полное лабораторное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, ЭКГ, спирография.

Критерием безопасности проводимой терапии послужила оценка показателей функции внешнего дыхания методом спирографии с компьютерным расчетом показателей до назначения препарата и в процессе терапии.

Результаты исследования и их обсуждение.

Исходно у обследованных пациентов уровень систолического АД при измерении методом Короткова составил $152,3 \pm 7,7$ мм рт. ст., диастолического - $91,6 \pm 2,2$ мм рт. ст. После 4-недельного приема Валунa в дозе 5/80 мг один раз в сутки уровень АД нормализовался у 25 (78%) пациентов, при этом средний уровень САД уменьшился на 12,1% ($p < 0,05$), а ДАД - на 9,3% ($p < 0,05$). Лишь 7 пациентам пришлось увеличивать дозу препарата до 5/160 мг. После 8-недельного лечения препаратом Валун происходило дальнейшее снижение АД, при этом его нормализация отмечена 32 (100%) пациентов. Уровень САД уменьшился, по сравнению с исходным уровнем, на 27% ($p < 0,001$), а ДАД - на

10,8% ($p<0,001$). Приведенные данные свидетельствуют о постепенном и нарастающем гипотензивном эффекте препарата до достижения нормальных значений АД после 8-недельного лечения у всех пациентов, что позволяет надеяться на регрессию последствий длительной артериальной гипертензии и отсутствие развития толерантности к препарату при длительном его приеме.

В настоящей работе, по данным суточного мониторирования, отмечено достоверное снижение средних значений САД и ДАД за сутки, в периоды бодрствования и сна (табл. 1). Так, среднесуточные величины САД уменьшились со $152,3\pm 7,7$ до $125,4\pm 6,4$ мм рт. ст. ($p<0,01$), среднесуточные уровни ДАД - с $91,2\pm 2,1$ до $81,7\pm 2,5$ мм рт. ст. ($p<0,01$). Отмечено также достоверное снижение средних показателей САД и ДАД в дневное (с 6 до 22 ч.) и ночное (с 22 до 6 ч.) время, при этом в наибольшей степени изменился средний уровень дневного САД (уменьшение на 13%). Снижение АД оставалось, таким образом, значимым в течение полных суток, что свидетельствует об эффективности однократного приема препарата Валун у больных ГБ. При этом гипотонических эпизодов у обследованных пациентов при СМАД зарегистрировано не было.

Таблица 1. Динамика показателей суточного мониторирования АД на фоне лечения препаратом Валун (амлодипин/валсартан)

Показатели	Группа больных получавших амлодипин/валсартан (n=32)	
	До лечения	После лечения
ср. сут. САД	$152,3\pm 7,7$	$125,4\pm 6,4^*$
ср. сут. ДАД	$91,6\pm 2,2$	$81,7\pm 2,5^*$
ср. САД день	$145,2\pm 6,9$	$129,3\pm 5,6^*$
ср. ДАД день	$90,7\pm 3,2$	$82,6\pm 3,1^*$
ср. САД ночь	$136,3\pm 7,1$	$117,8\pm 7,0^*$
ср. ДАД ночь	$83,6\pm 11,8$	$75,5\pm 10,1^*$
Тип dipper	12 (37,5%)	20 (62,5%)*
Тип non-dipper	17 (53,%)	14 (43,8%)
Тип over-dipper	3 (9,4%)	1 (3,1%)
Тип npeaker	2 (6,25%)	0
Вариабельность САД (день)	$14,5\pm 3,2$	$13,6\pm 3,0$
Вариабельность САД (ночь)	$12,7\pm 3,9$	$11,5\pm 3,5$
Вариабельность ДАД (день)	$11,7\pm 3,3$	$10,1\pm 3,1$
Вариабельность ДАД (ночь)	$9,5\pm 3,4$	$8,6\pm 3,5$

Примечание: * — $p<0,05$ в сравнении с данными до лечения.

Данные настоящего исследования подтверждают тот факт, что наличие ХОБЛ, ассоциированного с изменениями в системах, регулирующих АД, проявляется изменениями суточного профиля АД [5]. Как известно, отсутствие ночного снижения АД ассоциируется с большей вероятностью поражения органов-мишеней и, следовательно, с неблагоприятным прогнозом течения заболевания. Обнаружено, что до начала приема препарата Валун у 17 (53,1%) пациентов превалировал тип суточной кривой АД "non dipper", профиль АД "night peacker" наблюдался у 2 (6,25%) пациентов, тип "dipper" регистрировался у 12 (37,5%) больных.

Таким образом, у больных ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией преобладали патологические типы суточных кривых АД, характеризующиеся недостаточной степенью его снижения ночью. По-видимому, это связано с тем, что во время сна у больных ХОБЛ имеют место более выраженные гипоксемия и гиперкапния, повышающие нейро-гуморальную активность.

При анализе параметров внешнего дыхания на фоне 12-недельной терапии препаратом Валун у обследованных пациентов не отмечено достоверной динамики (табл. 2). Ежедневное мониторирование показателей спирометрии свидетельствовало об отсутствии усиления бронхообструктивного синдрома. Побочных эффектов в процессе терапии зарегистрировано не было. В наше исследование вошли пациенты со значительными обструктивными нарушениями в целом по группе (ОФВ1 < 60%). Динамика данных спирометрии в процессе лечения соответствовали данным других исследований, что доказывает безопасность и хорошую переносимость изучаемого препарата у пациентов с ХОБЛ и АГ.

Таблица 2. Показатели внешнего дыхания у больных артериальной гипертензией в сочетании с ХОБЛ

Показатели	До лечения	Через 12 недель на фоне приема амлодипина/валсартана
ЖЕЛ (л)	$3,6\pm 0,45$	$3,9\pm 0,33$
ДЖЕЛ (л)	$4,6\pm 0,41$	$4,5\pm 0,54$
ЖЕЛ/ДЖЕЛ (%)	$85,7\pm 3,5$	$87,1\pm 4,2$
ОФВ1 (л)	$2,8\pm 0,3$	$3,1\pm 0,15$
ДОФВ1 (л)	$3,5\pm 0,21$	$3,5\pm 0,23$
ОФВ1/ДОФВ1 (%)	$77,4\pm 3,6$	$86,3\pm 4,2$
ПОС (л/с)	$296,7\pm 19,05$	$299,2\pm 15,7$

Безопасность использования препарата у больных с синдромом бронхообструкции подтверждена динамикой вентиляционных показателей по данным спирометрии, которые показали отсутствие усугубления бронхиальной обструкции на фоне терапии.

Выводы. Применение препарата Валун (фиксированная комбинация амлодипин/валсартан) показало высокую эффективность и безопасность у больных ХОБЛ II-IV стадии в сочетании с АГ I-II степени. Выявлена статистически и клинически значимая нормализация показателей СМАД. Отмечены положительные клинические эффекты, проявляющиеся в уменьшении одышки, улучшением функций внешнего дыхания и тканевой гипоксии.

Список литературы

1. Подходы к терапии обострения хронической обструктивной болезни легких при коморбидной артериальной гипертензии / И.В.Козлова, А.Ю. Рябова, М.А. Осадчук, Л.И. Дворецкий, Т.Г. Шаповалова // Пульмонология. – 2021. – № 31 (4). – С. 439-445.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких / Чазова И.Е., Невзорова В.А., Амбатьелло Л.Г. и др. // Системные гипертензии. – 2020. – 17 (3). – С. 7-34.
3. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. / Sing D., Agusti A., Anzueto A. et al. // Eur. Respir. J. – 2019. – Vol. 53 (5). – P. 1-12.

Мустафакулов С.С., Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3

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

Актуальность. Поражение органов и систем при различных формах лейкемии в основном связаны с миелотоксичностью самого опухолевого процесса, токсичностью полихимиотерапии (ПХТ) и их лейкозной инфильтрацией [1, 2]. Длительная цитостатическая терапия вызывает различные тяжелые осложнения со стороны мочеполовой сферы и, несмотря на проводимую сопроводительную терапию, может закончиться летальным исходом [3].

В связи с этим, в настоящей работе поставлена **цель:** изучить состояние психоэмоциональной и мочеполовой сферы у пациентов с лейкемией.

Материал исследования. Обследовано 73 пациента с лейкемией в возрасте от 35 до 67 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа пациентов с ОЛЛ составила 43 человека, и II группа пациентов с ОМЛ (n=30).

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, мочевого пузыря, УЗИ почек, мочевого пузыря, яичек, яичников, предстательной железы; пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Реберга-Тареева. Все пациенты получали соответствующую программную полихимиотерапию. Личностную тревожность определяли по тесту Спилбергера и по шкале депрессии.

Результаты и их обсуждение. Поражение мочеполовой сферы у пациентов I группы (ОЛЛ) превалировало по отношению к пациентам с ОМЛ. В 86,0% случаев обнаружена нефромегалия (37 чел.), у 23 человек (54,4%) поражение гонад, у 35 чел. (81,3%) хронический простатит. У пациентов II группы (ОМЛ) в 39% случаев были обнаружены нефротический синдром и нефромегалия, в 30% случаев поражение гонад, у 7 чел. (23,3%) поражение кавернозных тел пенисного члена (приапизм), тогда как приапизм у пациентов с ОЛЛ мы не встречали.

Изучение психоэмоциональной сферы у пациентов обеих групп показало, что лидирующее место занимали: подавленность (98,0% и 96%), недомогание (96% и 97%), агрессивность (89% и 87%), чувство одиночества (87% и 89%), придирчивость (77,0% и 76%), эмоциональность (75,0% и 73%), раздражительность (70,0% и 69%).

Выводы. У пациентов с лейкемией психоэмоциональные нарушения и поражение МПС в основном связаны с миелотоксичностью самого опухолевого процесса и токсического влияния полихимиотерапии.

Литература:

1. Фисун Е.В., Мирошкин Р.Б. Коррекция эмоционально-поведенческих проблем у детей, перенесших онкологическое заболевание, методами краткосрочной стратегической терапии // Психология и психотерапия семьи – 2017. (1): 24-31.
2. Грибова И.В., Психологическая реабилитация в детской онкологии. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2020. -19(3). -151-157.
3. Zhan. A. case of renal involvement in b lymphoblastic lymphoma leukemia. Clin Lab. – 201965 - 177–180.

Мустафакулов С.С., Абдуллаева С.Н., Камолова Г.Н.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Кафедра внутренних болезней №3

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

Актуальность. Множественная миелома (ММ) (парапротеинемический лейкоз, болезнь Рустицкого-Калера) относится к наиболее распространенным злокачественным заболеваниям крови, сопровождающимся поражением системы В-лимфоцитов, пролиферацией костного мозга и плазматических клеток, продуцирующими моноклональные иммуноглобулины (Ig) [3].

При миеломной нефропатии (МН) поражаются нефроны и канальцевый аппарат патологическими белками, в результате чего почки могут сморщиться [4]. МН характеризуется устойчивой протеинурией и медленным развитием почечной недостаточности на фоне **отсутствия** проявлений нефротического синдрома: наличие отеков, гипопротеинемии, гиперхолестеринемии, гипертонического синдрома, в результате которых развивается уремическая кома [1].

Почечная недостаточность относится к наиболее частым осложнениям ММ и отличается ранней летальностью (в первые три месяца) [2].

При ММ в 15% случаев встречается первичный амилоидоз почек. В отличие от МН при амилоидном поражении почек развивается нефротический синдром и гиперпротеинурия [5].

ММ отличается трудностью её диагностики, разносторонностью клинических проявлений и осложнений, высокой частотой возникновения диагностических ошибок, что требует необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к таким категориям больных.

Целью нашего исследования является изучить структуру, частоту и особенности клинических проявлений почечных осложнений у пациентов с ММ.

Материал и методы исследования. Были обследованы 39 пациентов с ММ в возрасте от 57 до 73 лет, среди них мужчин оказалось 25; женщин - 14.

Пациенты с ММ разделены на 2 группы: в I группу вошли пациенты с почечными осложнениями и во II группу – без таковых осложнений. Верификация диагноза ММ ставилась на основании плазматизации костного мозга >10-25%; увеличения плазматических клеток в крови и парапротеина в моче и сыворотке; признаков генерализованного остеопороза.

Проводили общеклинические исследования, биохимическое исследование крови (мочевая кислота, уровень содержания кальция, билирубина, мочевины и креатинина, количество общего белка, концентрация глюкозы в крови), функциональные пробы почек (проба Зимницкого, Реберга, Нечипоренко), белка Бенс-Джонса в моче, УЗИ и рентгенологические исследования почек.

Результаты исследования и обсуждение. Изучение структуры и частоты почечных осложнений I группы показало, что на первый план выходит миеломная нефропатия (78%) и второе место занимает ОПН (55%), далее амилоидоз почек (33%) и уремическая кома (23%).

Метаболические и гемокоагуляционные осложнения, развивающиеся при ОПН, проявлялись гипонатриемией (98%) и гипокальциемией (93%), гиперкалиемией (89%), анемией и тромбоцитопенией тяжелой степени (88% и 85%), гипертоническим синдромом (77%), различными аритмиями (67%), поражением перикарда (63%), желудочно-кишечного тракта (59%), неврологическими расстройствами (55%), уремической комой (23%), сепсисом (19%), олигоанурией (93%), тромбоцитопенией (75%).

У пациентов II группы наиболее были выражены следующие клинические проявления: оссалгия (56%), анемия средней степени тяжести (55%), тромбоцитопения средней степени тяжести (53%), на рентгенографии черепа и ребер признаки остеопороза (50%).

Литература.

1. Храброва М.С., Поражения почек, ассоциированные с моноклональными гаммапатиями: одноцентровое исследование. Нефрология. – 2018. - 22(6). - 38-46.
2. Gertz MA. Waldenström macroglobulinemia: 2018 update on diagnosis, risk stratification, and management // Am J Hematol. - 2018; 1-11.
3. Steiner N, Monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) increases the risk for progression to multiple myeloma: an observational study of 2935 MGUS patients // Oncotarget/ - 2017. - 9 (2). - 2344-2356.
4. Milani P/ Light chain amyloidosis. Mediterr J Hematol Infect // Dis. - 2018; 10(1) - 2018022.
5. Jeon Y.L. Crystalloid podocytopathy with focal segmental glomerulosclerosis in PCM: a case report // Diagn Pathol. – 2015. 10. - 213.

Мустафакулов С.С., Кароматова Т.И., Камолова Г.Н. ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

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

Актуальность. Лейкозная инфильтрация (лейкемиды) встречается во всех органах и системах, в том числе и в мочеполовой системе (МПС) в виде поражения почек (55,0%), яичек (20,0%), яичников (30,0%), предстательной железы (11,0%), уретры, мочевого пузыря и полового члена (3,0%) [3]. Лейкемиды могут появляться в мочеполовой системе в виде отдельных очагов и диффузной инфильтрации. Поражение почек чаще наблюдают в случае рецидива лейкоза или при терминальной степени, и диагностика на фоне развернутой картины заболевания не вызывает затруднений [1].

Гораздо сложнее диагностика тогда, когда поражение почек является единственным и первым проявлением заболевания, особенно в случаях острого лейкоза, когда картина крови не помогает в установлении диагноза. Процесс обычно бывает двусторонним, почки увеличиваются в размере и определяются пальпаторно. Нередко бывает так, что выраженная нефромегалия совершенно не имеет никаких клинико-лабораторных проявлений [2].

Цель исследования. Изучить особенности поражения МПС при лейкемии.

Материал исследования. Обследованы 73 пациента с лейкемией. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа пациентов с острой лейкемией (ОЛ) составила 43 человека, из них 29 мужчин и 14 женщин, средний возраст которых $36,8 \pm 1,0$, II группа пациентов с хронической лейкемией (ХЛ) ($n=30$), из них 23 мужчины и 7 женщин, средний возраст – $65,5 \pm 2,3$.

Методы исследования. Клинико-лабораторные исследования, стерильная пункция с морфологическим и цитохимическим исследованием костного мозга, общий анализ мочи, анализ мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, мочевина и креатинин, общий белок и белковые фракции, коагулограмма, сахар крови, мочевая кислота, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, яичек, яичников, предстательной железы; пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Реберга-Тареева.

Результаты и их обсуждение. Из 43 пациентов ОЛ у 11 чел. (25,5%) выявлено поражение почек, у 3-х чел. (6,9%) – яичек, 4 чел. (9,3%) – яичников, у 7 чел. (16,2%) – предстательной железы. Из 30 чел. ХЛ у 9 чел. (30,0%) обнаружено поражение почек, у 5 чел. (16,6%) – яичников, у 3 чел. (10,0%) – кавернозных тел полового члена (приопизм – длительная, болезненная эрекция).

По мере увеличения степени бластемии и тромбоцитопении отмечалось значительное увеличение болевого синдрома в мочеполовой системе, и усугублялись клиничко-лабораторные показатели.

Выводы. При своевременном выявлении и лечении острых и хронических форм лейкемии можно предотвратить поражение мочеполовой системы.

Литература.

1. Ballo O. Acute kidney injury adversely affects the clinical course of acute myeloid leukemia patients undergoing induction chemotherapy // *Ann Hematol.* Published online. - 2021. doi:10.1007/s00277-021-04482-3.
2. Ronco C, Bellomo R, Kellum JA (2019) Acute kidney injury. *Lancet* 394(10212):1949–1964.
3. Tiong IS, Dissecting causes for improved survival among patients with acute myeloid leukemia in two different eras receiving identical regimens in sequential randomized studies // *Blood Cancer.* – 2018. - 8(9). -84.

Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Кароматова Т.И.

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ

Кафедра внутренних болезней №3

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

Актуальность. Поражение органов и систем при различных формах лейкемии в основном связаны миелотоксичностью самого опухолевого процесса, токсичностью полихимиотерапии (ПХТ) и их лейкозной инфильтрацией [1, 2]. Длительное цитостатическая терапия вызывает различные тяжелые осложнения со стороны мочеполовой сферы и, несмотря на проводимую сопроводительную терапию, может закончиться летальным исходом [3].

В связи с этим в настоящей работе поставлена **цель:** изучить состояние психоэмоциональной и мочеполовой сферы у пациентов с лейкемией.

Материал исследования. Обследовано 73 пациентов с лейкемией в возрасте от 35 до 67 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа пациентов ОЛЛ составила 43 человека, II группа пациентов с ОМЛ (n=30).

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, мочевого пузыря, УЗИ почек, мочевого пузыря, яичек, яичников, предстательной железы; пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Реберга-Тареева. Все пациенты получали соответствующую программную полихимиотерапию. Личностная тревожность определяли по тесту Спилбергера и по шкале депрессии.

Результаты и их обсуждение. Поражение мочеполовой сферы у пациентов I группы (ОЛЛ) превалировало по отношению пациентов с ОМЛ. В 86,0% случаев обнаружено нефромегалия (37 чел.), у 23- человек (54,4%) поражение гонад, у 35 чел. (81,3%) хронический простатит. У пациентов II группы (ОМЛ) в 39% случаев был обнаружен нефротический синдром и нефромегалия, в 30,% случаев поражение гонад, и у 7 чел. (23,3%) поражение кавернозных тел полового члена (приопизм), тогда как приопизм у пациентов с ОЛЛ мы не встречали.

Изучение психоэмоциональной сферы у пациентов обеих групп показало, лидирующее место занимали: подавленность (98,0%), недомогание (96%), агрессивность (89%), чувство одиночества (87%), придирчивость (77,0%), эмоциональность (75,0%), раздражительность (70,0%).

Выводы. У пациентов с лейкемией психоэмоциональные нарушения и поражение МПС в основном связаны с миелотоксичностью самого опухолевого процесса и токсического влияния полихимиотерапии.

Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА

Кафедра внутренних болезней №3

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

Актуальность. Хронический миелолейкоз (ХМЛ) – это одна из форм лейкоза, сопровождающийся злокачественным перерождением стволовых гемопоэтических клеток с прогрессированным размножением миелоидных клеток в костном мозге и их последующим накоплением в крови, и клеточным субстратом которого являются зрелые и созревающие клетки [3].

В стадии акселерации ХМЛ наблюдается синдром лизиса опухоли, развивающийся в результате миелотоксичности самого опухолевого процесса или применения цитостатиков, приводящих к разрушению опухолевых клеток и проявляющийся гиперурикемией, гиперкалиемией, гиперфосфатемией, гипокальциемией и образованием камней в почках [1, 2].

Гиперкалиемия сопровождается асистолией и может приводить к внезапной смерти и требует немедленной коррекции. Гиперфосфатурии приводят к преципитации фосфата кальция в канальцевом отделе нефрона и развитию нефрокальциноза. При гипокальциемии развиваются нарушения автоматизма миокарда, снижается сила сокращения сердечной мышцы, развиваются желудочковые аритмии [5].

После успешного проведения ПХТ при ХМЛ могут развиваться электролитный дисбаланс и острая почечная недостаточность (ОПН), приводя к летальному исходу. Смертность при синдроме лизиса опухоли, колеблется от 17% до 70% [3].

Необходимо подчеркнуть, что факторы риска, клинические проявления и терапевтические мероприятия в отношении ХМЛ изучены досконально, но влияние вторичной гиперурикемии на течение ХМЛ изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучить особенности течения гиперуремического синдрома при хроническом миеломейкозе.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и в гематологическом отделении ГУ НМЦРТ. Под наблюдением находились 63 пациента с ХМЛ в возрасте 48-67 лет. Из 63 пациентов с ХМЛ у 22 чел. (64,7%) наблюдали вторичную гиперурикемию.

Пациенты были распределены по возрастному аспекту на 2 группы: в I группу вошли 33 (52,3%) пациента в возрасте от 48 до 55 и во II группу вошли 30 (47,6%) пациентов от 56 до 67 лет.

Методы исследования. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, мочевая кислота, калий, фосфор, мочевина, креатинин, проба Зимницкого, проба Реберга, проба Нечипоренко, УЗИ почек, МРТ почек, ЭКГ.

Результаты исследования. У пациентов с ХМЛ пожилого возраста ренальные осложнения развивались чаще по отношению к лицам среднего возраста за счёт миелотоксичности опухолевого процесса и проявлялись в виде: метаболического ацидоза (97% и 27%), проявляющиеся диареей (76% и 29%), тошнотой (77% и 33%) и рвотой (83% и 27%), приступообразными болями в поясничной области (55,0%), повышением артериального давления (43% и 11%), уратным нефролитиазом (39% и 9%), острой почечной недостаточностью (45% и 11%), снижением диуреза (40% и 10%), снижением удельного веса мочи (45% и 10%), гематурией (43% и 9%), лейкоцитурией (40% и 7%), протеинурией (45% и 11%) и цилиндрурией (45% и 10%).

Мочевая кислота увеличилась в 2 раза у пожилых лиц по отношению к среднему возрасту (989 и 533 мкмоль/л).

В терминальной стадии заболевания у пациентов с ХМЛ цвет кожных покровов отличался желто-серым оттенком, концентрация внимания резко снижалась (79%), почечная недостаточность проявлялась в виде: слабости мышц (93%), появлением запаха аммиака изо рта (77%), зуда кожных покровов (57%), тремора конечностей (33%).

Гиперурикемический и уремический синдромы, несомненно, отрицательно влияли на течение ХМЛ в виде резкого повышения артериального давления, появления отеков. Уратный нефролитиаз в 2 раза чаще встречался у пациентов пожилого возраста по отношению к больным среднего возраста.

Возможно, это было связано с мультиморбидным отягощенным анамнезом пациентов пожилого возраста. У пациентов пожилого возраста гипертоническая болезнь (79% и 25%), ИБС (75% и 25%), хронический пиелонефрит (67% и 23%) были обнаружены в 3 раза чаще по отношению к лицам среднего возраста.

Выводы. Таким образом, гиперурикемический и уремический синдромы, несомненно, негативно влияют на течение ХМЛ, провоцируя развитие ренальных осложнений. Для предотвращения ренальных осложнений у пациентов с ХМЛ необходимо наблюдать за состоянием пуринового обмена.

Литература

1. Бурнашева Е.В. Поражение почек при противоопухолевой терапии. Нефрология. - 2018. - Т. 22. - № 5. - С. 17-24.
2. Кугушев Е.Э. Этиопатогенез, клиническая картина и лечение синдрома лизиса опухоли. В сборнике: Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации сборник статей XXIV Международной научно-практической конференции. - 2019. - С. 168-170.
3. Матинян Н.В. Синдром острого лизиса опухоли: современное состояние проблемы. Онкогематология. 2022;17(4):185-195.
4. Мустафакулова Н.И. Влияние гиперурикемии на течение и прогноз хронического миеломейкоза [Текст] / Н.И. Мустафакулова, Г.Н. Камолова, Н.С. Мустафакулова, Т.И. Кароматова // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - 2017. - Том. 2. - С. 182-184.
5. Харченко Ю.А., Синдром лизиса опухоли: взгляд на проблему. Онкогинекология. - 2019. - № 4 (32). - С. 17-25.

Мустафакулов С.С., Абдуллаева С.Н., Хазраткулов П.Т.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Кафедра внутренних болезней №3

Кафедра урологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Множественная миелома (ММ) (парапротеинемический лейкоз, болезнь Рустицкого-Калера) относится к наиболее распространенным злокачественным заболеваниям крови, сопровождающимся поражением системы В-лимфоцитов, пролиферацией костного мозга и плазматических клеток, продуцирующим моноклональные иммуноглобулины (Ig) [3].

При миеломной нефропатии (МН) поражаются нефроны и канальцевый аппарат патологическими белками, в результате чего почки могут сморщиться [4].

МН характеризуется устойчивой протеинурией и медленным развитием почечной недостаточности на фоне отсутствия проявлений нефротического синдрома: наличие отеков, гипопроteinемии, гиперхолестеринемии, гипертонического синдрома в результате, которых развивается уремическая кома [1].

Почечная недостаточность относится к наиболее частым осложнениям ММ и отличается ранней летальностью (в первые три месяца) [2].

При ММ в 15% случаев встречается первичный амилоидоз почек. В отличие от ММ, при амилоидном поражении почек развивается нефротический синдром и гиперпротеинурия [5].

ММ отличается трудностью её диагностики, разносторонностью клинических проявлений и осложнений, высокой частотой возникновения диагностических ошибок, что требует необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к таким категориям больных.

Целью нашего исследования является изучить структуру, частоту и особенности клинических проявлений почечных осложнений у пациентов с ММ.

Материал и методы исследования. Были обследованы 39 пациентов с ММ в возрасте от 57 до 73 лет, среди них мужчин оказалось 25; женщин - 14.

Пациенты с ММ разделены на 2 группы: в I группу вошли пациенты с почечными осложнениями и во II группу – без таковых осложнений. Верификация диагноза ММ ставилась на основании плазматизации костного мозга >10-25%; увеличения плазматических клеток в крови и парапротеина в моче и сыворотке; признаков генерализованного остеопороза.

Проводили общеклинические исследования, биохимическое исследование крови (мочевая кислота, уровень содержания кальция, билирубина, мочевины и креатинина, количество общего белка, концентрация глюкозы в крови), функциональные пробы почек (проба Зимницкого, Реберга, Нечипоренко), белка Бенс-Джонса в моче, УЗИ и рентгенологические исследования почек.

Результаты исследования и обсуждение. Изучение структуры и частоты почечных осложнений I группы показало, что на первый план выходит миеломная нефропатия (78%) и второе место занимает ОПН (55%), далее амилоидоз почек (33%) и уремическая кома (23%).

Метаболические и гемакоагуляционные осложнения, развивающиеся при ОПН, проявлялись гипонатриемией (98%), (88%) и гипокальциемией (93%), гиперкалиемией (89%), анемией и тромбоцитопенией тяжелой степени (88% и 85%), гипертоническим синдромом (77%), различными аритмиями (67%), поражением перикарда (63%), желудочно-кишечного тракта (59%), неврологическими расстройствами (55%), уремическая кома (23%), сепсисом (19%), олигоанурией (93%), тромбоцитопенией (75%).

У пациентов II группы наиболее были выражены следующие клинические проявления: оссалгия (56%), анемия средней степени тяжести (55%), тромбоцитопения средней степени тяжести (53%), на рентгенографии черепа и ребер признаки остеопороза (50%).

Литература.

6. Храброва М.С., Поражения почек, ассоциированные с моноклональными гаммапатиями: одноцентровое исследование. Нефрология. – 2018. - 22(6). - 38-46.
7. Gertz MA. Waldenström macroglobulinemia: 2018 update on diagnosis, risk stratification, and management //Am J Hematol. - 2018; 1-11.
8. Steiner N, Monoclonal gammopathy of renal significance (MGRS) increases the risk for progression to multiple myeloma: an observational study of 2935 MGUS patients //Oncotarget/ - 2017. - 9 (2). - 2344-2356.
9. Milani P/ Light chain amyloidosis. Mediterr J Hematol Infect //Dis. - 2018; 10(1) - 2018022.
10. Jeon Y.L. Crystalloid podocytopathy with focal segmental glomerulosclerosis in PCM: a case report //Diagn Pathol. – 2015. 10. - 213.

Мустафакулова Н.И., Бодомова Н.С., Абдулаева Д.Ю.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

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

Актуальность. Мегалобластные (пернициозные) анемии – это группа заболеваний, характеризующихся изменениями морфологии клеток костного мозга. Более 90% случаев обусловлены дефицитом фолиевой кислоты и витамина В12. В результате чего в костном мозге развиваются многочисленные видоизмененные предшественники эритроцитов — мегалобласты. В большинстве случаев МБА встречается в пожилом и старческом возрастах.

Наиболее частыми причинами развития МБА являются: недостаток витамина В12, ахилический и субатрофический гастрит, резекция желудка, канцероматоз желудка, глистная инвазия, хронические заболевания тонкой кишки, вегетарианская диета [3].

МБА сопровождается 3 клиническими синдромами: существованием ахилического и атрофического гастритов, анемического синдрома и психоневрологических осложнений.

Пациенты при МБА с поражением желудочно-кишечного тракта жалуются на похудание, снижение аппетита, жжение языка, появление язвочек в слизистых оболочках полости рта и заеды в уголках рта, покраснение языка в виде «лакированного цвета».

Специфические поражения периферической нервной системы при МБА сопровождаются набуханием миелиновых оболочек аксонов с последующей их демиелинизацией и вторичным разрастанием нейроглии. Вследствие чего развивается дегенерация задних и боковых столбов спинного мозга – фуникулярный миелоз и симметричная нейропатия нижних конечностей [2].

У пациентов с ФМ развивается снижение чувствительности кожи и онемение конечностей, ощущение «ватных ног» и утиная походка.

Психоневрологические осложнения МБА проявляются в виде психомоторных возбуждений, бреда, зрительных и слуховых галлюцинаций, эпилептических припадков, параличей нижних конечностей [1].

При МБА в развернутом анализе крови обнаруживают гиперхромную анемию, мегалоцитоз эритроцитов, в эритроцитах кольца Кебота, тельца Жолли, пойкилоцитоз и анизоцитоз эритроцитов, ретикулоцитопению, лейкопению, анэозинофилию, гигантские нейтрофилы, тромбоцитопению [4].

Заключительный диагноз МБА устанавливается по результатам клинических проявлений и при обнаружении мегалобластов в костном мозге [5].

МБА и её осложнения в догоспитальном этапе остаются замаскированными под другими заболеваниями. Больные длительное время лечатся под «маской» остеохондроза, гастрита и анемического синдрома, и поступают в гематологическое отделение в запущенной стадии заболевания, с развитием специфических поражений нервной системы, проявлениями ФМ и психоневротическими расстройствами.

Целью нашего исследования явилось изучить частоту, структуру и особенности специфических неврологических и психотических расстройств при МБА.

Материал и методы исследования. Ретро- и проспективно анализированы истории болезней 123 пациентов с МБА в возрасте от 55 до 77 лет. Среди них мужчин было 73, женщин – 50.

Пациенты с МБА распределены на 2 группы: в I группу вошли пациенты с анемией средней степени тяжести (n=63) и во II группу с тяжелой степенью тяжести (n=60).

Методы исследования. Анализированы развернутый анализ крови, биохимические анализы крови (содержание витамина В12 в сыворотке, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, ЛДГ, общий билирубин, свободный билирубин, сывороточное железо), эхография внутренних органов, МРТ позвоночного столба, гастроскопия, стерильная пункция, психодиагностический метод: шкала тревоги Спилбергера.

Все пациенты осмотрены психиатром и невропатологом.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований у пациентов II группы по отношению с I группой выявлено преобладание глистной инвазии (57% и 29%), хронических заболеваний тонкой кишки (53% и 27%) и хронического гастрита (51% и 25%), вегетарианской диеты (49% и 23%). У пациентов II группы в старческом возрасте беспокоили парестезия ног (77% и 21%), «ватные ноги» (67 и 15%), недомогание (73% и 23%), сонливость (55% и 10%), апатия (47% и 9%), проявления депрессии (43% и 9%), агрессивность (40% и 9%), зрительные (23% и 10%) и слуховые галлюцинации (19% и 7%), когнитивные нарушения (17% и 5%), преобладали по сравнению с пациентами I группы.

В гемограмме обнаружена гиперхромная анемия тяжелой степени (93% и 45%), мегалобластоз эритроцитов (95% и 45%), в эритроцитах кольца Кебота (89% и 39%), тельца Жолл (87% и 37%), пойкилоцитоз (33% и 11%) и анизоцитоз (29% и 9%) эритроцитов, снижение количества ретикулоцитов (33% и 8%), лейкопения (93% и 45%), нейтропения (29% и 9%), тромбоцитопения (86% и 29%), снижение уровня витамина В12 более значительно (99% и 49%) у пациентов II группы по отношению к лицам I группы. Фунгикулярный миелоз был обнаружен в 53% случаев у пациентов II группы, тогда как у пациентов I группы не обнаружен.

Выводы.

1. Наиболее частой причиной МБА являются глистная инвазия, хронические заболевания тонкой кишки и желудка, вегетарианская диета.
2. У пациентов II группы беспокоили парестезия ног, «ватные ноги», апатия, проявления депрессии, агрессивность, зрительные и слуховые галлюцинации, когнитивные нарушения (17% и 5%), преобладали по сравнению с пациентами I группы.
3. Заключительный диагноз ставится с учетом клинико-гематологических исследований и результатов исследования костного мозга.

Литература.

6. Khurshid A. Thiamine Responsive Megaloblastic Anaemia, Diabetes Mellitus and Sensorineural Hearing Loss in a Child //J Coll Physicians Surg Pak. – 2018. - 28(9). -S169-S171.
7. Miller JW. Proton Pump Inhibitors, H2-Receptor Antagonists, Metformin, and Vitamin B-12 Deficiency: Clinical Implications. – 2018. - 9(4). -511S-518S.
8. Mohamed M. //J. Pernicious anaemia. BMJ. – 2020. – 369. -1319.
9. Oo TH. Diagnostic difficulties in pernicious anemia. Discov Med. – 2019. - 28(155). - 247-253.
10. Rao S. Cobalamin Deficiency Masquerading As Pseudo-Thrombotic Microangiopathy. Cureus. – 2020. - 12(7). - 9097.

Мухаммадиева К.М., Аджит Кумар, Джураева Ш.Х.

ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г.Душанбе

Актуальность. Актуальной проблемой дерматологии и косметологии являются гиперпигментные пятна (мелазмы), которые имеют многочисленные этиопатогенетические механизмы развития и характеризуются резистентностью к проводимой терапии [1,2]. Особое внимание привлекают гиперпигментации, локализующиеся на коже лица, которые встречаются от 1,5 до 33,3% случаев в популяции, из которых 60% пациентов лиц составляют возраст от 30 до 35 лет. Кроме того, в 70% случаев данная патология наблюдается у лиц женского пола и являясь эстетически значимым дефектом кожи, оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов [3]

Лечение мелазмы, локализующейся на коже лица является одной из сложных задач в дерматологии, так как в большинстве случаев наблюдается резистентность к проводимой терапии и рецидивы заболевания. Важную роль в терапии хлоазмы играет антиоксидантная терапия, которая широко используется в виде витамина С (аскорбиновой кислоты) и входит в состав многих наружных косметических средств. По данным некоторых исследователей аскорбиновая кислота обладает способностью тормозить меланогенез, подавляя активность тирозиназы за счет связывая меди в активном центре тирозиназы. [4]. Одни авторы считают, что витамин С обладает депигментирующими свойствами благодаря своей способности хелатировать ионы меди, используемые на клеточных ферментативных стадиях, необ-

ходимых для пигментации. [5]. Другие авторы считают, что корректирующий эффект аскорбиновой кислоты заключается в предохранении от окислительного повреждения и способностью восстановления метаболических процессов в коже. В некоторых исследованиях доказано осветляющее действие аскорбиновой кислоты за счет ингибирования тирозиназы и восстановления окрашенных продуктов меланогенеза. Выявлено регенерирующее действие аскорбиновой кислоты, а также его способность укреплять сосудистую стенку[6]. В последние годы с целью введения аскорбиновой кислоты в очаги мелазмы широкое применение нашел метод мезотерапии. Однако после применения данного метода в некоторых случаях усиливается поствоспалительная де, гипо или гиперпигментация, а также появляются такие побочные эффекты, как боль, эритема и кровоизлияния.

Известно, что наиболее щадящими методами терапии дерматозов является введение лекарственных препаратов посредством различных физических методов терапии (электрофорез, ультразвук), которые имеют ряд преимуществ, так как отличаются неинвазивностью и безболезненностью.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности применения аскорбиновой кислоты методами мезотерапии и лекарственного электрофореза при лечении мелазмы.

Материал и методы исследования. В основную группу вошли 97 пациентов с мелазмами, а в контрольную группу – 90 пациентов. В основной группе лечение проводилось в три этапа: на первом этапе проводился лекарственный электрофорез с аскорбиновой кислотой. Длительность процедуры в первый день составила 3 минуты, сила тока = 3мА. Через каждые две процедуры длительность их увеличивали на 2 мин и доводили до 12 минут, а силу тока увеличивали на 2 мА и доводили до 12мА. Курс лечения состоял из 12 процедур. Пациентам контрольной группы проводилась мезотерапия с аскорбиновой кислотой (Ascormax 10, Toskanicosmetics, Испания) 6 процедур 1 раз в 7 дней. Критерии эффективности терапии: при снижении индекса MASI более, чем на 75% оценивалось как выраженное улучшение, при снижении MASI от 50% до 75% - как хорошее улучшение, при снижении MASI от 25% до 50% средняя эффективность, при снижении MASI меньше чем на 25% как отсутствие эффекта.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенной терапии в основной группе пациентов наблюдалось наиболее выраженное снижение индекса MASI, который составил $5,7 \pm 0,3$ баллов, что в 1,8 раза ниже, чем у пациентов контрольной группы, где он составил ($10,25 \pm 0,5$ баллов). По сравнению с исходными значениями в основной группе индекс MASI снизился в 4,8 раза ($27,51 \pm 3,5$ против $5,7 \pm 0,3$ баллов), а в контрольной группе – в 2,6 раза ($27,51 \pm 3,5$ против $10,25 \pm 0,5$ баллов).

После лечения мелазмы применением электрофореза с аскорбиновой кислотой наблюдалось значительное уменьшение площади поражения и интенсивности гиперпигментных пятен, а также улучшение гомогенности в очагах поражения. Хорошее улучшение в основной группе наблюдалось в 1,5 раза чаще, по сравнению с контрольной группой, то есть в 47 (48,5%;97) против 29 (32,2%;97) случаев. Наибольшее количество пациентов со средней степенью эффективности терапии гиперпигментации было выявлено в контрольной группе, где их количество оказалось в 8 раз больше, чем в основной группе, то есть в 44 (48,9%;90) против 6 (6,2%;97) случаев. В то же время, в основной группе не было выявлено ни одного случая с отсутствием эффекта, а в контрольной группе у 9 (10,0%) пациентов было выявлено отсутствие эффекта от проведенной терапии. Наблюдение за пациентами в течение 12 месяцев после проведенной терапии выявили рецидивы у 9 (9,3%;97) пациентов основной группы и у 27 (30,0%;90) контрольной группы.

Выводы. Таким образом, проведение предложенного метода терапии по сравнению с контрольной группой в 5 раз чаще привело к выраженному улучшению (45,3% против 8,9%) и в 3 раза чаще – к уменьшению частоты рецидивов в отдаленном периоде (9,3% против 30,0% случаев).

Список литературы

7. Андреева Е.В. Проблема гиперпигментации и новый способ ее решения / Е.В. Андреева, О.Ю. Олисова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2013. - № 6. - С. 80-84.
8. Нарушения пигментации кожи и их коррекция в дерматокосметологической практике Л.А. Болотная, И.И. Сербина, Л.Л. Болотная, Л.И. Бей. Вересень, 2013, №3 стр 34-38
9. Hexsel D. Epidemiology of melasma in Brazilian patients: a multicenter study / D. Hexsel [et al.] // Int J Dermatol. – 2014. – 53. – P. 440-444
10. Круглова Л.С., Иконникова Е.В. Гиперпигментации кожи: современные взгляды на этиологию и патогенез. Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2017.-Том 20, № 3, С.178-183.
11. Balevi A, Ustuner P, Özdemir M. Salicylic acid peeling combined with vitamin C mesotherapy versus salicylic acid peeling alone in the treatment of mixed type melasma: A comparative study. J Cosmet Laser Ther. 2017 – p.347-401.
12. Касихина Е.И. Гиперпигментация: современные возможности терапии и профилактики. Лечащий врач 2011; (6): 73—76.

Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д., Ташкенбаева Э.Н.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИИ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра Внутренние болезни №-2 и кардиологии Самаркандского Государственного Медицинского Университета. Узбекистан, Самарканд

Введение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из ведущих причин снижения качества и продолжительности жизни, являясь нерешенной в настоящий момент медико-социальной проблемой, актуальность которой с годами растет. Учитывая, что и ХОБЛ, и COVID-19 вызывают потенциально тяжелое поражение легких, важным представляется изучение влияния инфицирования SARS-CoV-2 на течение, осложнения и исходы ХОБЛ, а также воздействия пандемии на организацию медицинской помощи хроническим пульмонологическим пациентам. Наличие схожих аспектов в патогенезе COVID-19 и ХОБЛ позволяет рассмотреть ряд препаратов базисной

терапии ХОБЛ в качестве возможного средства лечения новой коронавирусной инфекции. Появление нового штамма коронавируса в декабре 2019 г. в китайском городе Ухань (провинция Хубэй), его дальнейшее быстрое распространение по миру и формирование пандемии COVID-19, официально объявленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 11.03.20, явились глобальным вызовом для мирового здравоохранения. Коронавирус, получивший 11.02.20 наименование SARS-CoV-2, попадает в организм человека через рецепторы ангиотензин превращающего фермента 2-го типа (АПФ-2) и может поражать альвеолярные клетки 2-го типа, предопределяя диффузное альвеолярное повреждение легких, клинически проявляющееся как вирусная двусторонняя пневмония и острый респираторный дистресс-синдром.

Цель исследования – клинического состояния до и после лечения пациентов перенесших пневмонии Covid-19 на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материал и методы. Работа была проведена у больных госпитализированных в период 2020 и 2021 годах в отделениях Самаркандского городского специализированного центра по борьбе с Covid-19 у 221 пациентов, получавшем лечение в условиях стационара, у которых был ХОБЛ с COVID-19 группа-А, ХОБЛ без COVID-19 группа-Б и у здоровых. Из 94 пациентов в группе А у 45% был диагностирован ДН II, а у 55% - ДН III. Группа Б состояла из 91 пациента, средний возраст которых составлял $64,1 \pm 1,2$ года. Из них 53% составляли мужчины и 47% - женщины. Их средний возраст составил $64,8 \pm 1,2$ года. Клиническое исследование проводилось на основе следующих критериев и включало: жалобы пациентов и анамнез жизни продолжительность и факторы риска ХОБЛ, продолжительность лихорадки общие признаки катаральных симптомов и всех клинических признаков Covid-19 клиническое развитие и вспышка во время болезни а также сопутствующие заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка анамнеза жизни и заболевания была проведена при госпитализации больных. Анализ динамики лечения проводили с помощью клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования. Анализировали данные рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрии, оценивали функцию внешнего дыхания (ФВД). Оценку прогноза заболевания и выбора места лечения пациентов с ХОБЛ+COVID-19 проводили в соответствии со шкалой CRB-65.

В последние годы для оценки тяжести клинических признаков ХДН в баллах используется шкала оценки клинического состояния. Для идентификации показателей, включенных в шкалу, специальные методы инструментальных исследования не требуются. Идеально собранный анамнез пациента и объективное обследование позволяют найти ответы на все вопросы. В нашем исследовании у пациентов в основной и сравнительной группах было отмечено, что показатели шкалы ухудшились на 25,9% по сравнению с пациентами контрольной группы.

Клинический статус пациентов основной и сравнительной группы до лечебных процедур резко не отличался ни от одного из показателей. Было обнаружена значительная разница в клиническом статусе между пациентами контрольной группы и основной, сравнительной группами. Это, в свою очередь, подтверждает, что Covid-19 оказывает негативное влияние на клиническое состояние пациентов с длительным периодом, то есть после клинического выздоровления.

При изучении клинического статуса пациентов основной и сравнительной групп после проведенных процедур в динамике было отмечено, что показатели клинического статуса у пациентов контрольной группы изменились положительно с $5,5 \pm 0,3$ до $3,0 \pm 0,2$ балла. По этим показателям у пациентов основной группы от $6,5 \pm 0,2$ до $3,2 \pm 0,4$ балла. Однако у пациентов сравнительной группы он изменился с $5,7 \pm 0,3$ балла до $5,1 \pm 0,4$ балла (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели клинического состояния до и после лечения пациентов (в баллах)

Группы	Период лечения	Показатели
	До	$6,5 \pm 0,2$
	После	$3,2 \pm 0,4^*$
	До	$5,7 \pm 0,3$
	После	$5,1 \pm 0,4$
	До	$5,5 \pm 0,3$
	После	$3,0 \pm 0,2^*$

Примечание: *- достоверность различий до и после лечения сопоставимых показателей в группе ($p < 0,05$)

При оценке качества жизни пациентов был использован клинический опросник по ХОБЛ - ССQ. Эта анкета заполняется самостоятельно, исходя из общего состояния пациента в течение последнего месяца. Опросник предназначен для выявления признаков дыхательной недостаточности и состоит в общей сложности из двадцати одного вопроса. Эта шкала оценки включает оценку распорядка дня пациента и трудностей в профессиональной деятельности, наряду с побочными эффектами употребляемых препаратов и в то же время психоневрологическим состоянием. Каждый персонаж оценивается по 4-балльной шкале. 0 баллов - отсутствие признаков, 5 баллов - представляют максимальное проявление признаков, на которые пациент отвечает на вопросы анкеты, основываясь на баллах от 0 до 5. На основании результатов, полученных от пациента, баллы суммируются. Пациент может набрать максимум 105 баллов (худшее качество жизни), 0 баллов – лучшее качество жизни. Эта шкала может быть использована не только для оценки качества жизни пациентов с существующей ХОБЛ, но и для определения эффективности проводимого у них лечения перед выпиской из больницы. В нашем исследовании опрос пациентов был проведен во всех группах. У пациентов основной группы он был равен $47,6 \pm 1,1$ баллам, а у пациентов сравнительной группы - $38,2 \pm 1,5$ балла, а в контрольной группе - $35,1 \pm 0,7$ балла (Таблица 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов до и после лечения (в баллах)

Группы	Период лечения	Показатели
	До	$47,6 \pm 1,1$

	После	26,8±0,2*
	До	38,2±1,2
	После	33,2±0,3
	До	35,1±0,7
	После	27,3±1,3*

Примечание: * - достоверность различий до и после лечения сопоставимых показателей в группе ($p < 0,05$)

После назначенных лечебных процедур показатель качества жизни достоверно снизился с $47,6 \pm 1,1$ до $26,8 \pm 0,2$ баллов у пациентов основной группы. У пациентов сравнительной группы наблюдалось значительное снижение с $38,2 \pm 1,2$ до $33,2 \pm 0,3$ балла. В нашей контрольной группе с $35,1 \pm 0,7$ до $27,3 \pm 1,3$ балла. Это доказывает что у пациентов в основной и сравнительной группах инфекция влияла на их клиническую картину в долгосрочной перспективе. При этом мы можем видеть, что достоверные положительные изменения были зафиксированы в основной группе, где пациентам к комплексному лечению были добавлены гипотензивных препараты.

Выводы: У пациентов в основной группе наблюдаются более высокие интенсивность респираторных симптомов, значения индекса коморбидности и уровня СРБ в крови, более низкие спирометрические параметры по сравнению с показателями больных с сравнительной группой. При изучении данных коагулограммы, включая показатели фибриногена, протромбина, МНО, Д-димера, не было отмечено заметной разницы между основной и сравнительной группами. Однако в нашем наблюдении у пациентов в основной группе показатели СРБ долгое время были высокими. Медленное повышение уровня СРБ, даже при сопоставлении с подходящими показателями и даже превышении его, значительно увеличивает риск данной патологии. Воспалительный процесс усугубляет последствия заболевания и является дополнительным фактором риска развития данного процесса.

Список литературы

10. Тогаева Б. и др. COVID-19 YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI BOR BEMORLARDA KECISHI //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 47-50.
11. Ташкенбаева Э. Н. и др. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА //International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С. 124-135.
12. Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф. О., Кадырова, Ф. Ш., Мирзаев, Р. З., Мухиддинов, А.И., Касымова, Б. С., & Мардонов, У. А. (2019). Особенности клинического течения нестабильной стенокардии с хронической сердечной недостаточностью у больных с сохранной фракцией выброса. Евразийский кардиологический журнал, (S1), 279.
13. Ташкенбаева Э. Н. И др. Особенности клинического течения нестабильной стенокардии с хронической сердечной недостаточностью у больных с сохранной фракцией выброса //Евразийский кардиологический журнал. – 2019. – №. S1. – С. 279.

Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д., Миркосимова М.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА ПАРКИНСОНИЗМА

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

Актуальность. Паркинсонизм является наиболее частым хроническим заболеванием центральной нервной системы, вызванное разными этиологическими факторами (наследственные, инфекционные, сосудистые, опухолевые, токсические) и проявляющиеся в нарушении двигательных функций в виде брадикинезии, дрожании и ригидности. Это тяжелое прогрессирующее расстройство ЦНС, которое затрагивает в основном людей среднего и пожилого возраста.

Современная оценка болезни невозможна без ее количественного определения, без четкого представления о ее распространенности структуре среди населения. Данные о распространенности и их тенденции к росту получаемые при эпидемиологических исследованиях позволяют выявить современные количественные характеристики болезни, на основании которых становится возможными улучшение организации лечебной помощи больным.

В Таджикистане до настоящего времени не изучено распространение болезни и синдрома Паркинсона, мало известен его клинический полиморфизм. Некоторые вопросы биохимии и нейрофизиологии болезни Паркинсона изучены в отдельных исследованиях.

Цель исследования. Изучение распространенности болезни Паркинсона и синдрома паркинсонизма (Сосудистый, постэнцефалитический, посттравматический) в условиях Таджикистана и разработка эффективных методов лечения паркинсонизма.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных обследования 386 больных паркинсонизмом (260 мужчин в 126 женщин) в возрасте от 13 до 80 лет, с длительностью болезни от нескольких месяцев до 40 лет. Стационарно наблюдались 109 больных, амбулаторно - 277.

В исследуемой группе у 232 больных был диагностирован сосудистый паркинсонизм, у 68 - постэнцефалитический паркинсонизм, у 45 - болезнь Паркинсона, у 41 – посттравматический паркинсонизм. Для изучения распространенности паркинсонизма среди населения мы использовали материалы первичной обращаемости больных в участковые поликлиники городов Душанбе, Курган-Тюбе, Хорога и районов Колхозабада, Куйбышева, Ура-Тюбе, Шугнана, Мургаба, Пенджикента, а также данные профилактических осмотров, проводившихся в тех же поликлиниках во время настоящей работы.

После алфавитизации и уточнения данных на каждое лицо были заполнены индивидуальные карты медицинских осмотров. Карта включала подробный перечень, охватывающий паспортные данные на лицо, сведения об обращаемости за четыре года в лечебно-профилактические учреждения, сведения, установленные при проведении медицинского осмотра. Необходимые данные собраны при подворных обходах с информаторами, а также с хозяйственной книги поселкового Совета и внесены в анкету.

Результаты исследования. В целях изучения распространенности и структуры паркинсонизма среди населения Таджикистана мы провели анализ полученных материалов в следующем направлении: определение распространенности паркинсонизма среди различных возрастно-половых групп, уточнение соотношения показателей заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью и материалов медицинских осмотров. Для решения этих задач нами были использованы материалы о заболеваемости населения городов Душанбе, Курган Тюбе, Хорог и районов республики: Колхозабад. Куйбышев, Пенджикент, Ура-Тюбе, Шугнан, Мургаб.

На юге Таджикистана обследованы Колхозабадский, Куйбышевский районы и г. Курган-Тюбе. Регион отличается жарким климатическим режимом. В Колхозабадском районе распространенность паркинсонизма на 10 тыс. населения составила $2,24 \pm 0,48$.

В Куйбышевском районе распространенность паркинсонизма на 10000 населения составила $1,78 \pm 0,47$. В городе Курган-Тюбе этот показатель несколько выше - $3,17 \pm 0,77$. На юге Таджикистана показатель распространенности равнялся $2,30 \pm 0,32$.

По северному Таджикистану обследованы Пенджикентский и Ура-Тюбинский районы. Среди населения Пенджикентского района этот показатель равен $1,86 \pm 0,37$.

В Ура-Тюбинском районе он составил $2,22 \pm 0,38$ на 10000 населения.

На севере Таджикистана распространенность паркинсонизма составила $2,06 \pm 0,27$.

В Шугнанском районе и г. Хорог отмечается незначительный рост числа больных - $2,93 \pm 0,65$ на 10000 населения. В Мургабском районе этот показатель увеличивается почти в 3 раза - $7,17 \pm 2,53$. Всего по ГБАО (Горно-Бадахшанская область) показатель распространенности паркинсонизма равняется $3,52 \pm 0,67$.

Анализ распространенности основных форм паркинсонизма свидетельствует о том, что наиболее часто встречается сосудистый паркинсонизм - $1,55 \pm 0,11$ на 10000 населения, далее следует постэнцефалитический - $0,40 \pm 0,06$. Самые низкие показатели распространенности имеют болезнь Паркинсона - $0,26 \pm 0,05$ и посттравматический паркинсонизм - $0,23 \pm 0,04$.

Нами выявлена значительная вариабельность показателей распространенности по основным районам Таджикистана. Наиболее высокие показатели имеют высокогорные районы - $3,52 \pm 0,67$ по всем видам паркинсонизма, что почти в 1,5 раза выше общего показателя распространенности. В целом по Таджикистану этот показатель равен $2,44 \pm 0,14$ на 10000 населения, а по южным и северным районам - $2,30 \pm 0,32$ и $2,06 \pm 0,27$ соответственно. В г. Душанбе распространенность паркинсонизма незначительно отличалась от таковой в целом по всей территории республики и была равна $2,53 \pm 0,21$.

Изучалось влияние 10 факторов риска на возникновение паркинсонизма и установлено, что на передний план выступала сосудистая гипертензия - 39, % случаев. Второе место по влиянию на возникновение заболевания среди рабочих и служащих занял фактор профессиональной деятельности - 24,4% рабочие. Третье место - атеросклероз, способствующий возникновению паркинсонизма. Наследственная отягощенность (11,6%) занимает четвертое место по влиянию на возникновение паркинсонизма, что совпадает с данными других исследователей (Л.С.Петелин, 1990; М. Атаджанов, 1978). Другие факторы соответственно составили: инфекция - 11, %, травма - 10,6%. Продолжительное неблагоприятное воздействие этих факторов может привести к нарушению компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы и регуляции кровоснабжения головного мозга.

Вывод. Проведенное исследование по эпидемиологии паркинсонизма в условиях Таджикистана впервые установило показатели распространенности заболевания в республике на 10.000 населения: на юге республики он равен $2,30 \pm 0,32$; на Севере - $2,06 \pm 0,27$; по ГБАО - $3,52 \pm 0,67$; по г. Душанбе - $2,53 \pm 0,21$; по всей республике - $2,44 \pm 0,14$. Наиболее высок этот показатель среди жителей высокогорья.

Список литературы

1. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: от патогенеза к лечению. Трудный пациент №4, ТОМ 8, 2010. с.8-15
2. Строков И. А., Захаров В.В., Строков К.И. Диабетическая энцефалопатия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2012. с.30-39
3. Полухина А.В., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В Печеночная энцефалопатия: проблема фармакотерапии. Медицинский совет №3, 2018. с.43-48
4. Нажмиддинова М. Н. Распространенность, характеристика, патогенез и терапия паркинсонизма. Автореф. Дисс. 1990, Москва. С. 32.

Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш. Д., Исрофилов М.О.

ВОПРОСЫ ЭФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С КЛИМАКСОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СБОРА

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

Актуальность. Лечение больных сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом представляет далеко не простую задачу. Все лечебные мероприятия при сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом предусматривают:

- 1) воздействие на этиологические факторы;
- 2) воздействие на звенья патогенеза;
- 3) общеукрепляющие мероприятия.

Многие из препаратов обладают большим числом противопоказаний и побочных эффектов, что неизменно ограничивает круг их применения. Для нивелирования побочных эффектов медикаментозного лечения используется лекарственный сбор, в состав которого входит Melissa и корень солодки. Melissa лекарственная (Melissa officinalis). Имеются научные сведения о благоприятном воздействии препаратов Melissa у больных с сердечными заболеваниями: исчезает одышка, прекращаются приступы тахикардии, снижаются боли в области сердца. Установлено, что Melissa регулирует работу желудочно-кишечного тракта при вздутии кишечника, а также обладает успокаивающим действием. Во французской медицине Melissa применяется при нервных спазмах, головокружении и шуме в ушах. В Болгарии это растение рекомендуют при нервной слабости, мигрени, бессоннице. Надземную часть растения применяют как спазмолитическое, болеутоляющее, успокаивающее нервную систему, возбуждающее аппетит противорвотное средство.

Корень солодки шероховато разветвленный, сладкий, в изломе желтый; содержит глициризин и разрешен к применению. Корень солодки содержит ликуразид, глициризиновую кислоту (не менее 6%), флавоноиды, слизистые и другие фармакологически активные вещества. Гликоцизириновая кислота, являющаяся тритерпеноидным гликозидом, обладает противовоспалительным свойством.

Противовоспалительное и противовоспалительное действие препаратов солодки связано с ее адреностероидной активностью, т.е. имеется стимулирующее влияние на кору надпочечников.

При лечении сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом остается актуальной необходимость проведения исследований по разработке оптимальных схем лечения данной патологии, в частности, с применением фитотерапии.

Цель исследования. Изучение эффективности лекарственного сбора при лечении сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности лечения различных форм сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом мы использовали лекарственный сбор, в состав которого входит Melissa лекарственная – 40,0 и корень солодки – 10,0. Этот сбор назначили в комплексе с общепринятой терапией. Отличительной особенностью таких курсов лечения является кратковременность медикаментозной терапии с длительным повторным курсом фитотерапии.

Под нашим наблюдением находились больные сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом 158 больных. (с кардиальной формой – 40 больных, гипотонической – 38, гипертонической – 40, со смешанной – 40).

Кроме медикаментозного лечения в терапии всех групп больных использовали лекарственный сбор Melissa и солодкового корня.

Контрольные группы составили больные (n=40), которые не получали лекарственный сбор, ограничивались только медикаментозным лечением.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, боли в области сердца, общую слабость. Лечебные мероприятия сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом с использованием лекарственного сбора предусматривают воздействие на этиологические факторы на звенья патогенеза и общеукрепляющие факторы.

С целью выявления эффективности использования данного сбора нами было выделено три группы больных, в каждую из которых входили все формы сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом: 1 гр.- больные, которых лечили при помощи В-блокаторов, антидепрессантов и препаратов улучшающих метаболизм миокарда. 2 гр.- в этой группе исключили дачу В-блокаторов. 3 гр.- в этой группе исключили В-блокаторы и антидепрессанты.

Эффективность лечения больных различных групп при кардиальной форме сосудистой энцефалопатии

I- группа 10- больных ухудшение, без изменений не было, улучшение -10 больных.

II-группа 10- больных ухудшение, без изменений не было, улучшение -10 больных.

III-группа 10- больных ухудшение, без изменений не было, улучшение -10 больных.

Контрольная группа 10 больных, без изменений 1, улучшение -9 больных.

Всего 40-больных, без изменений 1, улучшение 39 больных.

Эффективность лечения больных различных групп при гипотонической форме сосудистой энцефалопатии.

I- группа 14- больных ухудшение, изменений не было, улучшение не было.

II-группа 14- больных ухудшение, изменений не было, улучшение -14 больных.

III-группа 14- больных ухудшение, изменений не было, улучшение -14 больных.

Контрольная группа 10 больных, ухудшение -1 больных, изменений не было 1, улучшение -9 больных.

Всего 38-больных, ухудшение -1 больных, изменений не было, улучшение 37 больных.

Эффективность лечения больных различных групп при гипертонической форме сосудистой энцефалопатии.

I- группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

II-группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

III-группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

Контрольная группа 10 больных, ухудшение -2 больных, изменений не было, улучшение -8 больных.

Всего 40-больных, ухудшение -2 больных, изменений не было, улучшение 38 больных.

Эффективность лечения больных различных групп при смешанной форме.

I- группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

II-группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

III-группа 10- больных, ухудшение, изменений не было, улучшение -10 больных.

Контрольная группа 10 больных , ухудшение , изменений не было , улучшение -10 больных.

Всего 40-больных , ухудшение , изменений не было , улучшение 40 больных.

Состояние больных после проведенного лечения по группам:

I- группа 30- больных, ухудшение, изменений не было , улучшение -30 больных.

II-группа 44- больных, ухудшение, изменений не было , улучшение -44 больных.

III-группа 44- больных, ухудшение , изменений не было , улучшение -44 больных.

Всего получили 118-больных , ухудшение , изменений не было , улучшение 118 больных.

Не получали лекарственный сбор (контрольная группа) 40-больных, ухудшение -3, изменений -1,улучшение-36 больных.

Получавших только лекарственных сбор (111 группа),отмечается такой же результат, как в группе больных, получивших В-блокаторы и антидепрессанты.

Анализ полученных результатов показывает, что во всех группа с использованием лекарственного сбора отмечалось в 100% улучшение состояния. Следует обратить внимание на то, что больные, которые не получали В- блокаторов и антидепрессантов, только на фоне применения лекарственного сбора показывают такие же результаты лечения , как в I и II группах. Эти данные свидетельствуют о том , что данные лекарственный сбор можно использовать для более эффективного лечения сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом .

У больных контрольной группы ,получающих только медикаментозное лечение, отмечается улучшение результатов лишь в 90% случаев .

Выводы. Таким образом, применение лекарственного сбора мелиссы и солодкового корня указывает на его эффективное действие при лечении сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом с использованием лекарственного сбора. Кроме этого, предложенный лекарственный сбор устраняет и воздействует на сосудистой энцефалопатии в сочетании с климаксом и устраняет побочные нежелательные эффекты медикаментозного лечения .

Список литературы

1. Фирсов А. А., Ховряков А. В., Шмырёв В. И.Травматическая энцефалопатия. Архивь внутренней медицины №5 (19), 2014. с.29-33
2. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: от патогенеза к лечению. Трудный пациент №4, ТОМ 8, 2010. с.8-15
3. Строков И. А., Захаров В.В., Строков К.И. Диабетическая энцефалопатия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2012. с.30-39
4. Полухина А.В., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В.Печеночная энцефалопатия: проблема фармакотерапии. Медицинский совет №3, 2018. с.43-48
5. Полунина Т. Е., Маев И. В Печеночная энцефалопатия: выбор тактики лечения. Медицинский совет № 5-6, 2011. с.101-1

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О.

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСМОЛЯРНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

Актуальность. Исследованиями доказано, что в патогенезе развития инфаркта миокарда, ишемического инсульта, а также при их сочетании одним из важных патогенетических механизмов является активация симпатико-адреналовой системы, повышения содержания биологически активных веществ.

В последние годы появился ряд научных работ, которые доказали избирательную инактивацию ряда вазоактивных веществ легкими. Так, в этом органе метаболизируются простагландины, серотонин, также выявлено, что в меньшей степени- норадреналин и фактически не инактивируется адреналин, дофамин, диоксифенилаланин, гистамин.

Нарушения этих процессов могут служить патогенетическим фоном дисфункции метаболической способности легких по регуляции водно-электролитного и белкового обменов, способствовать развитию эндогенной интоксикации и утяжелению состояния больных.

Это связано с тем, что через легкие проходит 100% объема сердечного выброса, из которого 5% получают коронарные артерии и 15%-головной мозг. Поэтому нарушения в артериальной крови, зависящие от функционального состояния метаболических функций легких (МФЛ), влияющих на гемостаз, электролитный баланс, содержание в крови эндо- и экзотоксинов, БАВ и катехоламинов, могут спровоцировать различные виды аритмии, повторные нарушения метаболизма и кровообращения сердца, головного мозга. Поэтому изучение их параметров в остром периоде инфаркта миокарда, сочетанного с ишемическим инсультом, и оценка их влияния на общее течение заболевания является актуальными.

Цель исследования. Изучить параметры некоторых электролитов, кислотно-основного состояния, осмолярности в различных бассейнах сосудистого русла.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 35 больных с сочетанным инфарктом миокарда (ИМ) и ишемическим инсультом (ИИ), а также у 30 здоровых доноров. Мужчин было 62,5%, женщин-37,4%, средний возраст у больных с ИМ и ИИ 55,4+-1,4 лет. Жителями городов и поселков городского типа оказались 56,4%, села-43,5%. Анализ по социальному статусу выявил, что рабочих среди обследованных было 29,2%, служащих и работников интеллектуального труда-31,7%, безработных-16,4%, домохозяек и работающих на дому-22,5%.

Проведенный анализ сроков поступления больных от момента возникновения симптоматики по анамнезу заболевания показал, что в острейшем периоде в клинику поступило 6 человек; до 12 часов-13; 24-48 часов-7; 48-72 часа-

4 и более суток-4.

Для корректности и репрезентативности изучения были отобраны больные, которым диагноз был достоверно верифицирован не только клинически, но с помощью ЭКГ-, ЭХО-исследований и методом компьютерной томографии.

При поступлении 35 больных с ИМ в сочетании ИИ в клинику были выявлены поражения миокарда различной локализации, глубины, варианты клинического дебюта, тяжести сердечной недостаточности (СН), характера и частоты нарушений сердечного ритма и проводимости.

Поражение передней и передне-перегородочной стенки выявлено у 10 (28,5%), передне-базальный-у 8 (22,8%), передний распространенный-у 7 (20%), боковой-у 3 (8,57%), боковой базальный- у 1 (2,85%), задне-диафрагмальный-у 2 (5,71%), циркулярный –у 1 (2,85%), задне-базальный-у 2 (5,71), инфаркт правого желудочка- у 1 (2,85%) пациента.

При поступлении больных в стационар на фоне проведения диагностических лабораторных и инструментальных исследований, экстренных лечебных мероприятий, а также после осмотра невропатолога, реаниматолога, окулиста, терапевта были определены топика и размеры поражения ЦНС, степень тяжести течения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), уровень сознания и другие критерии. Для объективизации неврологического статуса и тяжести состояния больных, а также для динамического контроля нами применялись общепризнанные балльные шкалы: Скандинавская (SSSG,1985); Глазго(GCS, 1974); также определялось функциональное состояние вегетативной нервной системы(ВНС). По шкале SSSG (1985) легкая степень обнаружена у 6 (20,0%) пациентов, средняя степени – у 17 (48,6%), тяжелый инсульт у 12 (34,3%).

При острых ишемических нарушениях мозгового кровообращения клинически и при помощи КТ было выявлено, что правостороннее поражение головного мозга отмечено у 48,4%, левостороннее – у 51,6%; в бассейнах средней мозговой артерии – у 26(74,3%); передней мозговой артерии – у 8(22,9%), внутренней сонной артерии с тотальным распространением зоной на весь бассейн – у 1 (2,8%) пациентов.

При сборе анамнеза жизни и заболевания выявлены различные факторы риска развития ОНМК: курение в анамнезе до развития криза – более 60,0%, хронический алкоголизм – более 1/3, увеличенный индекс массы тела – у 2/3 больных и др.

Анализ статистических данных указывает на то, что тяжесть состояния больных в группах зависит от многих факторов, таких как локализация и объем инфаркта миокарда и головного мозга, наличия коморбидных заболеваний и компенсаторных возможностей организма, развившихся органических осложнений, сроков получения квалифицированной и специализированной помощи. Необходимо отметить, что при сочетании ИМ с ИИ течения и исход заболевания зависит от локализации и глубины ишемии мозга. Так, у больных с легким и средним течением ИИ преобладала положительная динамика, а у больных с тяжелой формой превалировало отрицательное развитие процесса.

КТ головного мозга выполняли на рентгеновском томографе «Intellect» фирмы Шимадзу(Япония) шагом томографа 10 мм при толщине срезов 10 мм. При расшифровке томограмм у всех пациентов зафиксированы изменения: гиподенсные зоны нечетких контуров; разной степени выраженности признаки гипертонической и дисциркуляторной энцефалопатии; мелкоочаговые изменения в веществе мозга, соответствующие картине инфаркта мозга.

Электрокардиография проводилась на 12 – канальном аппарате «ARCHIMED, Personal210» (Esaote, Италия) со стандартным усилением 1mV.

Исходя из задач исследования, нами проводилась сравнительная оценка параметров гемостаза и реологии в различных бассейнах сосудистого русла (венозной, смешанной венозной и артериальной крови) с оценкой влияния на них МФЛ.

Электролиты- калий, натрий и кальций-анализировали на ионометре фирмы Фрезениус, кислотно-основное состояние-на аппарате рН.

Статистическая обработка материала проводилась на программе IBMSPSS.

Результаты и их обсуждение. Исходя из полученных нами данных у 24 пациентов с ИМ и ИИ, в зависимости от функционального состояния БАЛ и тяжести основной патологии пациенты разделены на 3 подгруппы: 1.1 подгруппа (состояние средней тяжести)-5 (20,8%), 1.2. подгруппа (тяжелое состояние)- 10 (41,7%) и 1.3 подгруппа (крайне тяжелое состояние) – 9 (37,5%) человек.

При сравнении данных этих электролитов с показателями контрольной группы выявляется увеличение концентрации ионов Na и K и уменьшение Ca : в 1.1 подгруппе на 7,3% ($p < 0,001$), на 29,4% ($p = 0,010$) и на 4,8%; в 1.2 подгруппе на 9,5% ($p < 0,001$), на 36,6% ($p < 0,001$) и на 9,5%; в 1.3 подгруппе на 15,7% ($p < 0,001$), на 41,4% ($p < 0,001$) и на 19,0% соответственно. В бассейне ОАК у больных ИМ и ИИ отмечается снижение концентрации Na и Ca , их ретенция легкими, что выражается изменением В-А разницы: в 1.1 подгруппе уменьшение на 2,6% ($p < 0,001$) и на 2,1% ($p = 0,425$) соответственно; в 1.2 подгруппе уменьшение на 5,7% ($p < 0,001$) и увеличение на 6,3% ($p = 0,666$) соответственно; в 1.3 подгруппе уменьшение на 8,2% ($p < 0,001$) и на 8,6% ($p = 0,088$). Также развивается гиперкалиемия, по сравнению с показателями контрольной группы, но при этом в оттекающей от легких АК наблюдается повышение концентрации K , И-А разница при этом соответственно увеличена: в 1.1 подгруппе на 2,8% ($p = 0,686$); в 1.2 подгруппе на 3,4% ($p = 0,520$); в 1.3 подгруппе на 5,0% ($p = 0,324$) соответственно.

Анализ осмолярности в бассейне ВКК, по сравнению контрольной группой, выявил гиперосмолярность соответственно в 1.1, 1.2 и 1.3 подгруппах на 13,5 % ($p < 0,001$), на 15,6 % ($p < 0,001$) и на 21,5 % ($p < 0,001$). В бассейне СВК по подгруппам эти процессы также прогрессируют по мере нарастания тяжести больных с ИМ и ИИ.

Заключение. Таким образом, повышение концентрации K в ОАК негативно влияет на поляризацию миокарда сердца и клеток головного мозга, а задержка Ca способствует микротромбозу в легких. Вышеперечисленные факторы являются патогенетическим фоном для развития гипоксии при сочетании инфаркта миокарда и ишемического инсульта.

Литература

1. Зыков М. В., Буцев В.В., Сулейманов Р.Р. инфаркта миокарда, осложненным ишемическим инсультом: факторы риска, прогноз, нерешенные проблемы и перспективы профилактики // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.-2021. – Т. 17, № 1. – С. 73-82.
2. Левицкая Е. С., Батюшин М.М., Гульченко В.В. и др. Влияние водно-электролитного баланса организма на прогноз сердечно-сосудистых осложнений в позднем периоде после острого коронарного синдрома // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2020.-Т. 19. № 4.- С. 64-70.
3. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC). Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертензии // Journal of Hypertension. -2013; 31 (7): 1281-1357.
4. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК. –М.-2011.-76с.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Сандов П.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения относятся к числу наиболее значимых медико-социальных проблем, занимая лидирующие места по частоте встречаемости, смертности и числу случаев инвалидизации среди жителей всего земного шара. Острые нарушения мозгового кровообращения характеризуется высокой частотой распространения, неблагоприятным прогностическим исходом, при этом лечение данной патологии требует больших финансовых расходов [Николаев Н.А.-2008; Трубачева И.А.- 2008].

Согласно результатам ряда исследований инсульт занимает лидирующее место среди патологий нервной системы, которые приводят к инвалидизации населения в г. Душанбе, частота случаев инвалидности составляет 24,5%. При этом чаще инвалидность встречается среди людей мужского пола и наиболее трудоспособного возраста, у которых имеется среднее и высшее образование.

Артериальная гипертензия остается одним из, самых распространенных, сердечно-сосудистых заболеваний и важнейшим фактором риска развития инфаркта миокарда и ОНМК. В связи с тем, что длительное сохранение высокого АД является крайне неблагоприятным прогностическим фактором, ключевым механизмом, позволяющим снизить риск развития осложнений АГ, является достижение целевого уровня АД, особенно у больных резистентной артериальной гипертензией.

Цель исследования – определить особенности течения ишемического инсульта у лиц среднего возраста.

Задачи исследования. Определить частоту ишемического инсульта и его патогенетических подтипов в общей структуре ОНМК у больных среднего возраста с артериальной гипертензией.

1. Выявить клинко-лабораторные и инструментальные особенности течения острого периода ишемического инсульта у больных среднего возраста с артериальной гипертензией.

Результаты исследования. При разовом опросе и анализе медицинской документации 519 пациентов, госпитализированных с церебральными нарушениями и готовящихся к выписке из стационара, у 150 из них (24,2%) установлены разные формы нарушения мозгового кровообращения.

У более половины больных с нарушением мозгового кровообращения (54,7%) от числа этих больных и 13,2% от общей выборки имело место ишемический инсульт. Такое учащение ишемического инсульта у больных общей выборки значимое ($p < 0,001$), как при сравнении с частотой геморрагического инсульта (5,8%), так и транзиторная ишемическая атака (5,2%).

Ишемический инсульт наблюдается значимо чаще у больных среднего возраста ($p = 0,025$), а геморрагический инсульт несколько чаще наблюдался у молодых (10,7% и 5,5% - соответственно у больных молодого и среднего возраста). Учитывая большую частоту ишемического инсульта у лиц среднего возраста проведено углубленное, клинко-лабораторное исследование. При анализе *особенностей возникновения ишемического инсульта* (первый или повторный) установлено, что ишемический инсульт был первым у 123 (84,8%), а повторным – 22 (15,2%) пациентов. Повторный ишемический инсульт наблюдался на фоне артериальной гипертензии чаще, при нормотонии: у 4% нормотоников, 13,8% - с КАГ и 21% - с РАГ ($p < 0,05$; по Крускал - Уоллис).

При изучении локализации ишемического инсульта при разном уровне артериального давления установлена большая частота очага инфаркта мозга в БЛСМА и БПСМА. У больных с нормотонией и на фоне КАГ очаг инфаркта мозга чаще располагался в БПСМА. На фоне РАГ полушарные инфаркты мозга чаще располагались в БЛСМА (58,1%), что было значимо не только другой локализацией внутри группы ($p = 0,001$), но и при сравнении с группой больных с КАГ (27,6%; $p = 0,0120$). Что касается различия частоты расположения очагов инфаркта мозга в полушариях большого мозга и вертебро - базилярном бассейне, то низкая частота последнего во всех группах больных значительна ($p < 0,0001$). Таким образом, инсульты в полушариях большого мозга имели место всего у 82,8% больных, что значимо чаще ($p < 0,001$), чем в вертебро - базилярном бассейне (24%). Отмечено, что наиболее частой локализацией очагов инфаркта мозга является БЛСМА и более половины ишемического инсульта (58,1%) имеют такую локализацию у пациентов с артериальной гипертензией.

При изучении частоты факторов кардиоваскулярного риска установлено, что ишемический инсульт на фоне артериальной гипертензии наблюдается гиперхолестеринемия избыточная масса тела и ожирения, отмечается тенденцией к учащению сахарного диабета (у пациентов с артериальной гипертензией), которые сопровождаются с учащением в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда и увеличением толщины интима-медиа брахиоцефальной артерии

($p < 0,05$).

При оценке степени тяжести ишемического инсульта установлены высокие значения неврологического дефицита у больных ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертонии значимые при сравнении с группой больных с нормотонией. Наиболее высокий уровень неврологического дефицита отмечен у больных с артериальной гипертонией.

Установлено, что тяжесть ишемического инсульта в общей группе больных ($n=145$) была связана с ТИМ сонной артерии ($r=0,65$; $p < 0,05$); размером очага инсульта ($r=0,38$; $p < 0,05$); с уровнем САД ($r=0,60$; $p < 0,05$) и ДАД ($r=0,52$; $p < 0,05$); с наследственной отягощенностью по КВЗ ($r=0,30$; $p < 0,05$); частотой гиперхолестеринемии ($r=0,31$; $p < 0,05$), сахарного диабета ($r=0,27$; $p < 0,05$), атеротромботическим типом инсульта ($r=0,17$; $p < 0,05$). На важность наследственных факторов указывает установленная умеренная и значимая роль наследственной отягощенности по кардиоваскулярным заболеваниям у пациентов общей группы и при артериальной гипертонии.

Анализ половых различий выраженности клиничко – морфологических и тяжести течения ишемического инсульта свидетельствует, что мужчины с артериальной гипертонией в большей степени подвержены развитию тяжелого ишемического инсульта, чем женщины.

Возрастные различия течения острого периода ишемического инсульта характеризуется тем, что частота таких факторов риска как курение, гиподинамия, гиперхолестеринемия, проявления сахарного диабета и артериальной гипертонии у пациентов среднего возраста встречаются чаще.

Выводы . У пациентов среднего возраста с артериальной гипертонией, частота нарушения мозгового кровообращения составила 24,2%; у мужчин инсульты наблюдаются чаще (35,3%), чем у женщин (18,2%). Ишемический инсульт у больных артериальной гипертонией наблюдается – 3 раза больше. Наиболее частой локализацией ишемического инсульта является бассейн левой средней мозговой артерии. Всего у 40,7% больных.

Литература

1. Трубачева И.А. Социальный градиент и 19 – летняя смертность у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири / И.А. Трубачева, О.А. Перминова, В.В. Гафаров // Профилактика сердечно – сосудистых заболеваний в первич. звене здравоохранения: тез. докл. Рос. конф. – Новосибирск. - 2008. - С.192-193
2. Хайридинов М.Т. Распространенность основных факторов риска ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии в различных регионах Республики Таджикистан: / М.Т. Хайридинов. – С- Пб. - 2005.-23с.
3. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов(ESC). Рекомендации ESH/ESC2013 г. по лечению артериальной гипертонии// Journal of Hypertension. – 2013; 31(7): 1281-1357.
4. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии / Н.А. Николаев // М. академия естествознания. -2008.-78с.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш.Д., Тождинов Т.Б.

ПСИХОВЕГГАТИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА В КЛИМАКТЕ-РИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

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

Актуальность. В современном обществе широко распространяется гиподинамия, которая в дальнейшем приводит к заболеваниям опорно-двигательного аппарата , в частности к нарушению осанки и сколиозу в возрасте до 14 лет, это 1,2% всего населения страны. Кук И.И. врач-кинезитерапевт центра кинезо терапии (2018),выказывает следующее мнение Сколиоз относится к социальным заболеваниям. Сколиоз (от греческого, scolios –изогнутый ,кривой) представляет собой прогрессирующее заболевание ,характеризующееся дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси – торсия (torsio) Главное отличие истинного сколиоза от нарушений осанки во фронтальной плоскости – наличие торсии позвонков. Кроме деформации позвоночника при сколиозе наблюдается деформация таза и грудной клетки. Эти негативные изменения приводят к нарушению деятельности сердечно-сосудистой , дыхательной систем , желудочно –кишечного тракта и многих других жизненно важных систем организма больного. Поэтому обоснованно говорить не просто о сколиозе, а о сколиотической болезни. Ишиальгический или рефлекторноболевой возникает при тяжелом ишиасе или корешковых болях в поясничном отделе позвоночника . Из – за рефлекторных болей часто наблюдается сгибательная контрактура в тазобедренном суставе на больной ноге , которая представляет некоторые затруднения при её разработке. В легких случаях ишиальгического сколиоза бывает достаточно применения лечебной гимнастики , массажа и тепловых процедур. В тяжелых случаях обычно применяется оперативное лечение. Различают ещё сравнительно редкие формы сколиозов. Спастический –при болезни Литтля, травматический , рубцовый , сиригомиелитический. Выделяют 3 группы сколиозов, дискогенные, статические (гравитационные) и нейромышечные (паралитические).

Дискогенный сколиоз развивается на почве диспластического синдрома (около 90%) Статическим (гравитационным) – причиной развития которого является асимметричная нагрузка на позвоночник вследствие врожденной или приобретенной асимметрии тела.

Паралитический сколиоз развивается из-за асимметричного положения мышц, участвующих в формировании осанки, или их функциональной недостаточности .

Особенности индивидуума необходимо учитывать не только в качестве предиктора возникновения заболевания , но и как фактора, определяющего особенности клиники и течения мультифакториальных болезней. Основными критериями, характеризующими индивидуальные психофизиологические типы , являются, нейродинамический и фенотипический портрет, морфофункциональное состояние органов и систем ,вегетативный функция.

Цель исследования. Изучение психовегетативного расстройства у больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде.

Материал и метод исследования. Под наблюдением находилось 148 больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде в возрасте 40-60 лет, женщины-100 (63,3%) мужчины -48 (36,7%) . Проведены общеклинические, биохимические исследования, и вегетативной системы. Определяли тип темперамента больных. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц, адекватных по полу и возрасту. Проводили функциональное исследование почек , пробы по Зимницкому, Нечипоренко , проба Реберга , УЗИ почек. Состояние вегетативного фона определяли с помощью стандартной таблицы, разработанной А. М. Бейном (1971) , и клиноортостатической пробы. При этом вегетативный статус проявлялся в виде, симпатикотонии, ваготонии и смешанного типа.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных с различными типологическими особенностями у одного и того же заболевания психовегетативные нарушения могут быть не одиноковыми.

Все больные сколиозом позвоночника в климактерическом периоде предъявляли жалобы на боли шейном, грудном и поясничной отделе позвоночника, головные боли, головокружение, сердцебиение, боли в области сердца, общую слабость. Вегетативные нарушения у сангвиников, страдающих сколиозом позвоночника в климактерическом периоде, проявлялись в виде гиперсаливации (85.0%) гипертонического синдрома (94,%) , потливости (82.0%) , бессонницы (73.1%) тахикардии (97.0%) запоры чередующиеся с диареей (64.0%) красного дермографизма (100%).

Вегетативные дисфункции у больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде с флегматическим темпераментом сопровождались гиперсаливацией (86.6%), артериальной гипертензией (93.3%), потливостью (100.0%) , сонливостью (80.0%), запорами (60.0%) и брадикардией (73.3%).

У больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде с меланхолическим темпераментом вегетативные нарушения проявлялись в виде, гипосаливации (96%), периодических запоров (67%), головокружения (89%), гипотонического синдрома (87%), тахикардии (94%) и белого дермографизма (95%).

С холерическим темпераментом больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде отличались общительностью (97.0%), эмоциональностью агрессивностью (92.0%), активностью (98.0%) ,высокомерностью (79.0%) самоуверенностью (96.0%). Вегетативные изменения характеризовались гипосаливацией (89.0%), тахикардией (93.0%), красным дермографизмом (100.0%) , артериальной гипертензией (45.0%).

Выводы. Дифференцированный подход к психовегетативному портрету , лабораторным и дерматоглифическим показателям у больных сколиозом позвоночника в климактерическом периоде даёт возможность на ранних этапах заболевания выявить признаки болезни и индивидуализировать прогноз.

Список литературы.

1. Амосов, В.Н. Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых /В.Н. Амосов- М.:Вектор, 2016.- 128с.
2. Беренев Владимир Позвоночник и боль /Владимир Беренев.-К.:Аверс, 2017.-416с.
3. Вишневская Ольга, Путь к здоровому позвоночнику/Ольга Вишневская. К.: Здоровье, 2015,-288с.
4. Гитт, В.Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов. /В.Д. Гитт.-М.:Единение, 2018. -128с.
5. Елисеев, А.Г. Большая медицинская энциклопедия/ А.Г. Елисеев, В.Н. Шилов. -Москва:с, 2017. -300с.

Нажмидинова М.Н., Урунова Ш. Д., Саидов П.А.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИЛЕЙДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

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

Актуальность. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (первая стадия хронической недостаточности кровоснабжения мозга) не совпадают с дебютом обуславливающей их болезни, так как последняя какое-то, иногда длительное время может протекать латентно.

Предполагать начальные проявления недостаточности кровообращения мозга (энцефалопатии) позволяет наличие у больного жалоб на головокружение, шум в голове, головную боль, снижение памяти, трудоспособности. Основанием для предварительного диагноза может служить сочетание двух и более из этих жалоб, проявляющихся длительно или постоянно, либо часто повторяющихся, обычно в условиях, требующих повышенного кровоснабжения мозга.

Метаболическая энцефалопатия может проявляться диффузно или преимущественно в системе одного из магистральных сосудов головы или мозговых сосудов. На стадии начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга она ведет к периодическому снижению функциональных возможностей мозга или отдельных его регионов.

Метаболическая энцефалопатия часто возникает среди патологии ЛОР-органов. Высокая распространённость заболевания, по всей видимости, связано с вирусной этиологией заболевания. В среднем взрослый человек заболевает острыми респираторными вирусными заболеваниями 2-3 раза в год, где в первую очередь вовлекается нос и околоносовые пазухи. В то же время основными возбудителями острого бактериального риносинусита в основном являются стрептококки пневмонии (до 48%) и гемофильный инфлюэнца (более 25%). Среди других возбудителей встречаются такие как золотистый стафилококк, пиогенный стрептококк, не менее важными предрасполагающими факторами острых риносинуситов являются снижение иммунных сил организма.

В настоящее время воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух на 1000 населения выросли с 4,6

до 12,2 и составило около 25% всех заболеваний ЛОР-органов, а согласно данным отечественных авторов, число страдающих воспалительными заболеваниями носа и придаточных пазух в Республике Таджикистан у взрослого населения превалирует более чем на 12% от детского населения и на 14,9% чаще болеет население, проживающее в сельской местности. Удельный вес госпитализированных больных по поводу заболеваний носа и его придаточных пазух увеличивается примерно на 1,5-2%, однако эти цифры, по нашим наблюдениям, не отражают действительности, так как в последние годы в стационарах больные в основном госпитализируются для проведения оперативного лечения, а больных, нуждающихся в терапевтической помощи, лечат амбулаторно.

Высокие показатели заболеваний полости носа и носовых пазух в Республике Таджикистан, особенно среди взрослого трудоспособного возраста, диктует о поисках новых, более эффективных препаратов для лечения данной патологии, и нами впервые для лечения острого риносинусита в комплексной терапии включен препарат мексилейд и получены обнадеживающие результаты.

Цель исследования. Оценка эффективности применения препарата мексилейда в комплексном лечении метаболической энцефалопатии.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 25 больных после перенесенного острого респираторного заболевания. Средний возраст составил $34 \pm 3,4$ дней, давность заболевания - $3 \pm 2,2$. Среди всех исследуемых больных городских было 9, сельских – 14. У всех больных заболевание началось вскоре после перенесения острого респираторного заболевания. Всем больным в период пребывания в стационар проведены общеклинические, оториноларингологические и рентгенологические методы исследования.

Все пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы проведена консервативная терапия по традиционной схеме лечения – 12(48%), пациентам второй группы в комплексной терапии назначен и препарат мексилейд 13(52%).

При лечении метаболической энцефалопатии остается актуальной необходимость проведения исследований по разработке оптимальных схем лечения данной патологии.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, боли в области сердца, общую слабость. Лечебные мероприятия метаболической энцефалопатии с мексилейдом предусматривают; воздействие на этиологические факторы на звенья патогенеза и общеукрепляющие факторы.

Сцелью выявления эффективности использования мексилейда нами было выделено три группы больных, в каждую из которых входили все формы метаболической энцефалопатии: 1 гр.- больные, которых лечили при помощи В-блокаторов, антидепрессантов и препаратов улучшающих метаболизм миокарда. 2 гр.- в этой группе исключили дачу В- блокаторов.3 гр.- в этой группе исключили В- блокаторы и антидепрессанты

Результаты лечения субъективные признаки оценивались в динамике на 5-е и 7-е сутки после начала лечение.

До начала лечение 15 (60%) человек оценивали свои самочувствие как очень плохое 7 (28%) –как плохое 3 (12) – как удовлетворительное. Жалобы больных были на затруднение носового дыхание гнойные выделения из полости носа головные боли.

У 8 пациентов 1 группы и у 7 пациентов 11 группы при рентгеноскопии обнаружено искривление носовой перегородки разной выраженности причем у 19 в обеих группах носовые раковины были гипертрофированы что данные обстоятельство свидетельствуют о затруднение эвакуации содержимого и является дополнительным фактором их задержки в околоносовых пазухах.

После начала лечение состояние больных улучшилось. На 5-й день лечения пациенты оценивали свое самочувствие как хорошее - 4 пациентов из первой и 2 пациентов из второй группы удовлетворительное у 5 и 3 пациентов соответственно уже на 7 сутки после проведенного лечения состояние у пациентов 1 группы оценивались как хорошо в то же время для этого у 8 и 13 пациентов 11 группы понадобилась лечение еще от 5 до 7 суток и количество повторных пункций гайморовых пазух в 2 раза было больше.

Головная боль утомляемость исчезли на 5-й день от начала лечение объективно в полости носа у 2 пациентов еще сохранялись обильное гнойные выделения отечность и гиперемия слизистой у 20 пациентов эти клинические симптомы были выражены незначительно. На 5-е сутки эти явления исчезли практически у всех больных 1 группы и лишь у 7 пациентов – 11 группы.

Данные рентгенологического исследования на 7-е сутки также указывали положительное влияние проведенной терапии.

Таким образом, в группе больных, которым проведено лечение с включением мексилейда в комплексной терапии, результаты были лучшими, при применении препарата никто из пациентов не наблюдал побочного действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение препарата мексилейда в комплексной терапии метаболической энцефалопатии показало высокую его эффективность, оказывая хорошее противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие, что является патогенетическим механизмом влияния при данной патологии.

Литература

6. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: от патогенеза к лечению. Трудный пациент №4, ТОМ 8, 2010. с.8-15
7. Строков И. А., Захаров В.В., Строков К.И. Диабетическая энцефалопатия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2012. с.30-39
8. Полухина А.В., Хайменова Т.Ю., Винницкая Е.В. Печеночная энцефалопатия: проблема фармакотерапии. Медицинский совет №3, 2018. с.43-48
9. Полунина Т. Е., Маев И. В. Печеночная энцефалопатия: выбор тактики лечения. Медицинский совет № 5-6, 2011. с.101-1

Актуальность. В течение последних лет произошли важные концептуальные изменения в понимании патологических механизмов развития хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ). Исследования, проведённые в 12 странах мира, показали, что распространённость среднетяжёлой и тяжёлой ХОБЛ у лиц в возрасте 30 лет составляет 6,3%. Среди факторов риска необходимо включить: курение, табачный дым, воздействие профессиональной пыли и химикаты (пары, раздражители и дым), загрязнение воздуха внутри помещений, особенно обусловленное сжиганием биологических видов топлива в закрытом помещении. Инфекции (вирусные, бактериальные) могут вносить свой вклад в патогенез и прогрессирование ХОБЛ. Одним из основных клинических проявлений ХОБЛ является хронический кашель. Хронический кашель - это кашель, беспокоящий на протяжении не менее двух лет и не менее трёх месяцев в году с мокротой или без неё [1,2].

Клинически проявляющейся ГЭРБ, эпизоды рефлюкса могут иметь место и у людей, считающих себя здоровыми и протекать бессимптомно. Вместе с тем, следствием ГЭРБ могут быть отоларингеальные и бронхолёгочные симптомы. К ним относится хронический кашель, приступы удушья, аспирационная пневмония, эпизоды удушья [3]. Установлено также, что микроаспирация, в результате ГЭРБ, может стать причиной развития хронического бронхита, повторных пневмоний, легочного фиброза, эпизодов удушья, апноэ.

Сочетание бронхолёгочных изменений с ГЭРБ в настоящее время является предметом обсуждения. Взаимосвязь между ГЭРБ и ХОБЛ кажется логичной, так как имеются анатомические изменения, которые могли бы быть причиной развития рефлюкса. Эти изменения включают повышенное внутрибрюшное и отрицательное внутригрудное давления, что в комбинации с использованием теофиллина и бронхолитиков может способствовать уменьшению давления в нижнем пищеводном сфинктере, и забросу желудочного содержимого в пищевод. То есть речь может идти о развитии вторичной ГЭРБ у больных с длительно протекающей ХОБЛ [4].

Пробное лечение проводят при атипичном течении ГЭРБ для установления диагноза или в качестве подтверждающей пробы при ГЭРБ нарушения целостности слизистой оболочки пищевода. Для проведения пробного лечения обычно используют ИПН (омепразол по 20мг/сут или лансопразол по 30мг/сут, или рабепразол по 20мг/сут) в течение 5 дней. Выраженная положительная динамика основных клинических проявлений на фоне пробного лечения позволяет высказаться в пользу ГЭРБ. Ренгалин комбинированный релиз-активный препарат для лечения кашля на основе антител к брадикинину, гистамину и морфину оказывает воздействие на различные звенья кашлевого рефлюкса за счет модифицирующего влияние на эндогенные молекулы-мишени и их взаимосвязь с рецепторами. Эффективность ренгалина проявлялась в выраженном снижении тяжести кашля, начиная с первых суток лечения [5].

Цель исследования. Определить эффективность назначения препарата Ренгалин в терапии у больных ХОБЛ с ГЭРБ.

Материалы и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами обследованы 80 больных ХОБЛ с преимущественной патологией верхних дыхательных путей. Все группы соответствовали по полу и возрасту. Больные были распределены на 2 группы: 1 группа больных получала Ренгалин в течение 7 дней; больные 2 группы не получали Ренгалина. При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) преобладали изменения по обструктивному типу. Наиболее важный критерий бронхиальной обструкции ОФВ1 у 40% больных был в пределах 50-80% нормы, у 60% – ниже 50% нормы. В работе использованы: измерение пиковой скорости форсированного выдоха-ПСВ (с помощью пикфлоуметра), рентгенография лёгких, КТ лёгких, функция внешнего дыхания, лабораторные анализы (общий анализ крови, мочи, исследование мокроты).

Результаты исследования. Наше наблюдение показало, что в основе клинической картины у больных 1 группы до лечения отмечались кашель - 40 (100%), одышка - 40 (100%), загрудинная боль - 35 (87,5%), першение в горле - 16 (40%), изжога - 36 (90%), отрыжка - 34 (95%), тошнота - 18 (45%), снижение аппетита - 29 (72,5%), боли в эпигастральной области - 38 (50%).

В клинической картине у больных 2 группы до лечения отмечались кашель - 40 (100%), одышка - 40 (100%), загрудинная боль - 33 (82,5%), першение в горле - 18 (45%), изжога - 39 (97,5%), отрыжка - 32 (80%), тошнота - 20 (50%), снижение аппетита - 30 (75%), боли в эпигастральной области - 36 (90%).

Результаты этих данных приведены в таблице 1.

Таблица 1

Клинические симптомы у больных ХОБЛ с ГЭРБ до лечения

Симптомы	1 группа (n=40)		2 группа (n=40)		p
	абс	%	абс	%	
Кашель	40	100,0	40	100	>0,05
Одышка	40	100,0	40	100	>0,05
Першение в горле	16	40,0	18	45,0	>0,05
Загрудинная боль	35	87,5	33	82,5	>0,05
Изжога	36	90,0	39	97,5	>0,05
Отрыжка	34	85,0	32	80,0	>0,05
Тошнота	18	45,0	20	50,0	>0,05
Снижение аппетита	29	72,5	30	75,0	>0,05
Боль в области эпигастрия	38	95,0	36	90,0	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена)

Наше наблюдение показало, что в клинической картине у больных 1 группы после лечения отмечалось улучшение симптоматики: кашель – 8 (20%), одышка – 6 (15%), загрудинная боль – 1 (2,5%), першение в горле – 2 (5%), изжога – 2 (5%), отрыжка – 1 (2,5%), тошнота – 1 (2,5%), снижение аппетита – 3 (7,5%), боли в эпигастральной области – 1 (2,5%).

В клинической картине у больных 2 группы после лечения отмечалось улучшение симптоматики: кашель – 7 (17,5%), одышка – 5 (15%), загрудинная боль – 2 (5%), першение в горле – 3 (7,5%), изжога – 3 (7,5%), отрыжка – 1 (2,5%), тошнота – 1 (2,5%), снижение аппетита – 2 (5%), боли в эпигастральной области – 1 (2,5%).

Результаты этих данных приведены в таблице 2.

Таблица 2

Клинические симптомы у больных ХОБЛ с ГЭРБ после лечения

Симптомы	1 группа (n=40)		2 группа (n=40)		p
	абс	%	абс	%	
Кашель	8	20*	7	17,5*	>0,05
Одышка	6	15,0*	6	15,0*	>0,05
Першение в горле	2	5,0*	3	7,5*	>0,05
Загрудинная боль	1	2,5*	2	5,0*	>0,05
Изжога	2	5,0*	3	7,5*	>0,05
Отрыжка	1	2,5*	1	2,5*	>0,05
Тошнота	1	2,5*	1	2,5*	>0,05
Снижение аппетита	3	7,5*	2	5,0*	>0,05
Боль в области эпигастрия	1	2,5*	1	2,5*	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по Q-критерию Кохрена); * – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по критерию Мак Немара)

У больных ХОБЛ при комплексном лечении с применением Ренгалина улучшились показатели ларингеальных и бронхолегочных симптомов. Это способствовало восстановлению бронхиальной проходимости и чувствительности бронхиального дерева к симпатомиметикам. Более заметная положительная динамика отмечена в 1 группе у 80% больных. Во 2 группе у 50% больных, не получавших препарат Ренгалин, кашель достоверно продолжался еще более длительное время.

Выводы. Таким образом, при назначении препарата Ренгалин наблюдалась более заметная положительная динамика у больных ХОБЛ с ГЭРБ.

Литература

1. Железнякова Н.М. Хронический панкреатит и хроническая обструктивная болезнь лёгких: клинические аспекты коморбидности /Н.М.Железнякова, Т.М. Пасиешвили// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. -№6(130). С-28-32.
2. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания /А.Г. Чучалин //Терапевтический архив. -2013.№8. С-43-48.
3. Трофименко И.Н. Бронхиальная гиперреактивность и хроническая обструктивная болезнь лёгких /И.Н. Трофименко //Клиническая медицина. -2013. №5. С-9-14.
4. Бордин Д.С. Патогенетические основы развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагностика и лечение / Д.С.Бордин, С.В. Колбасников //Вестник семейной медицины. -2013. №1. С-30-34.
5. Hogan WJ. Spectrum of supraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease /W.J. Hogan // Am J Gastroenterology. - 2014. №103. С-77-83.

Нисанбаева З.Х.¹, Гончарова М.С.¹, Холикова Н.²

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ, МАСКИРУЮЩИХСЯ ПОД КЛИНИКУ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹ Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

² Кафедра нормальной физиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В современном мире тревожные расстройства стали преобладающими в клинике пограничных заболеваний. В психиатрии, они составляют 25% от всех психических расстройств (по данным Всемирной организации здравоохранения), с преимущественным началом в раннем взрослом возрасте (18-40 лет).

Несмотря на существование классификации DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания) и МКБ-10 (Международная классификация заболеваний 10-го пересмотра) диагностические критерии тревожных расстройств зачастую размыты, что усложняет постановку диагноза и приводит к некачественной терапии и ухудшению состояния пациентов.

Цель исследования. Освятить особенности диагностики тревожных расстройств, которые могут маскироваться под клиникой других заболеваний.

Материал и методы исследования. Были использованы клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы исследования. Исследование было проведено на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова. В исследовании были использованы данные 43 пациентов, средний возраст которых 37,3 лет. Мужчин 14, женщин 29.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования удалось установить, что 92% от всех пациентов первично обратились к специалистам смежной категории (неврологи, терапевты, семейные врач, кардиологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, ортопеды), где после дополнительных методов обследования и отсутствия причин для возникновения клиники соматических расстройств они были перенаправлены к психиатрам.

Симптоматика тревожных расстройств была обширна, включала многие соматоформные симптомы: головная боль, вестибулопатия, инсомния, нарушения ритма сердца, чувство удушья, головокружения, тяжести в голове, проблемы с памятью, боли в области внутренних органов и суставов конечностей и т.п.

Большая часть врачей, проводивших осмотр назначали дополнительные методы обследования, склонялись к выбору нейрометаболических препаратов. Пациенты в последствии получали негативный опыт лечения, что приводило к возникновению психологического барьера и затяжному течению тревожных расстройств.

Выводы. Недооценка тревожных расстройств, их неверная диагностика, либо некорректная терапия могут создавать общемедицинские проблемы и стать фактором ухудшения клиники.

Так персистирующая тревога создает риски для развития расстройств пищевого поведения, появлению вторичной депрессии, вторичной артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа.

Список литературы.

1. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry 12-th edition / Kaplan H. // 2021y.
2. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей/ Смулевич А.Б. // М. Издательство «Берег», 2013 г.
3. Российские психиатрические журналы в системе научной информации. Социальная и клиническая психиатрия./ Трущелев С.А. // 2016;1:95- 98

Нисанбаева З.Х.¹, Гончарова М.С.¹, Музафарова А.Л.²

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

¹ Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии
имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Медицинский центр при аппарате Президента Республики Таджикистан

Актуальность. Сахарный диабет – хроническое заболевание, требующее продолжительного наблюдения и контроля, высокой информированности пациента, осознанного контроля режима дня и питания.

Психологические факторы играют одну из важнейших ролей, поскольку они влияют на контроль над уже развившимся диабетом. Большинство больных диабетом хорошо приспособляются к различным видам ограничений, связанных с заболеванием, но и не мало пациентов, которые не всегда соблюдают ограничения, объясняя это проблемами с учебой, работой и социальной активностью.

Качество жизни больных сахарным диабетом зависит от психоэмоционального состояния, так, наличие тревожно-депрессивных расстройств увеличивает риск развития и прогрессирования осложнений сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и инсульта.

Цель исследования. Выявление клинко-психопатологических особенностей тревожных расстройств у больных сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, а также медицинского центра при аппарате Президента РТ.

В исследовании согласились принять участие 55 человек с наличием подтвержденного диагноза «Сахарный диабет» и тревожными расстройствами, обратившихся к врачам психиатрам и эндокринологам.

Средний возраст 53,8 +/- 6,3 лет. Преобладали пациенты среднего, наиболее трудоспособного возраста от 44 до 59 лет.

Был использован клинко-психопатологический и клинко-анамнестический методы, а также шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам исследования, было установлено, что тревожное расстройство при сахарном диабете составляет 53%.

Тревожные расстройства сопровождались выраженностью таких симптомов как: чувство беспокойства, нервозности или страха, беспокойство о будущем, трудности с концентрацией внимания, бессонница, изменения аппетита, головные боли, мышечная напряженность, потливость, сердцебиение, одышка. Наиболее распространенными синдромами стали генерализованное тревожное расстройство и органическое тревожное расстройство, которые ведут к повышенной обращаемости пациентов за медицинской помощью к специалистам смежного профиля (терапевты, семейные врачи, эндокринологи).

Помимо этого, пациенты с повышенным тревожным фоном отмечали ухудшение своего эмоционального, физического и ментального состояния с момента появления первых симптомов тревожных расстройств. Данный факт оказал негативное влияние на течение сахарного диабета (увеличение уровня глюкозы в крови, частые головокружения и перепады настроения).

Выводы. Исследования свидетельствуют о повышенном риске развития тревожных расстройств у больных с сахарным диабетом, в особенности у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Наличие тревожных расстройств сопровождается большей выраженностью основных факторов риска сердечно-сосудистой системы: более высоким артериальным давлением и частотой сердечных сокращений. Проявление тревожных расстройств вегетативными симптомами со стороны сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного

тракта, повышение мышечного тонуса ведет к повышенной обращаемости пациентов за медицинской помощью, дополнительным обследованием. В связи с этим представляется актуальным своевременно начатое лечение противотревожной терапии у таких больных. Так как диагностика тревожных расстройств проводится при помощи диагностических шкал, это не дает четких представлений о нозологии рассмотренных нарушений.

Хроническая тревога ухудшает качество жизни, усложняет реабилитацию и социальную адаптацию, оказывает существенное влияние на дальнейшее течение сопутствующих патологий, что требует материальных затрат. Необходимо определять наличие тревожных расстройств для дальнейшей коррекции и осуществления превентивных мер.

Список литературы.

1. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа/ Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамедова И.Н. и др. // Р.М.Ж. - 2018 (1). С. 28-33
2. Течение тревожных расстройств у больных сахарным диабетом 2-го типа/ Кубаев Р.М., Рузиева Д.Д.// Самарканд – 2021
3. Эффективность и безопасность медикаментозной терапии тревожных расстройств у больных сахарным диабетом/ Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н., Бобров А.Е.

Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б.

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У МОЛОДЫХ: ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Кафедра эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность.

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) в последние годы привлекает все большее внимание как отечественных, так и зарубежных специалистов в области здравоохранения. ПГПТ распространенное эндокринное заболевание характеризуется избыточным выделением паратгормона (ПТГ) при верхне-нормальном или повышенном уровне кальция в крови, вызванным первичной патологией паращитовидных желез.[1] Распространенность ПГПТ в общей популяции достигает 1-3 случаев на 1000 человек. В свою очередь данная патология встречается во всех возрастных группах, включая детей и подростков. Женщины более подвержены ПГПТ, и его распространенность увеличивается после 25 лет у лиц обоего пола.[2]

ПГПТ проявляется разнообразными клиническими симптомами, известными как 'клинические маски', которые часто маскируются осложнениями, возникающими вследствие этого заболевания. Эти осложнения могут включать боли в костях и суставах, мочекаменную болезнь, хронический панкреатит, пептические язвы, а также неврологические симптомы, такие как ухудшение памяти, раздражительность и сонливость. Кроме этого, ПГПТ может проявиться артериальной гипертензией, гипертрофией миокарда левого желудочка и нарушением ритма и проводимости сердца, связанными с уровнем интактного паратгормона. В связи с многоаспектным характером этого заболевания, необходимо внимательное изучение его клиники в разных возрастных группах [3,4]

Цель исследования.

Оценить клинические проявления при первичном гиперпаратиреозе у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования мы провели проспективное наблюдение за пациентами молодого возраста с подтвержденным диагнозом первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) за последние 3 года. Наша выборка включала 46 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет и была направлена на детальный анализ клинических проявлений, хода заболевания и результатов лечения в данной возрастной группе. Всем этим пациентам были проведены различные диагностические процедуры, включая биохимические, гормональные, гистологические и инструментальные исследования. Дополнительно, некоторым пациентам была проведена денситометрия костей в трех стандартных зонах и сцинтиграфия паращитовидных желез (ПЩЖ) с использованием изотопа Технетрил Тс 99m 18mCi в городе Ташкент. В случае необходимости уточнения локализации активного очага паращитовидных желез, мы применили гибридный метод - однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, совмещенную с компьютерной томографией (ОФЭКТ/КТ).

Важно подчеркнуть, что из исследования были исключены пациенты с вторичным и третичным гиперпаратиреозом, а также лица старше 44 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 46 пациентов, у 24 обнаружилась аденома паращитовидной железы (ПЩЖ), преимущественно в одной ПЩЖ. Средний возраст пациентов составил 32,7 года, и среди них 38 (82,6%) были женщины. Соотношение женщин к мужчинам примерно 6:1. Участников исследования разделили на две группы: первая группа включала пациентов без хирургического вмешательства, а вторая группа - пациентов после операции. Первую группу составляли 18 пациентов, и из них 13 (72,2%) имели нормальный уровень общего кальция в крови. Однако наблюдались следующие симптомы: слабость (84,6%), раздражительность (89,5%), тахикардия и тревожность (23%), боли в костях (53,8%), потливость (69,2%), боли в суставах (15,3%), желудочно-кишечный дискомфорт (23%), проблемы с почками (38,5%) и частое мочеиспускание (7,6%). У всех пациентов в данной группе при ультразвуковом исследовании ПЩЖ была выявлена гиперплазия паращитовидных желез, при этом аденомы не обнаружались. Следует отметить, что в большинстве случаев (84,6%) при ультразвуковой диагностике были обнаружены узлы щитовидной железы, размеры которых варьировали в диапазоне от 0,1 до 1,8 см. У некоторых пациентов также были выявлены неспецифические заболевания, такие как наличие кист в яичниках, ревматоидный артрит и метеоризм тонкой кишки. Несмотря на отсутствие научно доказанных исследований, свидетельствующих о взаимосвязи этих заболеваний с ПГПТ, важно обратить внимание на все изменения и нарушения в организме. Что касается специфических проявлений ПГПТ в данной категории пациентов, то был выявлен остеопороз (Т-критерий менее -2,5%) у 3 (16,6%) пациентов, остеопения (Т-критерий от -1 до -2,5) у 5 (27,7%) пациентов, холецисто-панкреатит у 3 (16,6%) пациентов и нефролитиаз у 4 (22,2%) пациентов.

Вторая группа включала пациентов, у которых проводилась хирургическое вмешательство. В данную группу вошли 28 пациентов. Из них 11 (39,3%) имели нормокальциемическую форму ПГПТ. При ультразвуковом исследовании паращитовидных желез аденому обнаружили у 22 (78,5%) пациентов, а также при ультразвуковом исследовании щитовидной железы у 7 (25%) пациентов были обнаружены узлы размером от 0,6 до 1,9 см. У всех пациентов были выявлены различные нарушения со стороны других органов и систем. Например, нарушение костной системы включало остеопороз, выявленный у 16 (57,1%) пациентов по результатам денситометрии, нарушения желудочно-кишечного тракта составили 17,8%, среди которых часто наблюдался гастрит, а также был выявлен мочекаменная болезнь у 21,4% пациентов. Следует отметить, что у 14,2% пациентов была выявлена реполяризация миокарда с наличием тахикардии, и у 1 (3,6%) пациента был диагностирован ревматоидный артрит. Необходимо также отметить, что в 2 случаях возник рецидив ПГПТ, что потребовало обращения к методам ядерной медицины, включая такие диагностические исследования, как сцинтиграфия и ОФЭКТ/КТ. Благодаря этим методам были обнаружены остатки опухолевых клеток паращитовидной железы.

Важно отметить, что все пациенты отметили улучшение не только лабораторных показателей, но и качества жизни после операции.

Выводы:

Таким образом, по результатам исследования были выявлены следующие важные аспекты:

1. В группе пациентов молодого возраста с ПГПТ преобладает женский пол, и соотношение женщин к мужчинам составляет примерно 6:1.
2. ПГПТ у молодых может проявляться аденомой паращитовидной железы, но часто сопровождается гиперплазией паращитовидных желез.
3. Пациенты молодого возраста до операции часто испытывают разнообразные симптомы, даже при наличии нормальных уровней кальция в крови, включая слабость, раздражительность, боли и дискомфорт в различных частях тела, а также проблемы с почками и желудочно-кишечным трактом. Кроме того, следует отметить, что клинические проявления ПГПТ в молодом возрасте отличаются более тяжелым поражением костной ткани, включая грубые деформации конечностей. Это подчеркивает необходимость более подробного изучения клинических проявлений ПГПТ и возможных связей с другими заболеваниями, а также оптимизации методов диагностики и лечения данного состояния у молодых пациентов

Список литературы:

1. Прокофьева Н. А., Макаров И. В., Галкин Р. А. Усовершенствование диагностики первичного гиперпаратиреоза. // Таврический Медико-Биологический Вестник -2021, том 24, № 2-С.104-108. DOI: 10.37279/2070-8092-2021-24-2-104-108
2. Miller BS, Dimick J, Wainess R, Burney RE. Age- and sex-related incidence of surgically treated primary hyperparathyroidism. World J Surg. 2008;32(5):795-799. doi: 10.1007/s00268-007-9427-2
3. Ветшев П.С., Животов В.А., Аблицов А.Ю., Дрожжин А.Ю., Судилковская В.В. Сочетание многоузлового токсического зоба и первичного гиперпаратиреоза с редкой эктопией паратиреомы. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;01:89-93. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202001189>
4. Фархутдинова Л.М. Первичный гиперпаратиреоз – проблема, требующая решения. Врач. 2021; 32 (8): 40–45. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-08-07>.

Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б., Пирматова М.А.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) считается одним из наиболее встречающихся эндокринных заболеваний в мире. Он занимает третье место по частоте заболеваемости, уступающей заболеваниям щитовидной железы и диабету. Патогенез ПГПТ связан с дефектом кальций-чувствительных рецепторов опухолевых и гиперплазированных клеток паращитовидных желез, в результате чего снижается порог чувствительности к кальцию по сравнению с нормой. Известно, что 95% случаев ПГПТ происходит спорадически, а около 5% - с наследственными синдромами, включая множественную эндокринную неоплазию.[1,3] В настоящее время основным радикальным способом лечения пациентов с ПГПТ является хирургический и для предоперационного планирования существует широкий спектр методов топической лучевой диагностики. Среди них:

- Ультразвуковое исследование шеи,
- Компьютерная томография (КТ) с контрастным многофазным излучением,
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным излучением,
- Сцинтиграфия паращитовидных желез (СЦГ) различными методами, включая методы вымывания и методы субтракции,
- Однофотонная привлеченная компьютерная томография (ОФЭКТ) и комбинированный метод ОФЭКТ/КТ,
- Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ (ПЭТ/КТ).

При выборе подходящего метода диагностики, лечащий врач должен учитывать ряд важных факторов, включая чувствительность и специфичность метода, лучевую нагрузку, стоимость и доступность.[2] Данной работе мы хотим сделать акцент на ультразвуковую диагностику. Так как среди различных методов диагностики ПГПТ ультразвуковая оценка паращитовидных желез является доступным, бесконтрастным и малотравматичным методом.

Цель исследования.

Оценить роль ультразвуковой диагностики паращитовидных желез при выявляемости первичного гиперпаратиреоза.

Материалы и методы исследования. Проведено наблюдательное проспективное исследование среди пациентов, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения города Душанбе за период с ноября 2021 года по сентябрь 2023 года. В исследовании были включены пациенты в возрасте от 18 до 44 лет. У всех пациентов учитывалась анамнез жизни, а также была проведена ультразвуковая диагностика щитовидной, паращитовидных желез и почек (при наличии жалоб). Далее, при выявлении факторов риска патологии паращитовидных желез, были проведены следующие анализы для постановки диагноза ПГПТ: определение уровня общего кальция, фосфора, паратгормона, витамина Д и ионизированного кальция в крови. Также выполнялось денситометрия в трех стандартных зонах при необходимости.

Результаты исследования и их обсуждение.

В исследовании приняли участие 532 пациента, средний возраст которых составил $28,4 \pm 3,4$ года. Среди них женщины составили 412 человек (77,4%). По результатам сбора анамнеза и ультразвуковой диагностики факторы риска патологии паращитовидных желез были выявлены только у 65 (12,2%) пациентов из общего числа. Средний возраст этой группы составил $30,4 \pm 5,4$ лет, и женщины составили 75,4%. К факторам риска относились наличие аденомы или гиперплазии паращитовидных желез, рецидивирующие камни в почках, наличие гастрита или холецистита, а также боли в костях и суставах. Патология щитовидной железы была выявлена у 51 пациента, у которых были факторы риска ПГПТ. Среди них эндемический зоб 1 степени определился у 18 (26,7%) пациентов, 2 степени у 9 (13,8%) пациентов, а также наличие узла до 1 см у 15 (23%) пациентов и узел более 1 см у 9 (13,8%) пациентов. В том числе на основе результатов ультразвукового исследования паращитовидных желез, аденома было выявлено у 10 (15,3%) пациентов, гиперплазия 1 степени – у 21 (32,3%) больных, и гиперплазия 2 степени – у 12 (18,4%) пациентов.

Анализ уровня общего кальция в крови показал, что гиперкальциемия (уровень общего Са выше 2,5 ммоль/л) была обнаружена у 18 (26,7%) пациентов, а повышенный уровень паратгормона был отмечен у 30 пациентов, что составляет 46,1%. Уровень витамина Д находился в пределах нормы только у 4 (6,1%) пациентов, в то время как у всех остальных пациентов наблюдались низкие показатели. При проведении денситометрии было выявлено наличие остеопороза (Т-критерии менее -2,5%) у 10 (15,3%) пациентов и остеопении (Т-критерии от -1 до -2,5%) у 19 (29,2%) пациентов. По итогам нашего исследования был подтвержден диагноз ПГПТ у 22 (4,1%) пациентов, которых направили на оперативное лечение. В свою очередь, других пациентов входивших в группу риска, мы продолжаем наблюдать.

Выводы. В результате нашего исследования было обнаружено ПГПТ у 4,1% пациентов при использовании УЗИ ПЩЖ в качестве скринингового метода. Учитывая широкую доступность этого метода и отсутствие лучевой нагрузки, можно рекомендовать его как первую линию топической диагностики патологических изменений в ПЩЖ.

Список литературы.

1. Михайличенко В. Ю., Каракурсаков Н. Э., Самарин С. А.. Костная форма первичного гиперпаратиреоза – клинический случай // Таврический медико-биологический вестник. 2017, том 20, №3 стр 195-199.
2. Пospelов В.А. Предоперационная диагностика патологии паращитовидных желез методами лучевой диагностики // Лучевая диагностика и терапия. 2021. Т. 12, № 2. С. 22–29, <http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2021-12-2-22-29>
3. Бибик Е.Е., Еремкина А.К., Князева О.А., Мокрышева Н.Г. Спорадический первичный гиперпаратиреоз с множественной трансформацией околощитовидных желез // Проблемы эндокринологии. — 2021. — Т. 67. — №6. — С. 31-38. doi: <https://doi.org/10.14341/probl12798>

Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Амири Г.Х.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ КОКЛЮШНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

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

Актуальность. Самой обсуждаемой инфекцией последних лет наверняка можно назвать ковид — его появление затмило проблемы распространения других болезней. Но уже в 2022 году коронавирус стал пугать значительно меньше, а в то же время устремилась вверх заболеваемость другими инфекциями. Одна из них — коклюш, согласно данным Росстата, в октябре она была в 2,7 раза выше прошлогоднего показателя, а в августе — больше, почти в 5 раз. Только за 10 месяцев 2022 года - с января по октябрь в России было выявлено 2200 случаев коклюша — в два раза больше, чем за весь 2021 год [1].

Коклюш – острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой с воздушно-капельным путем передачи инфекции, характеризующееся возникновением приступообразного кашля и развитием осложнений со стороны бронхолегочной и центральной нервной систем. Клиническими особенностями коклюша в период массовой иммунизации является рост легких и атипичных форм заболевания, затрудняющих клиническую диагностику [2]. В условиях вакцинопрофилактики среди детей раннего возраста сохраняется цикличность эпидемического процесса роста- подъёма через 3-4 года. Максимальные показатели заболеваемости коклюшем отмечаются у детей до года, как правило, не привитых или не закончивших курс вакцинации. Среди детей 3-6 лет показатели заболеваемости коклюшем – минимальные, что может быть связано с перенесенной ранее инфекцией и наличием иммунитета в результате вакцинации [3].

Больные с атипичными формами коклюша представляют особую эпидемиологическую опасность в семейных очагах и организованных коллективах, при тесном и длительном контакте. Риск инфицирования для окружающих особенно велик в предсудорожном периоде заболевания и начале периода судорожного кашля, далее постепенно снижается. К 25 дню от начала заболевания больной, как правило, перестает быть заразным. При отсутствии антибактериальной терапии риск передачи инфекции непривитому ребенку, находящемуся в тесном контакте, сохраняется до 7-ой недели периода судорожного кашля. Особенно длительно выделяется возбудитель коклюша у детей раннего возраста [4].

Госпитализации подлежат больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами болезни, с осложнениями, дети

из закрытых учреждений и больные, домашние условия которых не позволяют организовать соответствующий уход и лечение. Этиотропная терапия назначается в катаральном периоде и в течение 3-4 недель периода спазматического кашля. В более поздние сроки антибактериальные средства назначаются больным с бактериальными осложнениями. В патогенетической терапии судорог, а также с целью уменьшения приступов кашля и их продолжительности применяют нейролептики: седуксен, фенобарбитал, аминазин. В качестве противокашлевого средства применяют либексин, с инекод, а для разжижения мокроты бронхолитин и др. [5]. По показаниям: ИВЛ, глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты.

Цель исследования. Изучить клинико-фармакологические подходы к терапии коклюшного кашля у детей на первичном звене.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужил препарат под названием «Коклюшная смесь», производимый в Центральной аптеке №1, по проспекту Исмоила Сомони города Душанбе. Раствор для приёма внутрь содержит аминазин 2,5% - 2 мл, пипольфен 2,5% - 2 мл, новокаин 0,25% - 96 мл. Со слов провизоров вышеназванной аптеки, в разгар вспышки заболеванием коклюша в сутки реализовывалось до 200 флаконов «Коклюшной смеси». Информационно-аналитическим методом изучен синергизм комбинации коклюшной смеси и показания к её применению.

Результаты и их обсуждение. Кашлевой рефлекс при коклюше постепенно закрепляется в дыхательном центре продолговатого мозга, приступы кашля становятся более частыми и интенсивными. Это обусловлено раздражением рецепторов афферентных волокон блуждающего нерва, импульсы от которых направляются в область дыхательного центра. Все это приводит к формированию в области продолговатого мозга застойного очага возбуждения, характеризующегося признаками доминанты (по А. А. Ухтомскому). Основными признаками доминантного очага являются: возможность ирритации возбуждения на соседние подкорковые вегетативные центры (рвотный, сосудодвигательный и центр тонической иннервации скелетной мускулатуры), а также стойкость очага возбуждения с длительным сохранением активности и вероятность перехода в состояние задержки и остановки дыхания, что требует патогенетического подхода к терапии.

В зарубежной и отечественной («Коклюш у детей» - Клинические рекомендации от 2019 г., Санкт-Петербург; Клинический протокол диагностики и лечения коклюш и паракоклюш у детей от 2019 г., Республика Казакстан; Сборник клинических рекомендаций по диагностике и лечению пациентов на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи, 4-е дополненное издание от 2020 года и 5-е дополненное издание от 2023 г., Республика Таджикистан) литературе встречается частое упоминание о парентеральном применении аминазина, пипольфена для предотвращения возникновения приступов апноэ, для уменьшения частоты и тяжести приступов спазматического кашля, нивелирования бронхоспазма, понижения возбудимости дыхательного центра, успокоения больного и углубления сна. Необходимо отметить, что ни в одном документе (клинических рекомендациях, стандартах ведения пациентов на первичном звене) не встречается упоминание о пероральном применении аминазина.

При изучении фармакологического действия аминазина выясняется, что препарат оказывает выраженное антипсихотическое, седативное, противорвотное действие. Ослабляет или полностью устраняет бред и галлюцинации, купирует психомоторное возбуждение, уменьшает аффективные реакции, тревогу, беспокойство, понижает двигательную активность. Центральное противорвотное действие обусловлено угнетением или блокадой допаминовых D₂-рецепторов в хеморецепторной триггерной зоне мозжечка, периферическое - блокадой блуждающего нерва в желудочно-кишечном тракте. Противорвотный эффект усиливается благодаря антихолинергическим, седативным и антигистаминным свойствам. Седативное действие обусловлено альфа-адреноблокирующей активностью.

Пипольфен также, обладая высокой антигистаминной активностью и выраженным блокирующим влиянием на центральную нервную систему, вызывает седативный эффект, обладает противорвотным действием, оказывает выраженное адреноблокирующее, умеренное периферическое и центральное холиноблокирующее действия.

Новокаин 0,25% - подавляет проведение не только болевых, но и импульсов другой модальности. При всасывании и непосредственном сосудистом введении в ток крови снижает возбудимость периферических холинергических систем, уменьшает образование и высвобождение ацетилхолина из преганглионарных окончаний (обладает некоторым ганглиоблокирующим действием), устраняет спазм гладкой мускулатуры, уменьшает возбудимость миокарда и моторных зон коры головного мозга.

Выводы. 1. Нейроплегические лекарственные средства используются парентерально при тяжелых и среднетяжелых формах коклюша у детей для предотвращения возникновения приступов апноэ, для уменьшения частоты и тяжести приступов спазматического кашля, нивелирования бронхоспазма, понижения возбудимости дыхательного центра, успокоения больного и углубления сна.

2. Однонаправленное действие лекарственных средств, объединённых в пероральный препарат «Коклюшная смесь», имеет потенцированный синергический эффект, используется в амбулаторной практике у детей со среднетяжелыми формами заболевания коклюшем и может быть рекомендовано для внесения в клинические рекомендации лечения пациентов на первичном звене.

Список литературы.

1. В России в два раза выросла заболеваемость коклюшем: симптомы и осложнения коклюша. - 07.02.2023. Электронный ресурс (дата обращения - 20.07.2023) - 74.ru
2. Хлынина, Ю. О. Коклюш у детей: клиника, диагностика, лечение/ Ю. О. Хлынина, Л. В. Крамарь, А. А. Арова, А. Б. Невинский //Лекарственный Вестник. - № 4 (68). - 2017. - Том 11. - С. 34-39.
3. Лялина Л.В. Эпидемиология коклюшной инфекции в Российской Федерации/Мат.ежегод.Конгресса: «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение, и профилактика»//2018. - С. 20-32.
4. Коклюш у детей. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ/Kokljush_u_detei_2019. - 49 с.

Носирова М.П., Иномзода Д.И., Рахмонов Ё.Х.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Актуальность. В клиническом аспекте метаболический синдром сопровождается абдоминальным ожирением, гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом типа 2, артериальной гипертензией, дислипидемией, гиперурикемией, микроальбуминурией, нарушениями микроциркуляции и гемостаза. Перечисленные компоненты метаболического синдрома являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а их сочетание многократно ускоряет их развитие [1]. «Помимо медицинских проблем ожирение индуцирует социальное неблагополучие, нередко становясь причиной потери работы, распада семьи и утраты социального статуса» [2].

Обязательным условием успешного лечения пациентов с МС являются мероприятия по изменению образа жизни, направленные на снижение массы тела. Учитывая, что немедикаментозные подходы оказываются невыполнимыми для большинства пациентов, определенный интерес представляет использование в лечении этих больных препаратов, способствующих снижению массы тела, и препаратов, восстанавливающих чувствительность тканей к инсулину. Монотерапия метформином применяется на стадии предиабета для замедления прогрессирования нарушений углеводного обмена [3]. Метформин вызывает снижение всасывания углеводов в кишечнике; усиление связывания инсулина с рецепторами периферических тканей (мышц) за счет активации транспорта глюкозы через мембрану в мышцах, обеспечивая повышение поглощения глюкозы и синтеза гликогена; стимуляцию анаэробного гликолиза; снижение глюконеогенеза, гликогенолиза и окисления свободных жирных кислот в печени; снижение гепатической продукции глюкозы; увеличение поглощения глюкозы и снижение активности липолиза в адипоцитах; активацию рецепторов желчных кислот; высвобождение глюкагоноподобного пептида-1, зависимое от АТФ-киназы; повышение активности натриевого котранспортера глюкозы-1; способствует трансформации кишечной микробиоты и др. Способность метформина, снижать массу тела отчасти обусловлена анорексигенным эффектом препарата, который связан с влиянием на инкретиновую систему [4]. На сегодняшний день метформин – единственный препарат для терапии предиабета, который позволяет контролировать уровень гликемии натощак, предотвращая ночной выброс глюкозы печенью, у лиц, не приверженных изменению образа жизни или с неэффективностью мероприятий, направленных на изменение образа жизни [5].

Цель работы. Изучить возможности и эффективность применения метформина при метаболическом синдроме в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ применения метформина у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, избыточным весом и ожирением по амбулаторным картам пациентов, находящихся под динамичным наблюдением специалистов семейной медицины городского центра здоровья. Изучены некоторые показатели метаболического синдрома: индекс массы тела, отношение талии к бедру, уровень повышения сахара крови, гликированного гемоглобина на основе статистических, лабораторных и инструментальных данных.

Результаты и их обсуждение. Всего с эндокринной патологией на базе городского центра здоровья находятся под наблюдением 1221 пациент, среди которых около четверти больных (293-24,0%) страдают сахарным диабетом. Ниже (таблица 1) приведена структура эндокринных заболеваний пациентов, наиболее часто встречающихся на первичном звене в зависимости от возраста и пола.

Таблица 1

Структура эндокринной патологии в зависимости от возраста и пола

Название заболевания	Пол	До 14 лет	15-17 лет	18 и старше	Всего	
	м	7	5	20	32	
	ж	16	8	291	315	
	м		1		1	
	ж		1	36	37	
	м	4	8	3	15	
	ж	2	100	18	120	
	м				99	
	ж				171	
	м	2	10	81	93	
	ж	2	10	239	251	
	м	2	1	7	10	
	ж	2	1	10	13	

Как видно из таблицы, наибольшее количество больных страдают эндемическим зобом, ожирением и сахарным диабетом 2 типа. При выкопировке данных из медицинских документов обнаружено, что именно пациентам из этих

нозологий, не имеющих противопоказаний, был прописан приём метформина, в качестве монотерапии или в комбинации с другими препаратами. В таблицу не вошли не часто встречающиеся и малые в процентном отношении (5,2%) эндокринные патологии. Средняя продолжительность приёма препарата у пациентов, страдающих эндемическим зобом (102 пациента - 29,4%), ожирением (113 больных - 32,8%), сахарным диабетом 2 типа (96 пациентов - 35,5%) колебалась от 2 до 5 лет. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) по Кетле и с учётом показаний, метформин назначался по 500 мг 1 раз в сутки при ИМТ равной от 27,0 до 34,0, доза препарата увеличивалась до 850 мг два раза в сутки при увеличении ИМТ выше 35,0. Необходимо отметить, что значительные снижения массы тела наблюдались у более активных пациентов, занимающихся, по возможности, физическими упражнениями и соблюдающих соответствующую диету. В среднем потеря массы тела при длительности приёма препарата в течение 1 года и более составила $5,4\text{кг} \pm 2,8\text{кг}$, липопротеиды очень низкой и низкой плотности имели явную тенденцию к снижению, почти наполовину снижалось количество триглицеридов. Выраженные обменные нарушения при метаболическом синдроме объясняют чувствительное влияние метформина на пищевое поведение пациентов, достоверное уменьшение объёма талии $3,9\text{см} \pm 1,2\text{см}$. Применение препарата в комбинации с гипогликемическими средствами у пациентов с сахарным диабетом 2 типа приводит к снижению уровня глюкозы крови до $6,3 \pm 2,1$ ммоль/л. Из всего количества пациентов (311), принимавших метформин, каких-либо значимых побочных эффектов выявлено не было. Неприятные ощущения в животе (12 больных - 3,8%), головокружения (в 17 случаях - 5,5%) больные связывали с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой системы.

Выводы. 1. Назначение метформина у пациентов с метаболическим синдромом способствовало уменьшению массы тела, объёма талии, улучшению липидного обмена, снижению сахара крови, что свидетельствует о возможности и эффективности применения этого препарата в практике семейного врача.

2. Всем специалистам первичного звена здравоохранения, независимо от специальности, ведущих приём пациентов, рекомендуется способствовать выявлению лиц из группы риска по развитию метаболического синдрома, определяя превышение индекса массы тела и отношения объёма талии к объёму бедер. Назначение метформина с профилактической целью обеспечит значительное снижение социально значимых заболеваний среди населения.

Список литературы

1. Эндокринология. Национальное руководство. /Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко// М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2019. - 1112 с.
2. Итоги конгресса, посвященного Всемирному дню борьбы с ожирением/ Эффективная фармакотерапия. – 2022. - №6. -С. 8-9.
3. Мисникова, И.В. Велметия, фиксированная комбинация ситаглиптина и метформина, – эффективный контроль гликемии и факторов риска сердечно-сосудистых событий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа /И.В. Мисникова // Эффективная фармакотерапия. - 2021. - Т. 17. - № 31. - С. 38–42.
4. Кондратьева, Л.В. Метформин в терапии метаболических нарушений: гликемические и негликемические эффекты / Л.В., Кондратьева, И.Л.Павловна // Эндокринология: новости, мнения, обучение. - 2017. - № 2. - С. 22-27.
5. Предиабет как междисциплинарная задача: время действовать. Круглый стол компании Merck. /Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. - № 1. - 2022. - С. 56-58)

Ганиева М.Т., Нуралиев Н.М., Саидов П.А.

КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИЕ НЕВРОПАТИИ

Кафедра неврологии, психиатрии и медицинской психологии

имени профессора М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Туннельную компрессионно-ишемическую невропатию авторы определяют как заболевание нервного ствола или его ветвей, вызванное локальным раздражением, компрессией и ишемией в анатомически и биомеханически уязвимых местах расхождения нерва. Это определение является опорным пунктом в разработке патогенеза, классификационных схем лечения болезней.

Цель и задачи исследования. Изучить особенности течения, диагностики и лечения компрессионно-ишемических невропатий.

Материал и методы исследования. Клиническое и электрофизиологическое изучение более 100 больных дает основания к систематизации компрессионно-ишемических невропатий. В ней отражены название компримированного нерва, механизмы развития невропатии и топографо-анатомический уровень с указанием структур, при участии которых формируется заболевание. Выделены 4 группы, насчитывающие 29 клинико-патогенетических форм невропатий. 1-я группа включает невропатии черепных нервов, составившие 18,6%. Доминируют невропатии лицевого нерва. 2-я группа объединяет невропатии шеи и плечевого пояса (12,7%). Преобладают синдромы Наффингера, Фолконэ-Уэддла и компрессии надлопаточного нерва. К 3-й группе относятся 9 видов невропатий рук (53,3%). Первое место занимают невропатии срединного нерва, особенно синдром запястного канала. 4-я группа состоит из 10 форм невропатий тазового пояса и ног (17,4%). Чаще встречаются болезнь Рота, подгрушевидная компрессия седалищного нерва («синдром двойной компрессаксона») и невропатии малоберцового нерва. Преобладание невропатий плечевого пояса и рук (64%) над невропатиями тазового пояса и ног (17,4%) указывает на причинную связь с профессиональной и бытовой перегрузкой мышц плечевого пояса и рук.

Компрессионно-ишемические невропатии полиэтиологичны, но чаще обусловлены дисгормональными, обменными и вазомоторными нарушениями, а также местными компримирующими воздействиями в области «ловушечных» пунктов. В них ствол нерва подвергается динамической или длительной компрессии за счет гиперплазии периневральных тканей повышения интратуннельного давления, ишемии, нарушения венозного оттока и вторичного отёка. После

травм или воспаления периневральных тканей возможны гиперфиксация в определенном участке туннеля, что ограничивает подвижность нерва по длиннику, чрезмерные перегибы и фрикции нервного ствола, натягивающегося при форсированных движениях.

Применяли полиэтиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Этиотропное лечение было возможно при общих заболеваниях, способствующих компрессии (дисгармональные сдвиги, ревматизм и т. п.). В патогенетической терапии предусматривали одновременное купирование компрессии и ишемии, борьбу с гипоксией и отеком. Кроме внутритуннельного введения анестетиков и кортикостероидов эффект был от испытанной на 320 больных методики чередования ультрафонофореза гидрокортизона и электрофореза никотиновой кислоты на область компрессии, а с испытанного на 220 больных нового способа лечения инъекциями прозерина в сочетании с метацинотерапией. Использовали СМТ-форезганглиоблокаторов на симпатические ганглии, вводили трентал, пирацетам и другие антигипоксанта. Применяли массаж, ЛФК и адаптивное биоуправление с тренировкой биологической обратной связи по ЭМГ-каналу. В купировании болевого синдрома применяли рефлексотерапию анестетики местно.

Наряду с клинико-неврологическим исследованием в целях диагностики и уточнения патогенеза применяли специальные тесты (проба Тинеля-Гольдберга, турникетный, элевационный тесты, приемы натяжения нерва и др.). Периневральное введение анестетиков и кортикостероидов в область «ловушечных» пунктов, рентгено- и томографию, классическую электродиагностику, изучение кривой «интенсивность-длительность», ЭМГ, электронейрографию с определением скорости проведения импульса по нерву, термовизиографию, реовазографию, реофациографию и другие методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексное исследование раскрыло конкретные особенности патогенеза различных форм невропатий. Кроме них удалось установить два закономерных, общих для всех изученных невропатий патогенетических варианта: демиелинизирующий с преобладанием распада миелиновой оболочки и резким снижением скорости проведения импульса по аксонально-осевой при выраженных клинических расстройствах, но с нормальной скоростью проведения импульса и доминированием вазомоторно-отёчных механизмов дисфункции нерва. Среди непосредственно производящих факторов важное значение, имеют два взаимодополняющих и обуславливающих взаимное потенцирование патогенных воздействия: компрессия и ишемия. Чаще компрессия была первичной, но при некоторых невропатиях, например при невропатии лицевого нерва, она следовала за острой ишемией и отеком нерва. Обращали внимание на цепную реакцию в группе патогенных факторов, составляющих «порочный круг» патогенеза компрессионно-ишемических невропатий. Типичной была следующая замкнутая цепь: первичная компрессия- гипоксия - повышенная проницаемость сосудов - эндоневральный и периневральный отёк - вторичная компрессия нерва. При лицевой невропатии начальным звеном этой цепи была ишемия.

Комплексная терапия в наших наблюдениях привела к значительному снижению числа дней временной нетрудоспособности на 10,6 дня при компрессионных невропатиях преимущественно травматического генеза и на 26,6 дня при компрессионно-ишемических невропатиях дисгармонального, профессионального и иного происхождения. Полного восстановления функций нервных стволов удалось добиться в 79,5% всех наблюдений, что объясняется осуществлением диагностики с одновременным углубленным изучением патогенеза в каждом конкретном наблюдении, проведением этиологически и патогенетически обоснованного лечения и реабилитацией больных в условиях специализированного отделения поликлиники на завершающем этапе.

Выводы. Компрессионно-ишемические невропатии занимают важное место в неврологической практике, так как составляют до трети заболеваний периферической нервной системы. Поэтому, перспективным является подход к изучению туннельных невропатий, основанный на концепции подвижности нерва, диагностике и лечении ограничений его мобильности.

Список литературы.

1. Жулев Н.М. Невропати: руководство для врачей, 2014.
2. Кипервас И.П. Туннельные синдромы.-3-е издание, 2013.
3. Фергюсон Л.У., Гервин Р. Лечение миофасциальной боли: клиническое руководство, 2014.
4. Гильвег А.С., Парфенов В.А. Синдром запястного канала в пожилом возрасте, 2017.
5. Luchetti R., Amadio P. Carpal Tunnel Syndrome. Berlin, 2007.

Нурализода О.Ш., Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н.
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ
Кафедра терапевтических дисциплин №2 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости детского населения. При этом соответственно наблюдается увеличение случаев патологии центральной нервной системы с выраженными морфофункциональными отклонениями. Среди заболеваний нервно-психической сферы нередко встречается и энурез (в переводе с древнегреческого - «мочеиспускание ночью»). Распространённость данного недуга колеблется в зависимости от возрастной группы и варьирует в пределах 0,5 - 10%, уменьшаясь с возрастом. Энурез имеет большую медикосоциальную значимость, нередко вызывая психологические проблемы у детей и их родителей, нарушает формирование личности и ухудшает качество жизни пациентов.

В свете современных воззрений энурез является дисфункцией мозга различного генеза и степени выраженности и рассматривается в виде своеобразного маркера многофункционального, многоуровневого нарушения деятельности нервной системы. Вместе с тем для таких пациентов характерна полисистемность поражения, нередко энурез сочетается с иной соматической патологией. Наряду с этим клинические варианты энуреза достаточно разнообразны и характеризуются определёнными симптомокомплексами. Однако до настоящего времени вопросы патогенеза, клиниче-

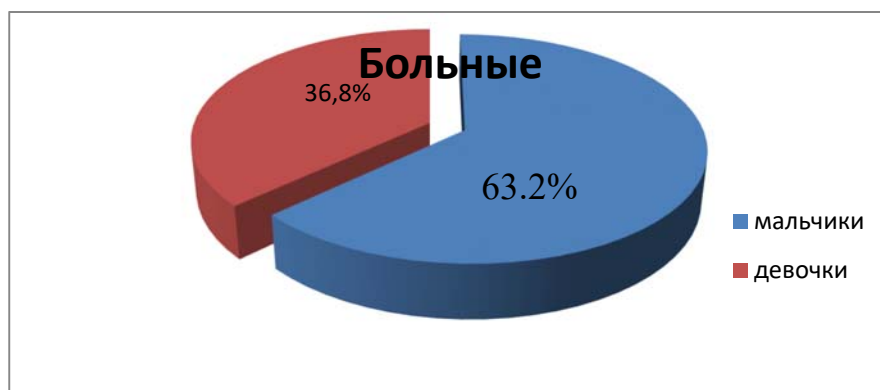
ского полиморфизма, дифференцированной терапии и профилактики недостаточно разработаны. Все это требует интегративного подхода в обследовании и терапии данной патологии.

По разным данным, ночным недержанием мочи страдают от 10 до 20% детей в возрасте 5 лет, 5% десятилетних и 2% больных в возрасте от 12 до 14 лет. По мере взросления распространённость энуреза снижается, и к 18 годам он сохраняется лишь у 1% подростков. У мальчиков ночное недержание мочи наблюдается чаще, чем у девочек, дневное недержание мочи чаще отмечается у девочек. На долю ночного энуреза приходится около 85% всех случаев. На долю дневного недержания мочи — 5% случаев.

Оставшиеся 10% составляют сочетанные формы энуреза.

Цель исследования. Выявить основные причины ночного энуреза у детей дошкольного и школьного возраста.

Материал и методы исследования. За период с января по ноябрь 2021 года нами были исследованы 95 амбулаторных карт детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдавших ночным диурезом и находящихся на учёте у невропатолога в городском центре здоровья №13 города Душанбе. Возраст детей составил от 5 до 10 лет, из них 60 (63,2%) мальчиков и 35 (36,8%) девочек.



Результаты исследования. При исследовании нами было определено, что у 42(44,2%) детей отмечалась гипоксия головного мозга, что было диагностировано при электроэнцефалографии (ЭЭГ), реоэнцефалографии (РЭГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). У 26 (27,3%) больных при рентгенологическом и риноскопическом методах исследования были выявлены различные ЛОР заболевания в виде ринитов и аденоидов верхних дыхательных путей. У 11(11,5%) больных мы выявили выпячивание спинно-мозгового канала в форме *spinabifida*, которое приводит к нарушению иннервации сфинктеров шейки мочевого пузыря и детрузора. Данная патология была визуализирована при ультразвуковом (УЗИ), рентгенологическом исследовании и МРТ области позвоночника. Среди 4 (4,2%) пациентов болезнь носила наследственный характер, что было определено при сборе анамнеза у родителей. У 12 (12,6%) больных при проведении диагностического исследования причину ночного энуреза выяснить не удалось.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что основной причиной ночного энуреза у детей является нарушение кровообращения в центральной нервной системе вследствие гипоксии мозга.

Литература

1. Ахмедова С.В., Патрушев А.В. Энурез у детей: методические рекомендации. — Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2008. — 64 с.
2. Студеникин В.М. Проблема ночного энуреза у детей: обзор литературы (2012– 2013). Часть 1. // Лечащий врач. — 2013. — №5. — С. 50–53.
3. Лебедев Б.В., Фрейджов В.И., Шанько Г.Г. и др. Справочник по неврологии детского возраста. / Под ред. Б.В. Лебедева. — М.: «Медицина» 1995. — С. 362–364.
4. Barnes T.R., Drake M.J., Paton C. Nocturnal enuresis with antipsychotic medication. // Br. J. Psychiatry. — 2012. — Vol. 200 (1). — P. 7–9.
5. Delvin J.B. Prevalence and factors for childhood nocturnal enuresis. // Irish Med J. —1999-Vol. 134.-P 1029-1031.

Охонова О.Д., Ятимова С.А., Шарипова М.А.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Актуальность. По данным современных исследователей одной из основных причин преждевременной летальности при ревматоидном артрите (РА) являются коронарогенные сердечно-сосудистые осложнения (ССО) [1,2]. Установлено, что при коморбидности РА и кардиоваскулярной патологии (КВП) активный хронический иммуновоспалительный процесс способствует негативной модификации ведущих традиционных факторов риска (ФР) ССО, прежде всего артериальной гипертензии (АГ) и липидного спектра крови [1-3]. В итоге коронарогенные КВП (ишемическая болезнь сердца - ИБС, хроническая сердечная недостаточность) у пациентов с РА постепенно приобретают довольно характерные отличительные особенностей, среди которых наиболее важными являются: а) многососудистый характер атеросклеротического поражения коронарных артерий; б) рецидивирующий характер острого коронарного синдрома и инфаркт миокарда; в) высокая частота встречаемости субклинических и атипичных форм коронарогенных

ССО [3-5]. В этой связи вопросы, связанные с проблемой коморбидности РА, ИБС и АГ являются объектами интенсивного изучения современных исследователей.

В современной практической кардиологии, несмотря на появлении в арсенале практикующих врачей большого числа инновационных методов лабораторной и инструментальной диагностики запись ЭКГ в традиционном режиме или с помощью ХМТ ЭКГ, по-прежнему, остаётся незаменимой в диагностике нарушений ритма и проводимости сердца, гипертрофии различных отделов сердца, ИБС (прежде всего инфаркт миокарда).

Цель исследования – поиск, спектральный анализ и оценка распространенности ЭКГ-х симптомов у больных активным развернутым РА в сочетании с АГ.

Материал и методы. Всего обследовано 68 больных (59 женщин и 9 мужчин) с достоверным активным развернутым РА, соответствующим классификационным критериям Американской коллегии ревматологов (1987 г.) последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в отделениях ревматологии и кардиологии Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Обследованные пациенты (n=68) в зависимости от наличия и отсутствия АГ были разделены на две группы. В I группу вошли 27 больных РА без АГ, во II – 41 пациент с РА в сочетании с АГ.

Всем обследованным пациентам выполнялось ЭКГ-исследование по общепринятой методике в 12 ЭКГ-отведениях. С целью идентификации различных ЭКГ-х симптомов были всесторонне проанализированы и оценены состояние интервалов P-Q, R-R, Q-T, комплексов QRS и QRS-T и фазы реполяризации миокарда.

Результаты и обсуждение. Результаты, которые были получены при анализе и оценки ЭКГ-симптомов у пациентов I (РА без АГ) и II (РА с АГ) групп представлены в таблице 1. Данные, представленные в таблице 1 согласуются с данными, которые были получены в работах других современных исследователей [2-4] и в целом свидетельствуют о том, что, ЭКГ-изменения у пациентов I и II групп, с одной стороны, носят многочисленный и разнообразный характер, а с другой, - отличаются высокой распространенностью, особенно у пациентов II группы (таблица 1).

Таблица 1. Спектр и частота встречаемости наиболее информативных ЭКГ-симптомов у больных I (РА без АГ) и II (РА с АГ) группы

ЭКГ - признак	I группа (n=27)	II группа (n=41)
ГЛЖ, n (%)	7 (25)	35 (85,1)
ЖЭ I-II градации по Лауну-Вольфу, n (%)	4 (14,8)	18 (43,7)
ЖЭ III-V градации по Лауну-Вольфу, n (%)	1 (3,7)	7 (17,1)
Предсердные экстрасистолы, n (%)	4 (14,8)	14 (34,2)
Блокада правой ножки пучка Гисса, n (%)	3 (11,2)	13 (31,6)
Блокада левой ножки пучка Гисса, n (%)	2 (7,4)	11 (26,7)
Транзиторные эпизоды SV тахикардии, n (%)	1 (3,7)	5 (12,2)
Атриовентрикулярная блокада I степени, n (%)	3 (11,2)	8 (19,4)
ЭКГ признаки острого ИМ, n (%)	0 (0)	3 (7,3)
ЭКГ признаки ПИК, n (%)	1 (3,2)	7 (21,2)
Безболевого ишемия миокарда, n (%)	4 (14,8)	15 (36,4)

Примечание: ПИК – постинфарктный кардиосклероз, SV тахикардии – суправентрикулярной тахикардии.

Среди идентифицированных нами ЭКГ-нарушений у пациентов с активным развернутым активным РА без и в сочетании с АГ наиболее распространенными, и вместе с тем диагностически ценными являлись: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, внутрижелудочковые блокады (блокады ножки пучка Гисса), атриовентрикулярная блокада I степени, эпизоды суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии (СВПТ). Аналогичные данные о наиболее распространенных ЭКГ симптомов у больных РА в сочетании с АГ ранее были демонстрированы в работах других современных исследователей [1-4].

В процессе поиска ЭКГ-х симптомов у больных активным развернутым РА было установлено, что довольно редкими находками являлись ЭКГ признаки острого инфаркта миокарда и ПИК, эпизоды СВПТ, атриовентрикулярная блокада I степени, которые в основном регистрировались у пациентов РА в сочетании с АГ (таблица 1).

Выводы.

1. ЭКГ-и симптомы у пациентов с высокоактивными формами РА без и с АГ имеют широкий спектр, отличаются высокой распространенностью, чрезвычайной гетерогенностью и неоднородной значимостью в оценке тяжести и прогноза болезни.
2. Наиболее высокая частота встречаемости ЭКГ-х симптомов наблюдается у больных РА в сочетании с АГ, что свидетельствует о том, что АГ у пациентов с РА обычно становится активным инициатором прогрессирования и осложненного течения коронарогенных ССО.

Литература

1. Кардиоваскулярный риск у больных ранним ревматоидным артритом до назначения базисной противовоспалительной терапии (предварительные данные исследования РЕМАРКА)/ Ю.Н. Горбунова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2014.- №4. - С. 381-386.
2. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ревматоидным артритом на фоне длительной терапии метотрексатом/ Е.В. Герасимова [и др.] // Терапевтический архив. – 2014. – № 5. – С. 26-31.
3. Мясоедова Е.Е. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом: ранняя диагностика нарушений и их прогностическое значение: автореф. дисс. ... канд. доктр. Наук / Е.Е. Мясоедова - М.: -2011. - 42 с.

4. Безболевая ишемия миокарда у больных ревматоидным артритом / Р.И. Стрюк [и др.] // Терапевтический архив. - 2014. - №5. - С. 16-20.
5. Храмцов Н.А. Особенности диагностики и лечения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите / Н.А. Храмцов, Е.В. Трухина // Современная ревматология. - 2012. - №2. - С. 84-88.

Пирмахмадзода Б.П., Бобоходжаев О.И., Махмудов М.О.
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. По оценкам ВОЗ, в 2022 году в Европейском регионе, большинство случаев туберкулёза (ТБ) были зарегистрированы в странах Восточной и Центральной Европы: это 18 приоритетных стран (Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Румыния, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина и Эстония), в которых приходится 85% бремени ТБ и 99% бремени ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)[1]. Как видно из приведенных данных, Таджикистан входит в число стран с высоким бременем ТБ, и его лекарственно-устойчивых форм.

Основные факторы роста МЛУ-ТБ в разных странах отличаются и являются результатом нескольких взаимодействующих факторов - недостаточное количество противотуберкулезных препаратов (ПТП), несоблюдение схемы лечения, неудачное лечение ТБ, отсутствие контролируемого лечения, ограничение или прерывание приема ПТП, плохая их биологическая усвояемость, распространение ВИЧ-инфекции и др. [2, 3].

Цель исследования. Изучить основные факторы, способствующие распространению МЛУ-ТБ в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Нами обобщены данные многолетних наблюдений за больными МЛУ-ТБ, включая клинико-anamnestические данные, результаты мониторинговых визитов и заключения Центральной врачебной консультативной комиссии (ЦВКК) национальной противотуберкулезной программы (НТП).

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение влияния медико-социальных факторов на формирование МЛУ-ТБ выявило следующее: больные в основном, были жителями из сельской местности (77,0%); в структуре больных преобладают мужчины (57,5%); большинство больных относились к возрастной группе 35-44 года (42,4%); количество заболевших детей до 18 лет составило 2,5%; по социальному положению больных с МЛУ-ТБ преобладали социально незащищенные слои населения (безработные - 42,5% и рабочие - 38,5%).

В связи с тем, что важная роль в развитии МЛУ-ТБ принадлежит семейному очагу при проживании с больным, выделяющим устойчивые к действию ПТП штаммы *M. tuberculosis*, нами было выявлено не соблюдение мер инфекционного противотуберкулезного контроля на дому больного с активной формой заболевания. В случае амбулаторного режима химиотерапии, выявлено также не соблюдение мер инфекционного контроля в учреждении ПМСП, куда ежедневно приходит пациент для получения ПТП. Наряду с несоблюдением мер инфекционного контроля нами было выявлено не полное и не своевременное обследование на ТБ контактных лиц из очагов туберкулезных инфекции. Другим фактором, способствующим распространению устойчивого штамма микобактерии ТБ выявлено слабое соблюдение правил контролируемого первичного лечения, когда больные нарушают режим химиотерапии.

Выводы. Ухудшение эпидемиологической ситуации по МЛУ-ТБ в Таджикистане связано с влиянием ряда медико-социальных факторов на формирование МЛУ-ТБ, развитие которого связано с недостаточным уровнем соблюдения мер инфекционного контроля, несвоевременным обследованием контактных лиц с больным ТБ, недостаточным кадровым потенциалом ПМСП и логистикой управления противотуберкулезной программой со стороны НТП.

Список литературы

1. Global TB Report: WHO, 2022. – Copenhagen. -2022. - <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>.
2. Бобоходжаев, О.И. Закономерности эпидемического процесса и эффективность лечения больных туберкулезом с разными спектрами лекарственной устойчивости в Республике Таджикистан / О.И. Бобоходжаев [и др.]// Туберкулез и болезни легких. – 2023. - №101(2). - С. 73-79. <https://doi.org/10.58838/2075-1230-2023-101-2-73-79>.
3. Пирмахмадзода, Б.П. Бремя туберкулеза и туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в г. Душанбе / Б.П. Пирмахмадзода [и др.] // Туберкулез и болезни лёгких. – 2021. - Том 99. - № 2. – С. 40-44. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2021-99-2-40-44>.

Пирова Г.Д., Сохибов Р.Г., Султонов Х.С.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедры пропедевтики внутренних болезней, и внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Наблюдаемый повсеместно рост нарушений когнитивной функции среди населения создаёт серьёзную медико-социальную проблему. Поиск факторов, способствующих развитию когнитивных нарушений (КН) и своевременная его диагностика с профилактикой прогрессирующего течения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые часто выступают как причина цереброваскулярной, нередко и нейродегенеративной патологии, имеет важное научное и практическое значение [1, 2].

Имеется сообщение о более частом выявлении ОКС у пациентов с додементными КН в [3]. Отмечено, что с

риском развития КН ассоциировано, не только систолическая, но и диастолическая дисфункция миокарда [4,5]. Сочетание КН и тревожно-депрессивных расстройств рассматривается как важный прогностический фактор неблагоприятного течения цереброваскулярной патологии [6].

Значимость ассоциированных с ОКС тревожно-депрессивных расстройств в развитии и выраженности КН у пациентов молодого и среднего возраста (до 59 лет) фактически не изучена.

Цель исследования. Установить влияние ассоциированных с ОКС тревожно-депрессивных расстройств в нарушении нейropsychологического статуса у пациентов молодого и среднего возраста (до 59 лет).

Материал и методы исследования. На фоне наблюдения 221 пациентов (основная группа), госпитализированных с ОКС, проведено изучение нейropsychологического профиля, сравнительно с группой пациентов, у которых исключён ОКС (контрольная группа; $n=30$), и анализирована взаимосвязь выраженности КН и тревожно-депрессивных расстройств (синдромов тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства – ПТСР).

Диагнозы нестабильной стенокардии (НС), инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК – транзиторная ишемическая атака, ишемический и геморрагический инсульты) устанавливались согласно протоколу диагностики и лечения заболеваний кардиоваскулярной системы в Республике Таджикистан.

Для оценки нейropsychологического профиля (НПП) использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA). Для оценки уровней синдромов тревоги и депрессии использована шкала Гамильтона; диагностика ПТСР проведена по сокращённому опроснику PCL-C.

Критерии включения в исследование: возраст до 59 лет; госпитализированные с подозрением на инфаркт миокарда, т.е. ОКС. Из исследования были исключены пациенты в активной фазе Covid-19 (менее 3 месяцев после заболевания), с постковидным синдромом, пороками сердца, кардиомиопатией и аутоиммунными заболеваниями.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0.

Результаты исследования. Проведён анализ выраженности тревожно-депрессивных расстройств и когнитивных функций сравнительно в контрольной и основной группе пациентов. Полученные результаты показывают значимо высокие уровни синдромов тревоги ($p=0,05$) и депрессии ($p<0,01$) у пациентов основной группы. Несмотря на заметное повышение уровней ПТСР у пациентов с ОКС, различия с контрольной группой были незначимы (имело место тенденция к повышению; $p=0,08$). На этом фоне снижение когнитивной функции по шкале MoCa были значимы ($p<0,001$) у пациентов основной группы (таблица 1).

Таблица 1.- Выраженность тревожно-депрессивных расстройств и когнитивные нарушения (по шкале MoCa) у пациентов молодого и среднего возраста (до 59 лет) с острым коронарным синдромом.

Показатели	Контрольная (n=30)	Основная (n=221)	p
Тревога, баллы	12,4±5,4	14,8±6,2	=0,05
Депрессия, баллы	13,3±6,8	16,9±7,6	<0,01
ПТСР, баллы	20,7±6,8	24,3±10,9	=0,08
MoCA, баллы (M±SD)	27,7±1,26	25,1±3,1	<0,001

Примечание: ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; MoCa, - Монреальская шкала оценки когнитивных функций; p - отмечены статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна - Уитни).

При изучении взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств и уровней когнитивной функции у пациентов сравниваемых групп установлено, что умеренная отрицательная взаимосвязь тревоги ($r=-0,4293$; $p<0,05$), депрессии ($r=-0,4521$; $p<0,05$; рисунок 1) и ПТСР ($r=-0,4420$; $p<0,05$) и уровни КН у пациентов основной группы была значимой.

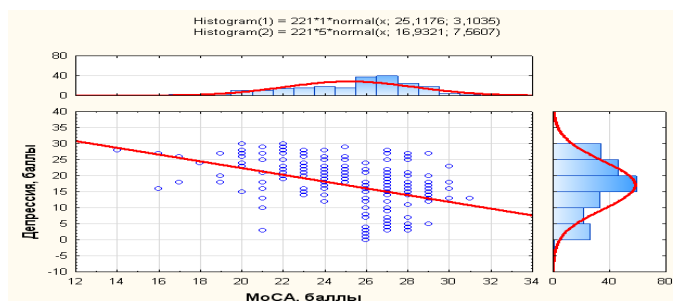


Рисунок 1. Взаимосвязь когнитивных нарушений (по MoCA) и выраженности депрессии у пациентов до 59 лет с острым коронарным синдромом ($r=-0,4521$; $p<0,05$; по Spearman).

Наблюдаемая отрицательная умеренная взаимосвязь синдромов тревоги ($r=-0,3301$; $p>0,05$), депрессии ($r=-0,2965$; $p>0,05$) и ПТСР ($r=-0,3391$; $p>0,05$) у пациентов контрольной группы была незначимой.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов молодого и среднего возраста, острый коронарный синдром, сопровождающийся с тревожно-депрессивными расстройствами (тревогой, депрессией и ПТСР) способствует возникновению и усилению проявлений когнитивной недостаточности.

Список литературы

1. Шишкова В.Н. Когнитивные нарушения как универсальный клинический синдром в практике терапевта. Терапевтический архив 2014;86(11):128-34.

2. Шишкова В.Н. Нейропротекция у пациентов с артериальной гипертонией: минимизация неблагоприятного прогноза. Терапевтический архив 2014;86(8):113-8.
3. Jefferson AL, Benjamin EJ. Cardiovascular disease, cognitive decline and dementia. In: Vascular cognitive impairment in clinical practice. Wahlung L, Erkinjuntti T, Gauthier S, editors. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009: 166-77.
4. Pullicino PM, Hart J. Cognitive impairment in congestive heart failure? Embolism vs hypoperfusion. Neurology 2001 Dec;57(11):1945-6.
5. Trojano L, Incalzi RA, Acanfora D, Picone C, Mecocci P, Rengo F; Congestive Heart Failure Italian Study Investigators. Cognitive impairment: a key feature of congestive heart failure in the elderly. Journal of Neurology 2003 Dec;250(12):1456-63.
6. Johnson L.A., Large S.E., Izurieta Munoz H. et al. Vascular depression and cognition in Mexican Americans. Dement Geriatr Cogn Disord. 2019; 47(1-2): 68-78. <https://dx.doi.org/10.1159/000494272>.

Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю.

РЕГИСТР КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДПОСЫЛКИ К СОЗДАНИЮ

РНПЦ «Кардиология». Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «ГрГМУ». Беларусь.

Актуальность.

Согласно последним доступным данным официальной демографической статистики в Республике Беларусь (с 2020 года такая статистика находится в закрытом, ведомственном доступе), смертность от мозгового инсульта превышает смертность от острого инфаркта миокарда почти в 10 раз, а частота развития повторного мозгового инсульта в 2 раза выше данного показателя для инфаркта миокарда. Создание в Республике Беларусь регистра пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом, и в частности перенесших инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт, особенно оправдана в амбулаторной практике, где необходима организация первичной и вторичной профилактики.

По данным медицинских регистров, созданных под руководством НМИЦ ТПМ Минздрава РФ, на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи среди пациентов перенесших инфаркт миокарда или мозговой инсульт, давность первого события более года составила 65-75%, более 2 лет 55-65% [1]. То есть, после снятия с наблюдения после острого события через год и окончания льготирования, пациенты с прогностически неблагоприятным исходом и риском смерти «выпадают» из поля зрения первичного здравоохранения. Среди этого контингента доля лиц, имеющих и инфаркт миокарда, и мозговой инсульт в анамнезе составляет 20%. А это - пациенты с высоким удельным весом крайне неблагоприятных исходов, который влияет на медико-демографические и социально-экономические показатели. Нефатальные повторные сердечно-сосудистые события у лиц с ранее перенесенным инфарктом миокарда составили 4%, инсульт развился у 2,4% пациентов. У перенесших ранее мозговой инсульт в 1,2% развивается инфаркт миокарда, а вот частота повторного мозгового инсульта очень велика - 9,2%. Такие же колоссальные риски повторных событий у лиц, перенесших ОИМ+МИ в различные периоды жизни - в 8,2% случаев развивается мозговой инсульт и у 4,2% инфаркт миокарда [1].

Цель исследования.

Обосновать возможности и предпосылки к созданию регистра кардиологических пациентов на примере инфаркта миокарда и мозгового инсульта в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования.

В Брестской области в рамках эксперимента по оптимизации организации диспансеризации пациентов с болезнями системы кровообращения в 2016 г. на уровне территориальных поликлиник, межрайонных и областного кардиологических центров нами была создана база данных пациентов с болезнями системы кровообращения. На основе этого опыта было проанализировано, каким образом возможно углубить эффект, полученный от анализа результатов баз данных, научно рассчитать и обосновать дальнейшие возможности ее организации в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений? Таким решением для нас стало создание регистра пациентов, перенесших МИ и ИМ, их сочетание любой давности, так как именно эта когорта пациентов с БСК является наиболее неблагоприятной в медико-демографических и социально-экономических прогнозах раздела БСК в Республике Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение.

При работе с базами данных мы выявили ряд медико-организационных проблем, требующих особого внимания при решении вопросов третичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения, а именно: статистический учет в стране в целом осуществляется только для лиц с острым инфарктом миокарда или мозговым инсультом в течение календарного года; систематический учет пациентов с перенесенными инфарктом миокарда или мозговым инсультом любой давности, в том числе более 1 года, не осуществляется, и невозможно оценить число данных случаев среди обратившихся в медицинские учреждения; отсутствует возможность оценки данных учета числа пациентов с сочетанием перенесенных инфаркта миокарда и мозгового инсульта (как среди лиц с острыми событиями в течение года, так и при большей их давности).

Принимая во внимание данные российских коллег, мы пришли к выводу, что создание регистра пациентов, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт любой давности, позволит рассчитать модели определения численности групп наиболее высокого риска смерти среди пациентов, проживающих в Беларуси. Для этого необходимо разработать оптимальный алгоритм на основе электронных баз данных, первичной медицинской документации и результатов проспективного наблюдения.

Методология сравнительной оценки групп пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе пе-

перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт и с их сочетанием в рамках регистра медицинского учреждения, заключается в определении соотношений численности групп (доли в %, пропорций). На основании предположения о подобии пропорций (особенно при близости их значений в нескольких исследованиях) есть возможность моделирования с расчетом численности групп пациентов в регионе, в стране.

Шаг 1: расчет предполагаемого числа пациентов, перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт любой давности в регионе, в стране с использованием методологии моделирования заключается в определении по данным медицинского регистра (регистров) доли острых случаев от всех случаев ранее перенесенных инфаркт миокарда, мозговой инсульт среди всех обратившихся в течение календарного года в одну (несколько) поликлиник. На основании полученного значения доли (%) проводится расчет числа случаев инфарктов миокарда, мозговых инсультов любой давности с использованием известных статистических данных о числе острых случаев за год в регионе, в стране.

Шаг 2: расчет предполагаемого числа пациентов с сочетанием перенесенных инфаркт миокарда, мозговой инсульт любой давности в регионе, в стране с использованием методологии моделирования заключается в определении по данным медицинского регистра (регистров) доли случаев сочетания ранее перенесенных инфаркт миокарда, мозговой инсульт от общего числа лиц перенесших инфаркт миокарда, мозговой инсульт любой давности среди всех обратившихся в течение календарного года в одну (несколько) поликлиник.

На основании полученных при использовании значений числа лиц с перенесенными инфарктом миокарда, мозговым инсультом любой давности в регионе либо в стране проводится расчет соответствующего числа пациентов с сочетанием ранее перенесенных инфаркт миокарда, мозговой инсульт любой давности с учетом полученных показателей доли случаев сочетания ранее перенесенных инфаркт миокарда, мозговой инсульт.

Обоснование создания регистра согласуется с Концепцией развития электронного здравоохранения в Республике Беларусь, которая разработана в соответствии со следующими документами: «Основы политики и стратегия Здоровье-2020» (утвержден Европейским региональным комитетом ВОЗ, 2012 г.), Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016-2020 годы, утвержденная Указом Президента Республики Беларусь от 15 декабря 2016 года №466. Внедрение регистров позволит внедрить технологии создания электронных баз данных, электронных амбулаторных карт, повысить функциональные возможности их использования в практике работы медицинских учреждений амбулаторного этапа; оптимизировать процесс ввода, хранения и обработки информации о пациентах, обращающихся в поликлиники, и расширить возможности ее статистического анализа, включая обобщенный анализ работы нескольких учреждений амбулаторного этапа оказания медицинской помощи; организовать внедрение автоматизированных алгоритмов оценки рисков фатальных и нефатальных осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая лиц, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт любой давности.

Выводы.

Разновекторный анализ данных регистра, расчет моделей и внедрение их в практику амбулаторно-поликлинических учреждений, несомненно будут способствовать улучшению качества третичной профилактики пациентов с БСК, так как позволят:

1. Определять группы с наиболее высоким риском смерти среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт, с оценкой характеристик прогностически значимой коморбидной патологии, качества оказания им лечебно-профилактической помощи в реальной клинической практике и с расчетом их предполагаемой численности в Республике Беларусь.

2. Совершенствовать организацию статистического учета всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт любой давности, разработать для этой когорты населения дополнительные критерии по осуществлению и оптимизации длительного медицинского наблюдения по месту жительства.

3. Разработать для пациентов, перенесших инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт, алгоритм оценки динамики заболеваемости и смертности по данной причине, а также численности групп с наиболее высоким риском смерти и угрожающих жизни осложнений.

Список литературы.

1. Окшина Е.Ю., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Загребельный А.В., Кутишенко Н.П., Воронина В.П., Дмитриева Н.А., Лерман О.В., Кудряшов Е.В., Бойцов С.А., Драпкина О.М. Больные с сочетанием перенесенных инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения в клинической практике: демографические и клиничко-анамнестические характеристики, медикаментозное лечение и исходы (данные амбулаторных и госпитального регистров РЕГИОН). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2019;15(5):XXX-XXX. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-5-XXX-XXX

Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ БАЗЫ ДАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ БРЕСТСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

РНПЦ «Кардиология». Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «ГрГМУ». Беларусь.

Актуальность.

Говоря о базах данных в медицине Республики Беларусь и регистрах пациентов с мультиморбидной патологией, надо отметить, что они становятся все более востребованными в самых разных областях медицинской науки и практики. Базы данных могут применяться на начальных этапах сбора информации и ее структурирования в соответствии с заданными конечными целями. Исследования в рамках баз данных могут быть ретроспективными или проспективными. Впоследствии информация из баз данных может формировать данные регистра и входить в его структуру.

Цель исследования.

Представить опыт формирования базы данных кардиологических пациентов на примере Брестского региона

Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования.

В Брестской области в рамках эксперимента по оптимизации организации диспансеризации пациентов с болезнями системы кровообращения в 2016 г. на уровне территориальных поликлиник, межрайонных и областного кардиологических центров было начато формирование баз данных пациентов с болезнями системы кровообращения (далее - БДПБСК) [1; 2].

Результаты исследования и их обсуждение.

Пилотной, сформированной первой и апробированной с получением успешных результатов, стала база данных о пациентах с фибрилляцией предсердий [1; 2]. Причиной выбора патологии послужила значимость демографических и экономических потерь, связанных с заболеваемостью и смертностью по причине острых нарушений мозгового кровообращения, которые нередко являются следствием фибрилляции предсердий.

Работа осуществлялась средним медицинским персоналом на каждом терапевтическом участке на приеме у врача-терапевта с 2016 г. по спискам на бумажных носителях, так как на тот момент не имелось автоматизированных рабочих мест и программного обеспечения рабочего процесса. Учетно-отчетной документации не предлагалось, так как процесс нес организационно-методический характер, опираясь на данные используемых медицинских документов (амбулаторных карт, выписных эпикризов, консультативных заключений, результатов анализов). По мере улучшения технического оснащения учреждений здравоохранения области и обеспечения рабочих мест компьютерами, информация о новых пациентах компьютеризировалась в текстовых редакторах и дублировалась (распечатывалась) на бумажных носителях, без программного обеспечения, ввиду отсутствия такового на рынке.

Информационные позиции, включенные нами в БДПБСК с фибрилляцией предсердий, носили эмпирический характер и были ориентированы на конечные точки получения статистических, анамнестических, антропо-физиологических данных о пациентах и целевых показателей лечебно-диагностического процесса (МНО, АД, ЧСС), необходимых для дальнейшего анализа и принятия управленческих решений. В базе данных фиксировались: пол и возраст пациента; форма и длительность фибрилляции предсердий, причины нарушения ритма сердца; перенесенные острые кардиоваскулярные события; формирование и степень хронической сердечной недостаточности на фоне фибрилляции предсердий; сопутствующая коморбидная патология; частота осмотров врачами-специалистами и соответствие диагностики и лечения требованиям клинических протоколов с особым акцентом на назначение антикоагулянтной терапии в качестве основного средства профилактики кардиоэмболических инфарктов мозга; достижение целевых показателей гемостаза (МНО), АД, ЧСС у таких пациентов.

В формировании БДПБСК с фибрилляцией предсердий, в частности, нами разработаны следующие основные организационные принципы (принцип 5 «П»): профилактика, преемственность, поточность, планирование, прозрачность. Алгоритм формирования баз данных пациентов с фибрилляцией предсердий предполагает в своей основе вышеописанный принцип 5 «П», позволяющий реализовывать функции организации и контроля качества.

Алгоритм включает:

1. Отбор пациентов с фибрилляцией сплошным методом.
2. Регистрацию антропометрических и возрастных данных, половой принадлежности.
3. Распределение по формам фибрилляции предсердий для статистического учета и определения дальнейшей тактики ведения пациента.
4. Наличие и нозологию сопутствующей и причинно-связанной патологии.
5. Основные медико-инструментальные показатели и данные, влияющие на прогноз и течение заболевания, нуждающиеся в динамическом анализе (ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ и другие, на усмотрение врача-специалиста). Контроль ритма и частоты сердечных сокращений служит стратегическим параметром в лечебно-профилактической работе с пациентом с фибрилляцией предсердий, определяющим качество работы врача-специалиста.
6. Лечебная тактика, направленная на достижение целевых показателей гемостаза (МНО), артериального давления, частоты сердечных сокращений, отражается по основным классам лекарственных средств в соответствии с клиническими протоколами.

Далее проведена экспериментальная отработка варианта БДПБСК на материале пациентов с фибрилляцией предсердий, состоящих под диспансерным динамическим наблюдением в Барановичском межрайонном кардиологическом центре центральной поликлиники г. Барановичи, за период 2016-2022 гг., в объеме наблюдения 200 человек. Выборка сформирована методом случайного бесповторного отбора и составила 9,2% от числа всех пациентов с фибрилляцией предсердий, состоящих под наблюдением в данном учреждении здравоохранения (2164 пациента). В свою очередь, учреждение здравоохранения выбрано как пилотное в решении поставленных исследованием задач, поскольку было первым межрайонным амбулаторным кардиологическим центром в Брестской области, способным по своему составу и функциям их решать.

На основании анализа разработанной базы данных о пациентах с фибрилляцией предсердий оценены результаты проведения мониторинга профилактических лечебных мероприятий, связанных с уровнем приема антикоагулянтов и достижением целевых показателей международного нормализованного отношения, осложнений и смертности при фибрилляции предсердий, определения соотношения форм фибрилляции предсердий, наличия сопутствующей патологии и их влияния на течение основной патологии [3]. Результаты положены в основу дальнейшей разработки программного продукта, зарегистрированного в национальном реестре.

После обработки информации и получения итоговых данных при изучении опыта работы аналогичных регистров и баз данных в Российской Федерации, пилотный проект показал общность подходов и сопоставимость результатов исследования. Как видно из полученных нами данных, «портрет пациента с фибрилляцией предсердий» в Барановичском МКЦ соответствует таковому в других амбулаторных регистрах, представленных в научных исследованиях (РЕКВАЗА и РЕКВАЗА ФП в РФ) [4; 5].

Выводы.

Разработанный нами алгоритм формирования базы данных может быть применен для создания регистра пациентов с фибрилляцией предсердий, необходимого для мониторинга качества оказания им медицинской помощи.

Формирование и ведение БДПБСК по разным конечным точкам (нуждающихся в высокотехнологичных вмешательствах, перенесших острые коронарные состояния, с хронической сердечной недостаточностью и другие) весьма обосновано с точки зрения вторичной профилактики осложнений БСК, а также как для анализа и оценки качества оказания помощи, обеспечения прозрачности в тактических решениях, возможности планирования сил и средств, находящихся в распоряжении учреждений здравоохранения, организации преемственности в оказании помощи пациентам с БСК на всех уровнях.

Список литературы.

2. Побиванцева Н. Ф. Разработка подходов к формированию баз данных пациентов с болезнями системы кровообращения в организации медицинской помощи при фибрилляции предсердий. Часть 1: алгоритм формирования и ведения баз данных на примере Брестской области / Н.Ф. Побиванцева, М.Ю. Сурмач // Кардиология в Беларуси. - 2022. - Т. 14, № 5. - С. 617-631.
3. Побиванцева Н. Ф. Диспансеризация кардиологических больных: организационный эксперимент на примере Брестской области. Часть 2 – этап оценки эффективности / Н.Ф. Побиванцева, М.Ю. Сурмач // Кардиология в Беларуси. - 2021. - Т. 13, № 3. - С. 369-380.
4. Побиванцева Н. Ф. Разработка подходов к формированию баз данных пациентов с болезнями системы кровообращения в организации медицинской помощи при фибрилляции предсердий. Часть 2: результаты мониторинга качества оказания помощи по материалам баз данных пациентов с фибрилляцией предсердий в профилактике кардиоэмболических осложнений / Н.Ф. Побиванцева, М.Ю. Сурмач // Кардиология в Беларуси. - 2022. - Т. 14(6). - С. 776-791.
5. Амбулаторный пациент с фибрилляцией предсердий: основные характеристики. Первые данные регистра РЕК-ВАЗА ФП – ЯРОСЛАВЛЬ / В. В. Якусевич [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 149-152.
6. Контроль международного нормализованного отношения на фоне терапии варфарином у больных с фибрилляцией предсердий в амбулаторной и стационарной практике (данные регистров Requaza) / М.М. Лукьянов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018;14(1):40-46.

Праскуриный Е.А., Китаева Ю.С., Бадыкова К.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА, ПОЛУЧИВШИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Кафедра терапии ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

Актуальность.

Современная противоопухолевая терапия у пациентов с лимфомой Ходжкина (ЛХ), включающая в себя широкий спектр цитостатических и иммунологических препаратов, а также глюкокортикостероиды, позволяет увеличить продолжительность жизни у данной категории лиц. Для пациентов с рефрактерным или рецидивным течением заболевания «золотым стандартом» лечения является проведение аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (аутоТГСК), позволяющее увеличить количество стойких ремиссий [1].

Среди огромного количества отдаленных осложнений после проведения патогенетической терапии, в том числе и после аутоТГСК, наиболее часто наблюдается нарушение костного обмена с развитием остеопении/остеопороза. По данным немногочисленных исследовательских работ, снижение минеральной плотности костной ткани диагностируется чаще у пациентов с ЛХ, получивших аутоТГСК, чем после стандартной полихимиотерапии (ПХТ) [2].

Нарушение костного обмена вплоть до развития остеопороза, сопряженное с увеличением риска возникновения низкоэнергетических переломов, потенциально снижают качество жизни молодых пациентов с ЛХ [3]. При этом механизм развития остеопороза у данной категории пациентов остается малоизученным. Известно, что патологические изменения костного метаболизма связаны с дисбалансом между процессами остеорезорбции и костеобразования вследствие воздействия таких факторов, как непосредственное влияние опухолевых цитокинов, прием цитостатических препаратов и глюкокортикостероидов, эндокринный дефицит, гиподинамия и других [4]. Вопросы своевременной ранней диагностики и профилактики нарушений костного обмена у пациентов с ЛХ, получивших патогенетическую терапию, на сегодняшний день являются весьма актуальными.

Цель исследования.

Оценить эффективность прогностической модели определения необходимости проведения профилактических мероприятий риска снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина, получивших патогенетическую терапию.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 118 человек, из которых 88 получили патогенетическую терапию по поводу ЛХ, а 30 – группа контроля. Пациенты с ЛХ были разделены на две основные группы по 44 человека в зависимости от объема проводимого патогенетического лечения. В первой группе пациенты получили лишь стандартную ПХТ, а во второй группе – ПХТ и аутоТГСК. Исследуемые группы сопоставимы по полу и возрасту.

Среди всех участников исследования было проведено анкетирование, выявляющее наличие факторов риска развития снижения минеральной плотности костной ткани (МПК). Вопросы анкеты касались общих данных: антропометрических (пол, возраст, рост, вес), семейного анамнеза (переломы у родителей), анамнеза жизни и заболевания самого

пациента (наличие переломов в прошлом, наличие хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, физическая активность, уровень употребления кальция, привычные интоксикации), а также специфических факторов риска – прием цитостатических препаратов и глюкокортикостероидов.

Всем участникам исследования была проведена двухэнергетическая абсорбциометрия с расчетом МПК, Т- и Z-критериев в трех основных областях измерения: поясничный отдел позвоночника, шейка бедренной кости, проксимальный отдел бедра, а также трабекулярный костный индекс, применяемый для прогнозирования риска возникновения низкоэнергетических переломов.

На основании всех полученных данных был проведен биостатистический анализ посредством методов рекурсивного разбиения для формирования прогностической модели. С целью определения степени влияния изучаемых факторов на конечный исход использовался метод машинного обучения, называемый деревом принятия решений. Согласно результатам разработанного алгоритма, принимается решение о необходимости проведения профилактики остеопении/остеопороза у данной категории пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Разработанная прогностическая модель дает возможность оценить степень влияния избранных факторов риска на вероятность развития остеопении/остеопороза и предсказывает вероятный исход, позволяющий принять решение о необходимости проведения профилактических мероприятий [5].

Для создания настоящей прогностической модели были использованы данные, полученные в ходе проведенного анкетирования, результаты денситометрической оценки состояния костной ткани, а также данные проводимой патогенетической терапии. По итогам применения прогностической модели формируется два возможных исхода: показаны или не показаны профилактические мероприятия данному пациенту.

Следовательно, профилактические мероприятия остеопороза более вероятны пациентам с ЛХ мужского пола с III и IV стадиями заболевания, с промежуточным или высоким риском развития низкоэнергетических переломов по уровню трабекулярного костного индекса, получивших патогенетическое лечение (кроме схем ABVD).

Необходимость в данных мероприятиях реже возникает у пациентов женского пола со II стадией заболевания, получивших стандартную ПХТ по схеме ABVD, имеющих низкий риск возникновения низкоэнергетических переломов.

С целью контроля качества созданного алгоритма мы использовали его для расчета вероятной необходимости профилактических мероприятий у пациентов из сформированных исследуемых групп. Итоги соотнесены с фактическими данными в каждом конкретном случае.

Все пациенты с ЛХ, включенные в апробацию модели прогнозирования необходимости профилактических мероприятий, разделились следующим образом: 54% пациентов имели показания для профилактики остеопороза и 46% пациентов – таковых показаний не имели.

Построенная прогностическая модель необходимости профилактических мероприятий снижения МПК у пациентов с ЛХ, получивших патогенетическую терапию, позволяет оценить наиболее важные факторы риска остеопороза и своевременно назначить профилактические мероприятия.

Модель прогноза, разработанная нами, имеет отличное качество (90-100%), высокую точность (98,6%), специфичность (97%) и чувствительность (100%). Таким образом, ценность нашей модели прогноза заключается в том, что она обладает высокой чувствительностью, специфичностью и точностью.

Таким образом, сформированная прогностическая модель может быть использована в клинической практике для оценки наличия показаний к началу профилактических мероприятий остеопороза у пациентов с ЛХ после патогенетической терапии.

Выводы.

Прогностическая модель позволяет принять оптимальную тактику в отношении профилактики остеопении/остеопороза у пациентов с ЛХ, получивших патогенетическую терапию.

Список литературы.

1. Мочкин, Н. Е., Саржевский, В. О., Дубинина, Ю. Н., Смирнова, Е. Г., Федоренко, Д. А., Банникова, А. Е., Колесникова, Д. С., Мельниченко, В. Я. Высокодозная химиотерапия с трансплантацией аутологичных кроветворных стволовых клеток при лимфоме Ходжкина. Десятилетний опыт ФГБУ «Нмхц им. Н. И. Пирогова» Минздрава России [Текст] / Н. Е. Мочкин, В. О. Саржевский, Ю. Н. Дубинина, Е. Г. Смирнова, Д. А. Федоренко, А. Е. Банникова, Д. С. Колесникова, В. Я. Мельниченко // Российский журнал детской гематологии и онкологии. — 2017. — № 2. — С. 85-90.
2. Китаева, Ю. С., Праскурничий, Е. А. Предикторы снижения минеральной плотности костной ткани у пациентов с лимфомой Ходжкина, ассоциированные с патогенетической терапией / Ю. С. Китаева, Е. А. Праскурничий // Архивъ внутренней медицины. — 2023. — № 1. — С. 36-45.
3. Крутько, Д. М., Гайнутдинова, Е. М., Мальцева, Т. С., Мазуренко, С. О. Функциональные характеристики больных с низкоэнергетическими переломами / Д. М. Крутько, Е. М. Гайнутдинова, Т. С. Мальцева, С. О. Мазуренко // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. — 2016. — № 2. — С. 566-568.
4. Камилов, Ф. Х., Фаршатова, Е. Р., Еникеев, Д. А. Клеточно-молекулярные механизмы ремоделирования костной ткани и ее регуляция / Ф. Х. Камилов, Е. Р. Фаршатова, Д. А. Еникеев // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 7. — С. 836-842.
5. Китаева, Ю. С., Праскурничий, Е. А. Алгоритм оценки факторов риска нарушений минеральной плотности костной ткани на фоне патогенетической терапии лимфомы Ходжкина / Ю. С. Китаева, Е. А. Праскурничий // Сибирское медицинское обозрение. — 2023. — № 1. — С. 31-36.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ P2RY12, ITGB3, ITGA2 И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД РУБЦЕВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Актуальность.

Морфометрические характеристики тромбоцитов (MPV (Mean Platelet Volume) – средний объем тромбоцита; PDW (Platelet Distribution Width) – ширина распределения тромбоцитов по их объему; PCT (Platelet Crit) – тромбокрит, величина, отражающая процент объема тромбоцитов) и P-LCR (Large Platelet Ratio) – процент объема больших тромбоцитов (размером более 30 фл) к общему объему тромбоцитов отражают функциональную активность тромбоцитов и их тромбогенность [1]. Полиморфизм генов рецепторов тромбоцитов: АДФ – P2RY12 (H1/H2, T744C, rs2046934), фибриногена – ITGB3 (T1565C, rs5918) и коллагена ITGA2 (C807T, rs1126643) является одним из факторов, определяющих реактивность тромбоцитов [2]. Влияние полиморфных вариантов данных генов на активность тромбоцитов может иметь определенную вариабельность в зависимости от периода инфаркта миокарда (ИМ).

Цель исследования.

Выявить ассоциации полиморфных генетических маркеров P2RY12, ITGB3, ITGA2 с морфометрическими характеристиками тромбоцитов у пациентов с ИМ в период рубцевания.

Материалы и методы исследования.

В исследование включено 400 пациентов с ИМ в возрасте 31-74 года, 317 мужчин и 83 женщины, 322 пациента с Q-ИМ и 78 с не-Q-ИМ. Все пациенты перед включением в исследование подписывали добровольное информированное согласие. Общий анализ крови (ОАК), количество тромбоцитов ($\text{px}10^9/\text{л}$) и морфометрические показатели тромбоцитов: MPV (фл), PDW (%), PCT (%), PLCR (%) проводили гемонализаторе Sysmex XS-500i, Япония проводили в 28-30 сутки ИМ. Генотипирование полиморфных локусов гена ITGB3 (T1565C) rs5918, гена ITGA2 (C807T) rs1126643 проводили методом ПЦР в режиме реального времени, реагентами ООО «Синтол», РФ. Определение аллельных вариантов H1/H2 гена P2RY12 (T744C) rs2046934 проводили методом ПЦР с электрофоретической детекцией реагентами ООО НПФ «Литех», РФ. Проведение исследования было одобрено комитетом по биомедицинской этике Гродненского государственного медицинского университета №3 от 13.01.2016. Данные обработаны статистически с помощью STATISTICA 10.0. Полученные результаты представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей (Me [LQ; UQ]) при распределении, отличающемся от нормального (нормальность распределений проверялась при помощи критерия Лиллиефорса). Две независимые группы сравнивали по численному показателю с помощью U-критерия Манна-Уитни. Соответствие распределения генотипов закону Харди-Вайнберга оценивали при помощи критерия χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение частот генотипов генов P2RY12, ITGA2, ITGB3 соответствовали ожидаемому равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,34$, $p=0,55$; $\chi^2=0,07$, $p=0,79$; $\chi^2=0,8$, $p=0,37$, соответственно).

Носители генотипа H1/H1 гена P2RY12 составили 60,0% (240 человек), H1/H2 – 34,2% (137 человек), H2/H2 – 5,8% (23 человека). Частота встречаемости локуса H1 – 77,1%, H2 – 22,9%. Носители генотипа CC гена ITGA2 составили 34,2% (137 человек), генотипа CT – 48,0% (192 человека), генотипа TT – 17,8% (71 человек). Частота встречаемости аллеля C – 58,2%, аллеля T – 41,8,0%. Носители генотипа TT гена ITGB3 составили 74,5% (298 человек), генотипа TC – 23,0% (92 человека), генотипа CC – 2,5% (10 человек). Частота встречаемости аллеля T – 86,0%, аллеля C – 14,0%.

Для дальнейшего анализа мы поделили пациентов на 2 подгруппы согласно рецессивной модели: подгруппы А (ПГА) составили носители генотипов H1/H1 полиморфного локуса H1/H2 гена P2RY12 ($n=240$), носители генотипа CC полиморфного локуса C807T гена ITGA2 ($n=137$), носители генотипа TT полиморфного локуса T1565C гена ITGB3 ($n=298$). Подгруппы В (ПГВ) составили носители генотипов H1/H2+H2/H2 ($n=160$), CT+TT ($n=243$), TC+CC ($n=102$) соответствующих генов.

По полиморфному локусу H1/H2 гена P2RY12 получены следующие данные: тромбоциты ПГА – 250,0 [210,0; 293,0], тромбоциты ПГВ – 256,0 [216,0; 314,0], $p=0,14$; PCT ПГА – 0,26 [0,23; 0,30], PCT ПГВ – 0,28 [0,23; 0,32], $p=0,039$; MPV ПГА – 10,4 [9,8; 11,1], MPV ПГВ – 10,3 [9,8; 11,0], $p=0,66$; PDW ПГА – 11,3 [10,3; 12,6], PDW ПГВ – 11,4 [10,2; 12,5], $p=0,75$; PLCR ПГА – 27,9 [22,5; 33,9], PLCR ПГВ – 27,1 [22,6; 32,5], $p=0,59$.

По полиморфному локусу C807T гена ITGA2 получены следующие данные: тромбоциты ПГА – 251,0 [219,0; 304,0], тромбоциты ПГВ – 253,0 [205,0; 299,0], $p=0,37$; PCT ПГА – 0,27 [0,24; 0,32], PCT ПГВ – 0,26 [0,22; 0,31], $p=0,15$; MPV ПГА – 10,4 [9,8; 11,2], MPV ПГВ – 10,3 [9,8; 11,0], $p=0,62$; PDW ПГА – 11,4 [10,3; 12,7], PDW ПГВ – 11,3 [10,2; 12,4], $p=0,77$; PLCR ПГА – 27,9 [22,7; 34,3], PLCR ПГВ – 27,3 [22,4; 32,5], $p=0,60$.

По полиморфному локусу T1565C гена ITGB3 получены следующие данные: тромбоциты ПГА – 253,0 [211,0; 303,0], тромбоциты ПГВ – 250,0 [210,0; 293,0], $p=0,91$; PCT ПГА – 0,27 [0,23; 0,31], PCT ПГВ – 0,26 [0,23; 0,30], $p=0,83$; MPV ПГА – 10,4 [9,8; 11,1], MPV ПГВ – 10,3 [9,8; 11,1], $p=0,75$; PDW ПГА – 11,4 [10,2; 12,4], PDW ПГВ – 11,2 [10,4; 12,6], $p=0,90$; PLCR ПГА – 27,9 [22,6; 32,8], PLCR ПГВ – 26,6 [22,6; 34,2], $p=0,92$.

В нашем исследовании мы выявили взаимосвязь между носительством генотипов H1/H2+H2/H2 полиморфизма H1/H2 гена P2RY12 с большими значениями PCT. В здоровом организме PCT стремится остаться стабильным; так, при уменьшении тромбоцитов усиливается тромбоцитопоз, в циркулирующую кровь попадают молодые макроциты, что ведет к увеличению среднего объема тромбоцитов, тогда как при повышении числа циркулирующих тромбоцитов уменьшается их продукция в костном мозге, что ведет к снижению процента макроцитотромбоцитов в крови и уменьшению MPV. Однако при нарушении тромбоцитопоза происходит или уменьшение PCT, сопровождающееся

патологией первичного гемостаза и приводящее к риску возникновения кровотечений, или повышение РСТ, что увеличивает риск тромбозов [3]. В доступной нам литературе мы не встретили работ, в которых бы исследовалась ассоциация РСТ и полиморфизма H1/H2 гена P2RY12.

Согласно литературным данным, не выявлено взаимосвязи между полиморфизмом гена ITGA2 и тромбоцитарными индексами у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией [4], а также не выявлено взаимосвязи между полиморфизмом генов ITGA2, ITGB3 и тромбоцитарными индексами у пациентов с острым коронарным синдромом, что согласуется с полученными нами данными.

Выводы.

Обнаружена ассоциация между носительством генотипов H1/H2+H2/H2 полиморфизма H1/H2 гена P2RY12 с большими значениями тромбоцита у пациентов с ИМ в периоде рубцевания. По другим показателям и полиморфизмам данные ОАК были сопоставимы.

Список литературы.

1. Тромбоцитарные индексы как маркеры интенсивности тромбоцитогенеза и агрегационной активности тромбоцитов: патофизиологическая трактовка, клиническое значение, перспективы исследования (обзор) / Л.И. Малинова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – № 4 (13). – С. 813–820.
2. Impact of genetic polymorphisms on platelet function and response to anti platelet drugs / T. Strisciuglio [et al.] // Cardiovascular Diagnosis and Therapy. – 2018. – № 5 (8). – P. 610-620.
3. Клинико-диагностическое значение гематологических индексов при оценке ишемической болезни сердца / Е.А. Хажиева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29835> (дата обращения: 05.10.2023)
4. Назирова, В.Б. Идентификация однонуклеотидных полиморфизмов гена интегрина ITGA2 и их ассоциация с тромбоцитами у пациентов с артериальной гипертензией / В.Б. Назирова, Ф.А. Гулиев, И.А. Гафаров // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2022. – № 10 (36). – С. 13-20.
5. Relationships of glycoproteins IIb-IIIa and Ib content with mean platelet volume and their genetic polymorphisms / S.G. Khaspekova [et al.] // Blood Coagulation and Fibrinolysis. – 2014 – № 2 (25). – P. 128-134.

Пулатова Д.Б., Якубов А.В., Усманова Ш.Э.

ИНДОМЕТАЦИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРО- И НЕФРОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИПРОЛИНА В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И ТКАНИ ПОЧЕК И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО РЕГУЛЯЦИИ

Аннотация. На модели индометацин-индуцированной гастро- и нефропатии у половозрелых белых крыс-самцов смешанной популяции с экспериментальным ревматоидным артритом изучено влияние эналаприла, лизиноприла, каптоприла, сайтотека, омепразола и комбинации омепразола с этими препаратами на содержание оксипролина в слизистой желудка и ткани почек. Для коррекции содержания оксипролина в слизистой желудка и ткани почек эффективными являются иАПФ и сайтотек.

Актуальность. Известно, что ингибиторы ангиотензин превращающих ферментов (иАПФ) стимулируют синтез простагландинов (ПГ-E₂) в почках, сосудах и головном мозге. Мы предположили, что такой же эффект они вызывают и в желудочно-кишечном тракте. Имеются убедительные данные о язвозаживляющем действии эналаприла, который связывают со стимуляцией синтеза простагландинов [1]. О. М. Михеева и соавт. [2] в клинике и эксперименте наблюдали заживление дефекта слизистой оболочки желудка при применении эналаприла, что, по мнению авторов, обусловлено улучшением микроциркуляции в слизистой желудка. Е. Л. Никонов, изучая влияние каптоприла и лизиноприла на состояние слизистой оболочки желудка больных с артериальной гипертензией и остеоартритом, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), установил, что иАПФ положительно влияют не только на сердечно-сосудистую систему, но и улучшают морфофункциональные показатели слизистой оболочки желудка. Известно, что репарация язвенного дефекта происходит путем рубцевания. Основным элементом рубцовой ткани является коллаген, имеющий в своем составе аминокислоту оксипролин, уровень которого в биологических жидкостях адекватно отражает процесс коллагенообразования [3]. Что касается ткани почек, то содержание оксипролина указывает на состояние воспалительного процесса, сопровождающегося склерозом почечной ткани [4].

Цель исследования - сравнительное изучение действия некоторых иАПФ, сайтотека, омепразола и их комбинаций с омепразолом на содержание оксипролина в слизистой желудка и ткани почек при индометацин-индуцированной гастро- и нефропатии у животных с экспериментальным ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. Экспериментальную модель ревматоидного артрита воспроизводили однократным введением в заднюю правую лапку животного 0,2 мл адьюванта Фрейнда. Индометацин-индуцированную гастро- и нефропатию вызывали путем введения индометацина per os в виде водной суспензии в дозе 2,5 мг/кг в течение 5 дней. Содержание оксипролина в надосадочной фракции гомогената определяли по методу A. Steven и соавт.

Результаты и их обсуждение Результаты изучения влияния иАПФ, омепразола, сайтотека и их комбинаций на содержание оксипролина в слизистой желудка и в ткани почек при индометациновой гастропатии приведены в таблице.

Как видно из полученных данных, при ЭРА содержание оксипролина как в слизистой желудка, так и в ткани почек достоверно отличается от контрольных значений. такие же изменения.

Как было отмечено, при индометациновой гастропатии значительно снижается содержание оксипролина в слизистой желудка. Вероятно, подавление регенераторных процессов индометацином обусловлено нарушением функцио-

Группе животных	желудок	
Контроль	2,12 ± 0,077	5,28 ± 0,180 I
I ЭРА	1,95 ± 0,062	7,16 ± 0,315 I
ГЭРА	0,44 ± 0,019	14,51 ± 0,384 I
ГЭРА 4 H ₂ O	0,48 ± 0,015	13,44 ± 0,412 I
ГЭРА 4 эналаприл	1,40 ± 0,042*	7,18 ± 0,225*
ГЭРА 4 лизиноприл	1,31 ± 0,032*	7,95 ± 0,377*
ГЭРА 4 каптоприл	1,34 ± 0,067*	5,35 ± 0,253*
ГЭРА 4 омегаприл	1,42 ± 0,059*	14,65 ± 0,566
ГЭРА 4 сайтотек	1,96 ± 0,087*	4,29 ± 0,202*
ГЭРА 4 омегаприл + эналаприл	1,95 ± 0,384*	7,36 ± 0,373*
ГЭРА 4 омегаприл 4 лизиноприл	1,90 ± 0,071*	8,12 ± 0,300*
ГЭРА 4 омегаприл 4 каптоприл	2,54 ± 0,375*	4,98 ± 0,298*
ГЭРА 4 омегаприл 4 сайтотек	2,35 ± 0,378*!	4,12 ± 0,331*

Примечание. p < 0,05 - по сравнению с данными группы ГЭРА 4 НО.

нирования многочисленных взаимообусловленных цитопротективных факторов, что приводит к снижению постэпителиальных факторов защиты, основным компонентом которых являются «цитопротективные» простагландины.

Установлено, что простагландин Е2 реализует свой защитный потенциал за счет подавления образования желудочной кислоты, увеличения секреции слизи и бикарбоната, стимуляции регенерации [5].

В наших исследованиях установлен положительный эффект иАПФ на регенераторные процессы в желудке и на фибротические процессы в почках. С позиции положительного влияния иАПФ на процессы регенерации в желудке необходимо отметить, что этот процесс обусловлен корригирующим влиянием иАПФ на процессы NO-образования, перекисного окисления липидов, синтеза нерастворимых гликопротеинов, что сопровождается значительной стимуляцией процессов коллагенообразования. Подтверждением полученных нами результатов являются данные литературы о язвозаживляющем эффекте иАПФ.

Нами установлено, что омегаприл не влияет на содержание оксипролина в почечной ткани. К сожалению, мы не нашли работ, посвященных изучению влияния омегаприла на этот показатель в почках.

Выводы

1. При применении индометацина повреждение слизистой желудка и ткани почек сопровождается значительным снижением содержания оксипролина в слизистой желудка и увеличением его в ткани почек. Содержание оксипролина как в слизистой желудка, так и в ткани почек эффективно корригирует иАПФ и сайтотек. Омегаприл стимулирует процессы коллагенообразования только в слизистой желудка, практически не влияя на ткань почек.
2. При комбинированном применении омегаприла с иАПФ и сайтотеком фармакодинамический эффект препаратов потенцируется только в слизистой желудка, не меняясь в ткани почек.

Литература

1. Влияние эналаприла, лизиноприла и амлодипина на течение хронического гастрита у больных артериальной гипертензией // Клинич. Медицина, 2014. № 9, С. 42-45.
2. Клинико-экспериментальное обоснования положительного воздействия гипотензивных препаратов на дефект слизистой оболочки желудка при явленной болезни // Экспер. и клинич. гастроэнтерол. - 2017. - № 5. - С 11-20.
3. Осадчук Т.К. Исследование оксипролина в желудочном соке и его диагностическое значение // Лаб. дело, -1982. N4. с. 16 -18.
4. Москалев А.В. Обмен цитокинов и свободного оксипролина сыворотки крови у больных эрозивно-язвенными заболеваниями гастродуоденальной зоны и недифференцированной дисплазией соединительной ткани. // Вестн. Рос. воен. мед. акад. 2016, М-2 (16). С. 64- 68.
5. Абдусаматова, Д.З. Изучение влияния эналаприла, омегаприла и фамотида на содержание оксипролина в слизистой желудка при индометациновой гастропатии // Соврем. наукоемкие технологии. - 2018. № 3. - С. 83.

Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Хайдарова У.З.
БЕМОРИИ САРЪИ СИМПТОМАТИКӢ ДАР КӢДАКОН.

Кафедраи асабшиносӣ, психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи проф. М.Ғ. Ғуломов МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”

Муҳимияти мавзӯ. Паҳншавии зиёди бемории саръ бо тамоюли зиёдшавӣ аз шаклҳои симптоматикӣ, фоизи назарраси сустшавии руҳӣ, мутобикшавии иҷтимоӣ раванӣ ва маъҷубии беморонро зиёд намуда, аҳамияти тиббӣю иҷтимоии беморию дар ҷанбаҳои гуногуни асабшиносии кӯдаконамуайян мекунад [1]. Сабабҳои асосии эпилепсияи симптоматикӣ дар кӯдакон ва наврасон инҳоянд: нуқсонҳои модарзодии мағзи сар, сироятҳои дохилибатнӣ, алоимҳои хромосомӣ, бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо, энсефалопатияи гипоксикӣ – ишемикӣ, осеби тавлидӣ, нейроинфексияҳо, омосҳои мағзи сар ва осебҳои косоҳона ва мағзи сар. Дар кӯдакон аксар вақт тағироти боқимонда дар мағзи сар, ки бо сироят ё ҷароҳатҳои қаблӣ алоқаманданд, инчунин дигар ихтилолҳое, ки дар натиҷаи нуқсонҳои мағзи сар ва бемориҳои дегенеративӣ ба вучуд омадаанд, муайян карда мешавад. Дар бемороне, ки осеби тавлидии дохили косоҳонаи сар доранд, баъзан дар ҳиссаи ҷаққаи мағзи сар тағиротҳои хатшагӣ, ки дар натиҷаи фишурдашавии ҳиссаи ҷаққа дар суроҳии хаймаи мағзча ҳангоми таваллуд ба амал меояд. Вайроншавии хунгардиш, ки дар минтақаи баромади ҷурра ба вучуд меояд, боиси рушди тағироти склеротикӣ дар ҳиссаи ҷаққа мешавад. Яку яқбора қад ва ё рост кардани сар ҳангоми таваллуд, махсусан дар ҳолати тулонии давраи таваллуд, метавонад боиси вайроншавии шадиди гардиши хун дар системаи вертебробазиллярӣ бо ташаққули аноксияи сутуни мағзи сар ва гиперплазияи реактивии глиалии минбаъд гардад. Дар натиҷа ҳосилаи туршаксии сутуни мағзи сар иллат меёбад, ки ба баландшавии омодагии хуруҷ оварда мерасонад [2].

Мақсади тадқиқот. Таҳлили сохтори этиологияи бемории саръи симптоматикӣ дар кӯдакон, муайян кардани хусусиятҳои клиникӣ рафти беморӣ, баҳодиҳии сохтори синусолии давраи зухуроти беморӣ, муайян кардани давомнокии миёнаи давраи ниҳонии беморӣ, муайян кардани вобастагии басомади ҳамлаҳо бо хусусияти иллатнокӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар ҷараёни тадқиқот 120 таърихи бемории беморони дар шӯъбаи асаби кӯдакона дар МД ММТ ҚТ “Шифобахш” бо таъхиси “Бемории саръ” дар солҳои 2021-2022 таъбат гирифтаанд, таҳлил карда шуд. Дар байни онҳо 89 нафар бемороне интиҳоб карда шуданд, ки гирифтори бемории саръи симптоматикӣ ва криптогенӣ буданд. Аз онҳо 25 нафарашонро духтарон ва 64 нафарашонро писарон ташкил медоданд. Сину соли миёна 9,6 соларо ташкил дод. Давраи ниҳонии беморӣ: аз яқчанд шабонаруз то 3,2 соларо дар бар мегирифт. Давомнокии беморшавӣ дар гурӯҳи тадқиқотшуда: аз 6 моҳ то 10 сол. Беморони гирифтори алоимҳои хромосомӣ, бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо ва омосҳои мағзи сар аз тадқиқот берун карда шуданд, зеро вақти дақиқро дар н гурӯҳҳо муайян кардан имкон надошт [3]. Беморон аз рӯи синну сол ба зергурӯҳҳо мувофиқи таснифи В.П. Бисярина тақсим карда шуданд: гурӯҳи 1-ум - аз 1 сола то 3 сола; гурӯҳи 2-юм аз 4 сола то 6 сола; гурӯҳи 3-юм аз 7 то 14 сола; гурӯҳи 4-ум аз 15 то 17 сола. Ин таснифот бо сабаби мувофиқати наздиктарини давраҳои инкишофи сохторҳои мағзи сар дар кӯдакон ба ҷанбаҳои синну соли ташаққули ритмҳои асосӣ дар электроэнцефалограмма интиҳоб карда шуд. Таҳлили ҳуҷҷатҳои тиббӣ аз баҳодиҳии маълумоти анамнестикӣ, параметрҳои тадқиқоти ЭЭГ ва нейровизуализатсия иборат буданд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи он. Сабаби бемории саръи симптоматикӣ дар байни кӯдакони муоинашуда: энцефалопатияи гипоксикӣ - ишемикӣ (26,5%), осеби тавлидӣ (22,1 %), осеби мағзу косоҳонаи сар (16,2 %), нейроинфексияҳо (11,4 %), нуқсонҳои модарзодии инкишофи мағзи сар (9,8 %), оқибатҳои сироятҳои дохилибатнӣ (9,5 %), омоси мағзи сар (2 %), бемориҳои ирсии мубодилаи моддаҳо (1,4 %), алоимҳои хромосомӣ (1,1% тафтишшуда).

Тибқи маълумоти таъхиси нейрофизиологӣ, манбаи саръ дар 29,2% кӯдакон дар қисми ҷаққа, 27,9% дар қисми пешона, 13,4% дар қисми фарқи сар ва 6,5% дар қисмати қафои сар ҷойгир шудааст. Дар 7,7 % беморон дар як вақт яқчанд манбаъҳои саръи мушоҳида карда шуданд. Дар 15,3 % ҷойгиршавии манбаъ аз сабаби набудани тағиротҳои патологӣ дар вақти муоинаи аз рӯи маълумотҳои ЭЭГ ва ТМР муайян карда нашуд. Дар ин ҳолат дар 65,3% бемороне, ки манбаи иллат бо усулҳои иловагии тадқиқот муайян карда нашуд, аломатҳои клиникӣ хуруҷ ба ҳиссаи ҷаққа вобастагӣ доштанро нишон медод.

Бемории саръи симптоматикӣ дар давраҳои гуногуни синну сол дида мешавад, аммо бештар дар синну соли то 3 сола (45,9 %) вомехӯрад.

Тақсимои шаклҳои фокалии бемории саръ дар гурӯҳҳои гуногуни синну сол нишон дод, ки танҳо кӯдакони аз 4 то 6-сола асосан дар ҳиссам пешонаманбаи эпилептогенӣ доштанд, дар дигар гурӯҳҳои синну соли бошад манбаъ бештар дар қисми ҷаққа ҷойгир буд.

Таҳлили давомнокии миёнаи давраи латентии бемории саръи симптоматикӣ дар байни кӯдакони дорои хусусияти гуногуни осеб нишон дод, ки кӯтоҳтарин давраи латентии беморон, аз сирояти дохилибатнӣ (2,5 моҳ) ва нейроинфексияҳо (тақрибан 2 моҳ) мебошад.

Хуруҷҳои тез – тез такроршаванда барои кӯдакони гирифтори нейроинфексия (31,7 %) ва сирояти дохилибатнӣ (36,2 %), хуруҷҳо миёна барои кӯдакони гирифтори осеби мағзу косоҳонаи сар ТБТ (42,3 %), энцефалопатияи гипоксикӣ – ишемикӣ перинаталӣ (26,2 %), осеби тавлидӣ (27,4 %), ҳамлаҳои нодир барои кӯдакони дорои аномалияи инкишофи МС (34,9 %) хос мебошад.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Тибқи таҳқиқоти гузаронидашуда сабаби маълумтарини бемории саръи симптоматикӣ дар кӯдакон энцефалопатияи гипоксикӣ - ишемикӣ перинаталӣ ва осеби тавлидӣ мебошад. Иллати дохилибатнии мағзи сар одатан табиати бисеромила дорад (гипоксияи дохилибатнии ҷанин, асфиксия ва осеби тавлидӣ, сироят ва ғайра) ва метавонад ба осеби дараҷаҳои гуногуни мағзи сар (аз вайроншавии биохимиявӣ то аномалияҳои вазнини инкишоф) оварда расонад. Маълумотҳои адабиёт дар бораи нақши осеби тавлидӣ дар пайдоиши бемории саръ дар ҳудуди: аз 11-17 то 48-59 % тағир меёбад. Аввалин маротиба хуруҷҳои саръӣ дар кӯдакони осеби

тавлиди гирифта дар 3 соли аввали ҳаёт пайдо мешаванд. Дар тадқиқоти мо беморӣ дар синну соли аз 1 то 3 солағӣ дида шуд. Манбаи иллати сарӣ, ки бештар муайян карда шуд, ҳисси пешона ва чакка буд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, тадқиқотҳо ба мо имкон медиҳанд, ки хулоса барорем, ки бемории сарӣ симптоматикӣ дар кӯдакон як бемории бисеромила мебошад, ҷараён ва зухуроти клиникӣ он аз иллати ибтидоӣ, ки ба ин патология оварда расонд, вобастагии калон дорад.

Муҳим он аст, ки патогенези бемории сарӣ симптоматикӣ ва ташаккули фаёлияти сарӣ бевосита бо хусусиятҳои муайяни нейрофизиологии мағзи сари кӯдакон алоқаманд аст, ба монанди нотамои будани муайянқунӣ функционалӣ майдонҳои кортикалӣ ва равандҳои миелинизатсия.

Адабиёт

1. Незнанов Н.Г., Громов С. А., Михайлов В.А. Эпилепсия: качество жизни, лечение. СПб.: Изд-во ВМА 2005; 294 с.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: МЕДпресс-информ 2010; 555 с.)
3. Кутявин Ю.А., Коваленко В.С., Литвак М.Е. Эпилепсия: руководство для врачей. Ростов н/Д: Пайк, 2010; 320 с.
4. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. М.: Медицина, 2005; 243 с.
5. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М.: МИА, 2007; 66 с.
6. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2011; 270 с.)

Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г.

КОРРЕКЦИЯ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

Актуальность. Сочетание двух заболеваний – детского церебрального паралича и эпилепсии утяжеляет их течение и прогноз, что делает проблему актуальной в детской неврологии.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – сложное заболевание центральной нервной системы вследствие ее поражения, возникшего во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, или вследствие аномалии головного мозга. Действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также служит основной нарушений когнитивных функций и судорожного синдрома, что необходимо учитывать при обосновании восстановительного лечения. Судорожный синдром, умственная отсталость, затруднения в учебе, нарушения зрения и слуха, страбизм, дизартрия встречаются при ДЦП существенно с большей частотой. Факторы риска развития эпилепсии у детей с ДЦП очень разнообразны. Они могут быть как этиологическими, так и условно патогенетическими. К ним относятся: малый срок гестации, инфекционные заболевания во время беременности, выкидыши у матери в анамнезе, угроза выкидыша во время данной беременности, нарушение фетоплацентарного кровотока, большая длительность безводного периода во время родов, низкий вес при рождении, недоношенность, низкие оценки по шкале Апгар, история неонатального оживления, неонатальные дыхательные расстройства, неонатальные судорожные приступы, неонатальные инфекции, приступы в первый год жизни, пороки развития головного мозга. Максимальный риск развития эпилепсии при ДЦП обеспечивают пороки развития коры головного мозга (кортикальные дисплазии). При их наличии частота встречаемости эпилепсии возрастает в 3,5 раза. Несколько меньшую роль в патогенезе развития эпилепсии занимают неонатальные судороги. Степень тяжести двигательных нарушений и психического недоразвития повышает риск возникновения эпилепсии при ДЦП. Обычно припадки возникают в первые 2 года жизни.

Цель исследования. Изучение и выбор тактики лечения эпилептических припадков у больных детей с детскими церебральными параличами (ДЦП).

Материал и методы исследования. Исследования проводилось на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии имени профессора М.Г. Гулямова ГУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Было проведено обследование 88 детей с симптомами эпилепсии при ДЦП, в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Всем больным проведено изучение неврологического статуса, лабораторные, инструментальные (МРТ головного мозга, ЭЭГ) исследования. В лечение больных ДЦП с эпилептическими приступами в зависимости от характера судорожных припадков было назначено препараты вальпроевой кислоты (депакин, конвулекс), карбомазепин, Паглюферал.

Результаты исследований и их обсуждение. Были выявлены следующие клинические проявления заболевания: спастическая диплегия – 27,7%, двойная гемиплегия – 17%, гиперкинетическая форма – 9,6%, гемипаретическая форма – 19,1%, атонико-астатическая форма – 8,5%, смешанные формы – 18,1% (Рис 1).

На МРТ и КТ головного мозга отмечались перивентрикулярная лейкомаляция, атрофия лобно-теменно-височных извилин, рубцово-глиозные изменения в веществе головного мозга, множественные кисты головного мозга, венотрикуломегалия, мраморный рисунок базальных ганглиев.

На электроэнцефалограмме было выявлено наличие дельта-волн у 51 больного (57,9%), спайк-волна у 16 больных (18,1%) и острые медленные волны у 21 больного (24%). Отмечались следующие виды приступов: большие генерализованные тонико-клонические приступы у 29 (32,9%) больных, большие генерализованные атонические приступы у 9 (10,2%) больных, фокальные джексоновские приступы у 24 (27,2%) больных, миоклонические эпилептические приступы у 11 (12,6%) больных, абсансы у 9 (10,2%) больных, и смешанные припадки у 6-ти (6,9%) больных.

Принципами медикаментозной терапии судорожных синдромов при ДЦП служит назначение адекватных противосудорожных препаратов для данных типов припадков. Во время реабилитации больным с церебральными параличами были назначены противосудорожные препараты (депакин, конвулекс, карбомазепин, паглюферал). Лечение

противоэпилептическими препаратами начинали с небольшой дозы и постепенно увеличивали ее до прекращения припадков. Дозу антиконвульсантов во время реабилитационной терапии повышали на 10-20%.



Рис 1 Клинические формы ДЦП

Выводы. Наличие судорожного синдрома у детей с детским церебральным параличом не является абсолютным противопоказанием к их реабилитации. Детям с наличием редких пароксизмов необходимо проводить реабилитационные мероприятия на фоне увеличения суточной дозы антиконвульсантов на 10-20% от ранее потребляемой.

Список литературы

1. Белоусова Е.Д. /Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом: //Автореф. дис. д.м.н. – Москва, 2004. – 48с.
2. Быкова О.В. Детский церебральный паралич и эпилепсия – подходы к лечению и реабилитации. / Платонова А.Н., Балканская С.В., Батышева Т.Т. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012;112 (7-2): 64-70с.
3. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М., 1976. – 314с.
4. Шанько В.Ф. Что такое эпилептический синдром? // Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии детского и подросткового возраста. – Уфа, 2000. – 187-188с

Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИРАДИКУЛО-НЕВРОПАТИЕЙ

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

Актуальность. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия или Синдром Гийена – Барре (СГБ) – это аутоиммунная полинейропатия, характеризующаяся быстро развивающимися двигательными нарушениями в конечностях и (или) поражением черепных нервов в сочетании с белково- клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости. Частота заболеваемости СГБ в мире составляет 1,7 – 3,7 случая на 100 тыс. населения [1,2,3]. Согласно данным, представленным Супоной Н.А. и соавт. (2014), в России ежегодно СГБ заболевает около 2700 человек. В двух трети случаев развитию СГБ предшествует вирусная или кишечная инфекция [5]. В качестве инфекционных агентов могут выступать такие возбудители, как *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр и вирус гриппа [3]. Инфекционные агенты являются пусковым механизмом, который приводит к развитию аутоиммунного поражения периферической нервной системы. В настоящее время доказано, что в основе патогенеза СГБ лежит механизм молекулярной мимикрии, которая приводит к продукции ауто-антител к антигенам периферической нервной системы [5,6]. Одним из доказательств участия в воспалении инфекционных агентов является обнаружение у больных высокого титра антител к ганглиозидам GM1, GD1a, GD1b, GQ1b на фоне возросшего титра антител к предполагаемому возбудителю. Клиническая картина в развернутой стадии СГБ, обычно складывается из двигательных, чувствительных и вегетативных нарушений; сухожильной гипо- или арефлексии. Наиболее часто встречаются двигательные расстройства, характеризующиеся периферическими, преимущественно дистальными парезами с мышечной гипотонией и угасанием сухожильных рефлексов. Примерно у 25% больных в результате дальнейшего прогрессирования заболевания развивается парез диафрагмы и дыхательной мускулатуры, что приводит к дыхательной недостаточности. Плазмафорез (ПФ) и внутривенное введение иммуноглобулина класса G (IgG) являются эффективным методом лечения СГБ в течение первых недель заболевания [2]. Внутривенное введение высоких доз IgG было признано эффективным методом лечения СГБ, способным существенно уменьшить продолжительность и тяжесть заболевания. Для лечения СГБ IgG используются в дозе 0,4 г/кг в течение 2-5 суток. Американская Неврологическая Академия (2003) рекомендовала применение IgG у больных с продолжительностью заболевания не превышающей 2 недели.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности патогенетической терапии у больных СГБ.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 36 больных с диагнозом СГБ (21 мужчин и 23 женщины). Возраст больных колебался от 15 до 77 лет. Больные по этиологической причине СГБ распределились следующим образом: «острая респираторная вирусная инфекция» - 71,4%, «кишечная инфекция» - 23,8% и не установленная этиологическая причина – 4,8%.

Распределение больных по формам СГБ и степени тяжести двигательного дефицита представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных синдромом Гийена-Барре по форме заболевания

Форма		Количество больных	Процент от общего кол-во больных
СГБ	ОВДП	20	55%
	ОМАН	10	28%
	ОМСАН	6	17%

Примечание: СГБ – синдром Гийена-Барре; ОВДП – острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия; ОМАН – острая моторная аксональная невропатия; ОМСАН – острая моторно-сенсорная аксональная невропатия.

Всем больным, поступившим в стационар, проводили следующие виды терапии (Таблица 2).

Таблица 2. Распределение больных синдромом Гийена-Барре в зависимости от вида терапии

Вид терапии	Количество больных	Процент от общего количества больных %
ПФ	10	28
ПФ+IgG	6	17
IgG	20	55

Примечание: ПФ – плазмаферез; IgG – иммуноглобулин класса G.

ПФ проводился на сепараторе клеток крови AS-204 (Fresenius, Германия) с непрерывнопоточным разделением крови на клеточные элементы и плазму. Объем удаляемой плазмы за курс ПФ строился из расчета 200 мл удаляемой плазмы на 1 кг веса больного, замещение удаляемого объема плазмы проводилось растворами кристаллоидов, коллоидов и 10% или 20% альбумина. Протокол терапии состоял из 4-6 сеансов ПФ, в течение 7-12 суток. Антикоагуляцию осуществляли постоянной инфузией гепарина в экстракорпоральный контур в дозе 5ед/кг/час. Для обеспечения сосудистого доступа во время сеансов ПФ катетеризовали одну из центральных вен (подключичную или внутреннюю яремную вену).

Внутривенное введение иммуноглобулина класса G проводилось из расчета 0,4 г на 1 кг веса больного в течение 5 суток.

Больным, поступившим в стационар, проводилось комплексное обследование, включавшее в себя сбор анамнеза, общий осмотр, оценка неврологического статуса и определение степени тяжести двигательного дефицита по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита (САШ) (Рис 1), лабораторные исследования, применение методов нейровизуализации, выполнение люмбальной пункции и электронейромиографии. Эффективность терапии оценивалась по динамике изменения неврологической симптоматики и изменению степени тяжести двигательного дефицита по САШ.

Рис.1 Североамериканская шкала тяжести двигательного дефицита

Степень	Признаки
0	Норма
I	Минимальные двигательные расстройства
II	Способность проходить 5 м без поддержки (опоры)
III	Способность проходить 5 м с поддержкой (опорой)
IV	Невозможность проходить 5 м с поддержкой или опорой (прикованность к постели или инвалидной коляски)
V	Необходимость проведения ИВЛ

Результаты исследования и их обсуждение. Сроки госпитализации в стационар пролеченных больных с СГБ делились на ранние (больше 2 недель с момента появления симптомов, n=27; 75%) и поздние (меньше двух недель, n=9; 25%). У всех больных в клинической картине наблюдался периферический парез различной степени выраженности, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, онемение в конечностях и миалгии. Электронейромиография выполнялась 82% больным. В стационаре преобладали больные с тяжелой степенью двигательного дефицита по САШ. СГБ является одним из самых частых причин острых периферических параличей в мире. Наибольшее число случаев СГБ регистрировались в летний и осенний периоды года. В нашем исследовании основным пусковым фактором заболевания являлась острая респираторная вирусная инфекция, которая составила 71,4% от всех этиологических причин, которые предшествовали развитию СГБ. Существенных различий в половой структуре не было, количество мужчин и женщин, заболевших СГБ, было практически одинаково, что соответствует результатам, полученным Супоновой Н.А. и соавт. (2014). У 23,8% больных отмечались бульбарные нарушения и у 17% больных в связи с тяжелой дыхательной недостаточностью проводилась искусственная вентиляция легких.

По результатам лабораторных методов диагностики белково-клеточная диссоциация ликвора отмечалась у 57,1% больных.

Лечение больных с использованием указанных выше методов терапии начиналось на 2-ые сутки от момента госпитализации и постановки окончательного диагноза. На фоне проводимой терапии регресс неврологической симптоматики и изменение степени тяжести двигательного дефицита по САШ регистрировали у 71,4% больных. В

двух случаях удалось остановить прогрессирование дыхательной недостаточности и необходимость в искусственной вентиляции легких. У 19,0% больных после проведенной терапии достигнут эффект “плато”, неврологический дефицит остался на прежнем уровне без ухудшения состояния. Время пребывания больных в стационаре составило 21 суток.

Выводы. Проводя итоги можно отметить, что патогенетическая терапия с использованием IgG, является эффективным методом лечения больных с СГБ, позволяющая купировать прогрессирование периферических парезов и предупредить развитие жизнеугрожающих осложнений.

Список литературы

1. Гришина Д.А. Клинические факторы прогноза при синдроме Гийена-Барре. / Н.А. Супонева, М.А. Пирадов// Вестн. Росс. воен.-мед. академ. 2013; 4 (44): 21-26.
2. Супонева Н.А. Синдром Гийена-Барре в городах Российской Федерации: эпидемиология, диагностические и терапевтические возможности регионарных клиник. М.А. Пирадов, Е.В. Гнедовская// Здравоохран. РФ 2013; (1): 19-25
3. Супонева Н.А. Эффективность патогенетической терапии при синдроме Гийена-Барре. / М.А. Пирадов, Д.А. Гришина, Е.Г. Молчалова // Эффективн. фармакотерапи. 2014; (58): 12-20

Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Тоджидинов Т.Б.

НАСЛЕДСТВЕННО-ОТЯГОЩЕННАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ИНСУЛЬТОМ

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

Актуальность. Инсульт – одна из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Ежегодно от инсульта погибает приблизительно 4,6 млн человек [1]. Считается, что главным этиологическим фактором развития инсульта является гипертоническая болезнь. У пациентов с наследственной предрасположенностью к гипертонической болезни диагностируется особое строение клеточной мембраны, а именно – ее повышенная проницаемость. При неблагоприятном воздействии внешних факторов – стрессов, тяжелых переживаний, травмирующих событий возникает сильная эмоциональная реакция, которая влечет за собой значительное повышение артериального давления, причем последнее сохраняется значительно дольше, чем у человека с неотягощенной наследственностью [2,3]. Многочисленные эпидемиологические исследования последних 40 лет свидетельствуют, что наличие у индивида положительного семейного анамнеза по инсульту увеличивает риск развития инсульта на 30-76% [3,4]. В развитии мультифакторных форм сосудистых заболеваний мозга имеет значение генетическая предрасположенность, которая может реализовываться либо не реализовываться в конкретных средовых условиях. Такая предрасположенность обычно связана с совокупностью генов, каждый из которых сам по себе не является абсолютно детерминирующим, а лишь способствует формированию неблагоприятного генетического и метаболического «фона», определяющего повышенный риск заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности течения инсульта у больных с наследственно отягощенной гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 40 пациентов, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Все пациенты, включенные в исследование, были распределены на две группы: первую группу составили больные с наследственно отягощенной гипертонической болезнью, осложнившейся инсультом (20 пациентов), вторую группу (контрольную) составили больные с ГБ, наследственно не отягощенные, осложнившимся инсультом (20 пациентов).

Всем обследованным больным было проведено клинко-неврологическое обследование, включающее подробный анализ жалоб и анамнестические сведения, подробный генеалогический анамнез, оценку объективного соматического и неврологического статуса (по общепринятой в классической неврологии методике), биохимическое, а также нейровизуализационные методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. У всех больных в контрольной группе основными жалобами при поступлении были головная боль (100%), слабость на руках и ногах с одной стороны (86%), нарушение речи (60%). Головокружение и неустойчивость при ходьбе были в 19 и 3 случаях соответственно. Нарушение памяти отмечалось у 15 больных, нарушение сна наблюдалось у 40% больных, которые были у них и до развития МИ, но клиника усилилась с развитием инсульта. Кроме этого у 3 больных отмечалось нарушение слуха, носящего центральный характер. У больных контрольной группы неврологические нарушения были менее выраженными. Уровень неврологического дефицита в 1-й группе зависел в основном от степени тяжести перенесшего инсульта. В связи с определенными критериями отбора у этих больных встречались ишемический (56%), а также геморрагический (32%) инсульты, характеризующиеся выраженным неврологическим дефицитом по сравнению с контрольной группой (72% ишемический и 24% геморрагические инсульты).

Головная боль и головокружение почти одинаково встречались в обеих группах. Гемиплегия в основной группе встречалась в 94% случаях, в контрольной группе – в 86%. Нарушение речи по типу сенсорной и моторной, а также сенсо - моторной афазии было более выражено в основной группе (68%). (Рис 1).

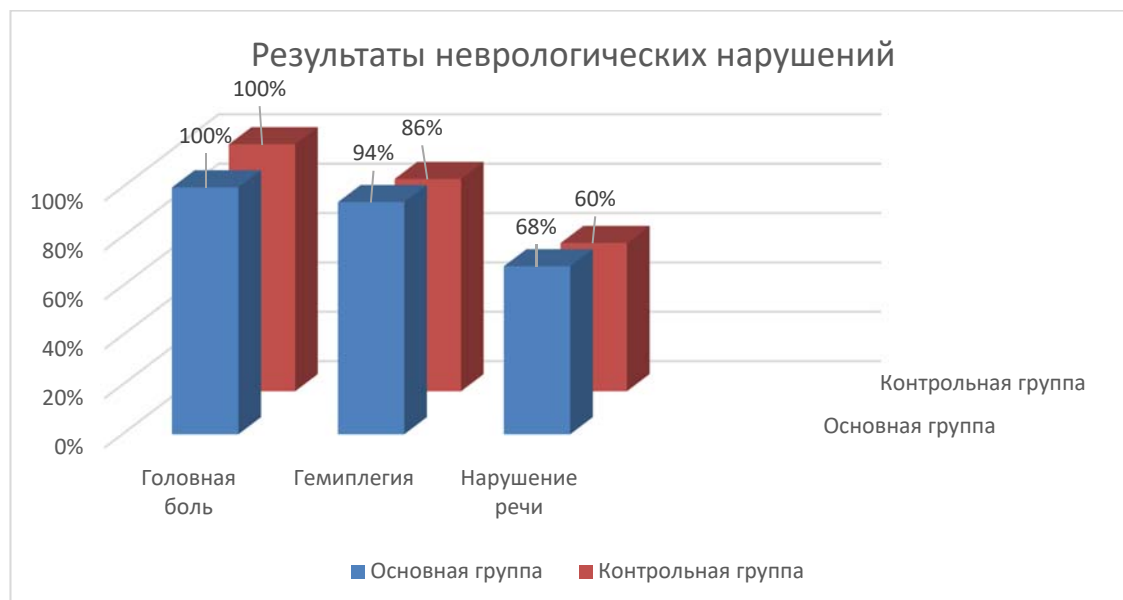


Рис. 1. Результаты неврологических нарушений

При генеалогическом исследовании в основной группе отмечалась наследственная отягощенность к гипертонической болезни в основном по материнской линии, так: у 16 больных наследовалось по материнской линии, у 4 больных по отцовской линии. По поперечной линии есть случаи среди sibсов, часто у сестер. У 17 больных сестры тоже страдали гипертонической болезнью, у 3- были страдали братья. У мужчин гипертоническая болезнь, имеющая наследственный характер, протекала более злокачественно, с быстрым развитием сердечно-сосудистых и мозговых осложнений.

Выявлено, что у больных с наследственной отягощенностью по гипертонической болезни, характерным являлось более длительное существование АГ и более быстрое изменение степени тяжести АГ, по меньшей мере за 5 лет до развития ОНМК.

Также при исследовании анамнеза больных в основной группе (78%) отмечалось нерегулярное медикаментозное лечение АГ, что затем при поступлении в стационар и регулярном приеме антигипертензивных препаратов улучшил восстановление нарушенных функций. Профилактика инсульта посредством коррекции АГ является наиболее эффективным, перспективным, относительно простым и экономически выгодным мероприятием, независимо от наследственной предрасположенности населения.

При исследовании когнитивных функций в обеих группах отмечались в основном легкие когнитивные нарушения (48% и 44% в основной и контрольной группе соответственно). Также отмечалась деменция легкой степени – 28% в основной и 24% - в контрольной группе (таблица 1).

Таблица 1. Результаты исследования по шкале MMSE

Баллы	% от общ. кол-во больных	
	Основная группа	Контрольная группа
28-30 нет когнитивных нарушений	12	20
24-27 легкие когнитивные нарушения	48	44
23-20 деменция легкой степени	28	24
11-19 деменция умеренной степени выраженности	12	12
0-10 тяжелая деменция	0	0

Таким образом, при исследовании когнитивных функций существенных различий в группах не выявлено, что говорит о том, что в независимости от наследственной отягощенности по гипертонической болезни когнитивные функции изменяется по другим причинам. К настоящему времени накоплено уже большое число доказательств важной роли генетических факторов в формировании риска инсульта, механизмах церебральной ишемии, детерминированной тяжести поражения и характера восстановления после перенесенной цереброваскулярной катастрофы, что может быть в последствии причинами сосудистой деменции [4]. Но при этом следует учитывать, что при повышенном риске повторных НМК степень когнитивных нарушений тоже увеличивается. Данные КТ и МРТ – исследований показали связь клинической характеристики с патоморфологическими изменениями в головном мозге. В контрольной группе преобладала картина геморрагического инсульта (72%). В основной группе картина ишемического очага в ткани головного мозга встречалась в 32% случаев.

Вывод. Наследственная гипертония больше наследуется по материнской линии, в 3 раза чаще. Инсульт у больных с наследственной отягощенностью по гипертонической болезни протекает тяжелее. Нарушения уровня АД, выявляемые при наблюдении такой группы больных, требуют своевременной адекватной коррекции с целью предупреждения острых нарушений мозгового кровообращения.

Список литературы

1. Верещагин Н.В. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы / Н.В. Верещагин, Ю.Я., Варакин // Инсульт: прил. к Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2001. №1 – С.34-

2. Варакин Ю.Я. Артериальная гипертония и профилактика инсульта: Краткое руководство для врачей / Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В., Арабидзе Г.Г. и др. – М., 1996.
3. Виберс Д.О. Инсульт: клинич.руководство.: пер. с англ. / Д.О. Виберс, В.Л. Фейгин, Р.Д. Браун. 2-е изд., испр. и доп. – М.: БИНОМ; 2005; СПб.: Диалект, 2005. – 607с.
4. Фонакин А.В. Артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология и сосудистые когнитивные расстройства: краткое руководство для врачей / А.В. Фонакин, Л.А. Гераскина, З.А. Суслина. – М., 2006. – 48 с.

Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Джуракулова Ф.М.

ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНЫХ КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП ПО УПРАВЛЕНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины». Таджикистан

Актуальность. За последние годы институциональный потенциал системы здравоохранения существенно возрос, накопив критическую массу знаний, навыков и технических ресурсов. Для использования этих ресурсов в полном объеме очень важно систематизировать роли и сферы ответственности, сокращая потенциально дублирующие друг друга задания и уточняя уровни подотчетности. Эффективное управление сетью учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является важным условием оптимальной результативности и качества оказываемых медицинских услуг населению.

Государственному учреждению «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» (ГУ «РУКЦСМ») принадлежит координирующая роль в разных сферах, связанных с семейной медициной в Таджикистане; главной задачей центра является обучение медицинских специалистов и оказание методической помощи учреждениям первичной медико-санитарной помощи. В 2021 году ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» получил очередную «Лицензию на проведение образовательной деятельности» (от 2.03.2021 г. № Т-ИФ 0000667) со стороны Агентства по контролю в области образования и науки при Президенте Республики Таджикистан, а также в 2020 году успешно прошел аккредитацию. ГУ «РУКЦСМ» поддерживает осуществление деятельности семейной медицины путём поддержания процессов непрерывного повышения качества, в том числе проведение экспертных обзоров, мониторинга и оценки соответствующего применения клинических протоколов и руководств на уровне сети учреждений ПМСП, а также возможности повышения квалификации, включая тренинги. Кроме того, Отдел бизнес планирования и анализа развития семейной медицины ГУ «РУКЦСМ» на протяжении 5-ти лет координировал процесс внедрения бизнес планирования в учреждениях ПМСП, который направлен на повышение управленческого потенциала руководителей. Тренера ГУ «РУКЦСМ» владеют всеми навыками интерактивного обучения, а также имеют международные сертификаты.

В рамках реализации «Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» и «Плана развития ПМСП по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на период 2021-2025 гг.», с целью повышения управленческого потенциала руководителей сети учреждений ПМСП в 2021 году специалистами ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» была разработана, согласована с Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и утверждена в установленном порядке со стороны Министерства образования и науки Республики Таджикистан программа краткосрочного курса обучения «Управление учреждениями медико-санитарной помощи» (72 часа). Данный курс состоит из 12-ти модулей, включающих актуальные аспекты деятельности сети учреждений ПМСП. Ключевыми аспектами разработанной программы явились следующие темы:

- организационное развитие, которое включает планирование бюджета, финансовый менеджмент и отчётность, управление персоналом учреждения ПМСП, совершенствование процесса бизнес планирования;
- управление медицинским учреждением: безопасное обращение и управление медицинскими отходами в СЦЗ и другие вопросы инфекционного контроля;
- управление с целью эффективности деятельности, то есть способность принятия эффективных решений и обеспечение устойчивости организационной деятельности и их усовершенствование, эффективное применение результатов анализа статистических данных, непрерывное обучение;
- иммунизация и тесное сотрудничество с общественностью по вопросам общественного здравоохранения, в том числе иммунизация против Covid-19;
- личные навыки и умения, включающие навыки лидерства и управления, коммуникативные и межличностные навыки, решение проблем и критическое мышление.

С ноября 2022 года по май 2023 года по данной программе было проведено обучение руководителей учреждений медико-санитарной помощи в 6-ти районах республиканского подчинения. В рамках курса были использованы метод обучения, основанный на решении задач, аудиовизуальные презентации, групповые дискуссии, решение прикладных задач, демонстрации, практические упражнения, ролевые игры и имитационные модели в форме посещения профильных учреждений.

Цель исследования. Оценить эффективность и необходимость проведения краткосрочных курсов обучения «Управление учреждениями первичной медико-санитарной помощи» для руководителей сети учреждений ПМСП.

Материалы и методы исследования. По специально разработанным опросникам проведено анкетирование и тестирование участников краткосрочных курсов – руководителей сети учреждений ПМСП, а также проведены фокус-группы. Обработка данных проведена с использованием Microsoft Excel программы.

Результаты исследования и их обсуждение. Данный 2-х недельный курс проводился в городах Вахдате, Ги-

саре и Турсунзаде, а также в Файзабадском, Шахринавском районах и районе Рудаки. Всего было обучено 180 руководителей сети учреждений ПМСП, в том числе из городских, районных и сельских центров здоровья. Анализ показал, что 166 участников обучающих курсов были слушатели с высшим медицинским образованием (92,2%) и 14 слушателей составил средний медицинский персонал (7,8%), который был представлен руководителями сельских центров здоровья в селах, где не хватает врачей. Исследование показало, что среди руководителей ПМСП 127 человек-слушателей курса составили мужчины (70,5%) и только 53 руководителя составляли женщины (29,5%).

Непосредственно перед началом курса и в конце 2-х недельного обучения было проведено тестирование слушателей. Анализ показал, что в разрезе 6-ти городов и районов самый высокий средний балл предкурсового тестирования отмечался в г. Турсунзаде (53,2%), а самый низкий - в г. Вахдате (34,5%). В тоже время исследование показало, что самые высокие средние баллы послекурсового тестирования отмечались в Шахринавском районе (88,5%) и в г. Турсунзаде (88%). Оценка показала, что в целом в 6-ти городах и районах средний балл предкурсового вопросника составил 41,95%, в то время как средний балл послекурсового тестирования в 6-ти городах и районах составил 86,95%, т.е. в среднем увеличился на 45%, что является хорошим результатом.

Дискуссии в фокус-группах, а также результаты анонимного анкетирования показали, что участники краткосрочных курсов дали высокую оценку данному краткосрочному обучению, которое проводилось на местах, без отрыва от работы. Участники отметили актуальность, важность, ценность и своевременность данного курса, который повысил их знания, управленческие навыки, а также способность выявлять и решать существующие проблемы, самостоятельно проводить анализ индикаторов своей деятельности. Большинство участников отметили, что не имели достаточного опыта в управлении, а также не имели возможности пройти обучение, выезжая за пределы своего города или района. Анализ показал, что 99,9% участников удовлетворены обучающим курсом, получили ожидаемые знания и навыки, а также имели возможность свободно обсудить свои рабочие проблемы во время практических и семинарских занятий.

Выводы. Оценка показала, что данный краткосрочный курс обучения руководителей ПМСП, который проводился в рамках реализации задачи: «Улучшить управленческий потенциал на всех уровнях управления системой здравоохранения посредством обучения» §1 «Эффективное управление в сфере здравоохранения» Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года (Постановление Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021 г.), был эффективным и своевременным. Преимуществами данного курса является эффективное повышение управленческого потенциала руководителей ПМСП в краткие срок и без отрыва от работы, практическая направленность курса, ориентированная на потребности деятельности ПМСП.

Следует расширить проведение данных курсов в масштабах всей страны, учитывая то, что в управление здравоохранением приходят молодые руководители, нуждающиеся в улучшении своих управленческих навыков.

Список литературы

1. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан №414 от 30 сентября 2021 г.
2. Стратегический план развития ПМСП по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на период 2016-2020 гг. Постановление Правительства Республики Таджикистан №317 от 27 июля 2016 г.
3. План развития ПМСП по принципу семейной медицины в Республике Таджикистан на период 2021-2025 гг. - Душанбе. - 2021. - 4 с.
4. Раджабзода, С.Р. и др. Менеджмент в общественном здравоохранении. Учебно-методическое пособие. - Душанбе - 2020. - 278 с.
5. Раджабзода, С.Р. Вычисление основных показателей деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи. Учебно-методическое пособие. Душанбе - 2021. - 106 с.

Расулов У.Р., Назарова М.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АМБРОКСОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ с ГЭРБ

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

Актуальность. На современном этапе *хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)* является важнейшей медико-социальной проблемой во всем мире. ХОБЛ характеризуется прогрессирующей бронхиальной обструкцией и нарастанием хронической дыхательной недостаточности. Ещё одной социально значимой медицинской проблемой в настоящее время является ГЭРБ. ГЭРБ приобретает всё большую распространенность среди населения разных стран. Лечение больных хронической обструктивной болезнью лёгких проводится длительно с использованием лекарственных средств, с целью купирования обострений и профилактики рецидивов[1,2]. Современный дифференцированный подход к лечению ХОБЛ требует использования различных медикаментов, при этом выбор их и дозировка зависят от степени тяжести заболевания[3]. В этой связи возрастает риск развития медикаментозных осложнений, в частности со стороны органов желудочно-кишечного тракта. В литературе опубликованы отдельные исследования посвящённые изучению клинко-функционального состояния органов пищеварительного тракта у больных бронхообструктивными заболеваниями. Сопутствующие ГЭРБ с обструктивными заболеваниями лёгких на фоне ухудшения вентиляции и газообмена, нарушения гемостаза влияют на клиническое течение ХОБЛ. Сочетание бронхолёгочных изменений с ГЭРБ в настоящее время является предметом обсуждения [4]. Взаимосвязь между ГЭРБ и ХОБЛ кажется логичной, так как имеются анатомические изменения, которые могли бы быть причиной развития рефлюкса. Эти изменения включают повышенное внутрибрюшное и отрицательное внутригрудное давления, что в комбинации с использованием теофиллина и бронхолитиков может способствовать уменьшению давления в нижнем пищеводном сфинктере, и забросу желудочного содержимого в пищевод. То есть, речь идёт о развитии вторичной ГЭРБ у больных с длительно протекающей ХОБЛ. В течение многих лет в лечении ХОБЛ используется группа муколитических препаратов. Доказан антиоксидативный эффект N-ацетилцистеина, тиольные группы цистеина которого взаимодействуют

напрямую с электрофильными группами свободных радикалов. Антиоксидантный эффект другого муколитического препарата амброксола изучен меньше[5].

Цель исследования. Изучение клинической эффективности муколитика и антиоксиданта амброксола у больных, страдающих ХОБЛ и ГЭРБ, при обострении бронхолегочной патологии.

Материал и методы исследования. В пульмонологическом отделении ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» нами обследованы 88 больных в возрасте 45-75 лет, длительность заболевания от 2 до 30 лет. Все с подтвержденным диагнозом ХОБЛ с лёгкой степенью тяжести и средней степенью тяжести, ГЭРБ. Больные были разделены на две группы. В 1 группу были включены 43 больных с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести с ГЭРБ. 2 группу составляли 45 больных ХОБЛ средней степени тяжести.

В работе использованы общеклинические и специальные методы исследования. Всем больным, включённым в исследование, проведено УЗИ легких для исключения поражений этих органов, функция внешнего дыхания, эзофаго-гастроудоденоскопия и лабораторные анализы (общий анализ крови, биохимический анализ крови, мочи, исследование мокроты).

Среди больных ХОБЛ с ГЭРБ в исследование отбирались пациенты средней степени тяжести (ОФВ₁ – от 50% до 80% от должного). Все больные получали базисную терапию ХОБЛ и обследовались в фазе ремиссии. Больным с подтвержденным диагнозом ГЭРБ, наряду с базисной терапией ХОБЛ (бронхолитики, антибиотики, муколитики, ингаляционные), проводилась консервативная терапия ГЭРБ (ингибитор протонной помпы (ИПП), прокинетики, антациды).

При статистической обработке использовались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различия между группами (Статистика 6.0 for Windows). Достоверными данными считались при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди больных ХОБЛ, включенных в исследование, преобладали пациенты с полиморбидной патологией. Наиболее часто ХОБЛ сочеталось с ИБС и гипертонической болезнью. У лиц с ГЭРБ и ХОБЛ в 64% случаев имелась ИБС, в 76% - гипертоническая болезнь. У обследованных пациентов без ГЭРБ, ИБС имелась в 42% случаев, гипертоническая болезнь - у 23% больных. Длительность заболевания в среднем составила у лиц без ГЭРБ $9,3 \pm 4,7$, а у больных ХОБЛ с сопутствующим ГЭРБ $8,5 \pm 5,3$.

Характеристика больных, вовлеченных в исследование, представлена табл. 1.

Таблица 1. Характеристика больных исследуемых групп

Показатель	I группа (n=43)	II группа (n=45)	P
Возраст	$5,5 \pm 9,8$	$54,2 \pm 10,5$	N
Пол. м/ж	36/7	32/13	N
Наличие сопутствующих болезней, n(%): ИБС, гипертоническая болезнь	18(42) 10(23)	29(64) 34(76)	
Курящие и некурящие	38	35	
Стаж курения, пачек/лет	$32,4 \pm 9,8$	$31,2 \pm 15,1$	N
Продолжительность заболевания, лет	$9,3 \pm 4,7$	$8,5 \pm 5,3$	N

Примечание: N – различия статистически не значимы

При госпитализации у всех исследуемых пациентов были выражены основные клинические симптомы обострения заболевания: одышка, кашель, экспекторация мокроты. Лечение амброксолом начинали с первого дня поступления в стационар. Клиническую эффективность оценивали в сравниваемых группах через 10 дней. По сравнению с исходными данными достоверно уменьшились клинические и функциональные проявления ХОБЛ. Оценка эффективности проводимой терапии проводилась по 4-балльной шкале врачом и пациентом, результаты не имели достоверных различий ($p < 0,05$). Клинические результаты лечения приведены в табл. 2.

Таблица 2. Эффективность применения препарата амброксол в сравниваемых группах

Клинические симптомы	I группа (n=43)		II группа (n=45)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Кашель	$2,43 \pm 0,14^{**}$	$1,31 \pm 0,05^*$	$2,49 \pm 0,13$	$1,15 \pm 0,07^{**}$
Одышка	$3,36 \pm 0,19$	$2,85 \pm 0,15^*$	$3,25 \pm 0,17$	$1,17 \pm 0,15^{**}$
Хрипы	$2,42 \pm 0,15$	$1,27 \pm 0,22^*$	$2,47 \pm 0,16$	$1,23 \pm 0,24^*$
Выделения мокроты	$1,42 \pm 0,18$	$0,89 \pm 0,10^*$	$2,62 \pm 0,20$	$1,14 \pm 0,14^{**}$
Индекс Тиффно	$42,3 \pm 10,2$	$53,3 \pm 8,0$	$41,4 \pm 11,2$	$57,3 \pm 11,2^*$
ОФВ ₁ /мин	$43,2 \pm 14,3$	$1,42 \pm 8,2$	$42,0 \pm 13,5$	$52,3 \pm 10,1^*$
С-реактивный белок	$7,2 \pm 2,1$	$5,8 \pm 1,1$	$8,4 \pm 0,7$	$3,8 \pm 0,7^{**}$

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения и после лечения, ** - $p < 0,05$ по сравнению с данными после лечения в исследуемых группах

И в первой, и во второй группе уменьшилась интенсивность кашля, выделение мокроты, одышки, однако в группе больных с ГЭРБ указанные симптомы статистически значимо отличались в позитивную сторону от пациентов без сопутствующей ГЭРБ. Более значимо на фоне проводимой терапии снижался уровень С-реактивного белка именно в группе пациентов, страдающих ГЭРБ. Проводимая терапия амброксолом оказывала антиоксидантный эффект в обеих группах пациентов, но показатели уровня МОБ достоверно были меньше у лиц с ХОБЛ, страдающих ГЭРБ, чем у пациентов без него. В результате терапии с применением препарата муколитика и антиоксиданта амброксола в обеих исследуемых группах наблюдалось улучшение показателей спирометрии (ОФВ₁ и индекса Тиффно), сатурации, более выраженное у лиц с ГЭРБ. Но статистически значимых различий спирометрических показателей и данных сатурации в сравниваемых группах на 10 день лечения выявлено не было. У пациентов с ХОБЛ с ГЭРБ и без него к 10 дню

лечения достоверно уменьшалось количество аускультативных феноменов, типичных для тяжелого бронхообструктивного синдрома. Значимых различий в интенсивности и количестве хрипов в сравниваемых группах на 10 день лечения обострения не наблюдалось. Таким образом, препарат амброксол был более эффективен у больных ХОБЛ с ГЭРБ. Учитывая, что антиоксидантный эффект этого препарата был более значимым именно у этой группы пациентов, можно предположить, что нормализация клинко-функциональных показателей обусловлена снижением интенсивности оксидативных нарушений, особенно выраженных при сочетании ХОБЛ и ГЭРБ.

Выводы. Обострение ХОБЛ характеризуется интенсификацией оксидативного стресса. У больных ХОБЛ с ГЭРБ оксидативные нарушения особенно выражены. Применение амброксола в комплексном лечении больных ХОБЛ с ГЭРБ способствует улучшению клинко-функциональных показателей и способствует нормализации процессов ЖКТ.

Литература

1. Железнякова Н.М. Хронический панкреатит и хроническая обструктивная болезнь лёгких: клинические аспекты коморбидности/ Н.М. Железнякова, Т.М. Пасиешвили //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2016. №6(130). С-28-32.
2. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания / Ч.Г. Чучалин //Терапевтический архив.-2013. №8. С-43-48.
3. Бордин Д.С. Патогенетические основы развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагностика и лечение / Д.С. Бордин, С.В. Колбасников //Вестник семейной медицины. -2013. №1. С-30-34.
4. BecherA, DentJ. Systematicreview: Ageingandgastro-oesophagealrefluxdisease symptoms, oesophageal function and reflux oesophagitis. Aliment Pharmacology Therapy. 2013;33 (4):442-454.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Али-Заде С.Г.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра внутренних болезней №3 и Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
Республики Таджикистан

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника или ВЗК - актуальная проблема современной клинической медицины. Как отдельная нозологическая единица язвенный колит был выделен в 1888 году Уайтом, а на XIII съезде Российских хирургов в 1913 году термин «неспецифический язвенный колит» был предложен А.С. Казаченко. Неспецифический язвенный колит (НЯК) – ЯК–хроническое рецидивирующее заболевание, при котором воспаление имеет диффузный характер и локализуется поверхностно, только в пределах слизистой оболочки толстой кишки [1, 2]

Параллельно с иммунологической гипотезой язвенного колита представляет интерес анализ роли микробиоты, антимикробных пептидов, микро РНК в развитии аутоиммунного воспаления. Концепция роли микробиоты – совокупности микроорганизмов, как обязательной составляющей нормальной жизнедеятельности человека, является новым и перспективным направлением раскрытия патогенеза язвенного колита. Лечение язвенного колита широко обсуждается в литературе и охватывает диетотерапию, психологическую коррекцию, медикаментозную терапию и, по показаниям, хирургическое лечение. В «Клинических рекомендациях по диагностике и лечению язвенного колита» 2017 определены препараты поддержания ремиссии в зависимости от расположения поражения и тяжести атаки [1-3]. Базовая терапия ЯК, как правило, начинается с применения препаратов 5-аминосалициловой кислоты, кортикостероидов, тиопуринов [2, 3].

Европейские согласованные рекомендации ставят биологические препараты в качестве лечения язвенного колита как препараты третьей линии после отказа от 5-аминосалициловой кислоты, кортикостероидов, тиопуринов, что подчеркивает эффективность и благоприятный профиль безопасности 5-аминосалициловой кислоты. Длительное применение кортикостероидов и тиопуринов связано с потенциально серьезными побочными эффектами [3,4].

Актуальна разработка организационных аспектов ведения пациентов, в том числен организация региональных и городских центров ВЗК (объединение специалистов и ресурсов здравоохранения на базе лечебно–профилактических учреждений, имеющих специалистов, знакомых с тематикой ВЗК). Только коллегиальный подход через мультидисциплинарную линзу позволит на ранних сроках разработать индивидуальную рабочую стратегию лечения, модифицировать течение болезни и улучшить качество жизни пациентов [5, 6].

Цель исследования: изучить особенности патогенеза, больных язвенным колитом и улучшить результаты лечения путём внедрения в практику современных препаратов с минимальным побочным эффектом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было обследовано 84 больных с диагнозом язвенный колит (НЯК) в ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан». Описательное исследование двух групп пациентов: в 1-ю группу входили 48 (57,1 %) – пациенты с хроническим непрерывным течением ЯК (отсутствием более чем 6-ти месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии) - быстро прогрессирующий ЯК (БП ЯК) и во 2-ю группу входили 36 (82,3%) пациенты с прогностически более благоприятным медленно прогрессирующим течением ЯК (МП ЯК). Возраст больных составил 34–65 лет. Медиана возраст- 49,5 год.

Больные первой группы (100 %) на фоне базисной терапии получали Салофальк и пентаса, которые используются при местной терапии в свечах и микроклизмах: свечи — 250–500 мг один-два раза в сут., микроклизмы — 2–4 мг один раз в сут. Местная терапия проводится в течение 14–28 дней, при необходимости возможно назначение повторных курсов местной терапии. В группу сравнения вошло 36 (82,3%) больных с медленно прогрессирующим течением ЯК (МП ЯК), которые были включены в научную работу, которые получили месалазин в дозе от 20 до 50 мг/кг/сут., максимальная суточная доза — 4 г/сут. в течение трех месяцев. Препарат представляет собой таблетки, покрытые оболочкой, устойчивой к действию желудочного сока. Всем больным были проведено общеклинические

методы исследования, ИМТ, проведен мониторинг типичных признаков язвенного колита, показателей качества жизни, иммунограммы, показателей колоноскопии и психологического состояния.

Результаты исследования. После проведения методов исследования и курса лечения, у всех пациентов контрольной группы 48 (100%) повторно проведен мониторинг типичных признаков язвенного колита, показателей качества жизни, иммунограммы, показателей колоноскопии и психологического состояния через 1 – 1,5 месяца от начала реализации лечения и повторно через 6 и 12 месяцев (рисунок 1).

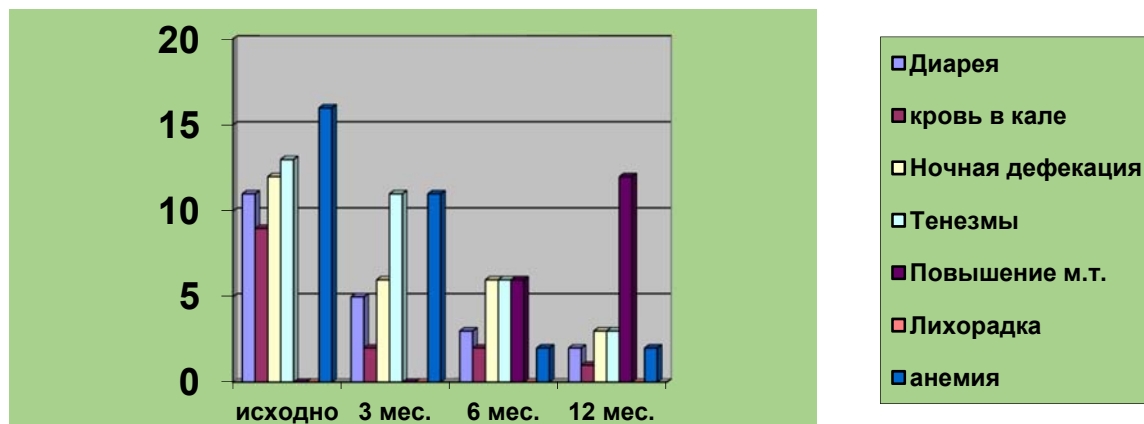


Рисунок 1. - Динамика типичных признаков ЯК у пациентов, включенных в программу комплексной реабилитации

Как видно, в течение первых 2 месяцев реабилитации было зарегистрировано значимое улучшение большинства клинических характеристик ЯК: в два раза снизилась частота ночных дефекаций и синдрома диареи. Только у 2 (22,2%) пациентов из 9 периодически регистрировалась кровь в кале. Во всех случаях у пациентов отсутствовала лихорадка. Отмечена тенденция к снижению синдрома анемии. Положительная динамика клинической картины ЯК в дальнейшем сохранялась.

Начиная с 4 месяца, у больных регистрировалась тенденция к повышению индекса массы тела (ИМТ) у 38 (81,2%). Динамика средних показателей ИМТ на этапах наблюдения составила $17,2 \pm 0,9$ – $18,1 \pm 0,8$ – $19,9 \pm 1,1$ – $22,9 \pm 0,9$ кг/м². Повышение ИМТ связывалась пациентами с улучшением общего состояния, повышением аппетита и возможности расширения диеты.

Еще один важный критерий эффективности программы реабилитации пациентов – коррекция анемии. Исходно при включении пациентов в группу наблюдения анемия зарегистрирована в 16 случаях со средним уровнем показателя эритроцитов у женщин $2,9 \times 10^{12}$ при уровне гемоглобина 98 г/л и у мужчин – $3,0 \times 10^{12}$ при уровне гемоглобина 114 г/л. Положительная динамика показателей зарегистрирована во всех случаях и была более значима у мужчин, за исключением динамики МСНС – средней концентрации гемоглобина в эритроците, которая превалировала у женщин.

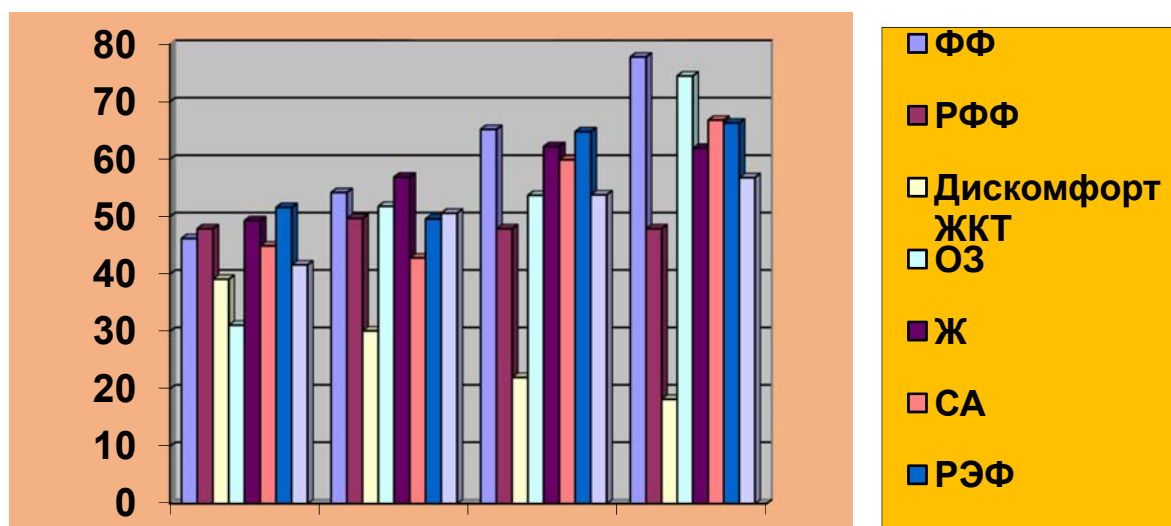


Рисунок 2. - Эффективность реабилитации пациентов ЯК при включении в терапию месалазина и динамика качества жизни

Примечание: ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

В обеих группах пациенты отметили положительный эффект реализации лечебной программы

Выводы. Сделано заключение, что препарат месалазин обладает доказанным минимальным побочным эффектом и подключался к терапии амбулаторных пациентов в период стойкой ремиссии или минимальной активности заболевания. Это дало положительное влияние на качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Неганова О.А. Применение ронколейкина в комплексном лечении панкреонекроза на примере клинического случая / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Ю.С. Русских, Р.Ф. Газимзянова // Терапевт. – 2020. – № 5. – С. 51-56.
2. Неганова О.А. Язвенный колит и болезнь Крона. Ведущие аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. Монография / С.Н. Стяжкина, Т.Е. Чернышова, О.А. Неганова, Г.В. Медведев // LAP Lambert. Берлин. – Academic Publishing RU. – 2020.
3. Evaluation of interleukin 23 (IL-23) as a non-invasive test of disease severity in patients with ulcerative colitis / T. Youssef, [et al.] // Arab Journal of Gastroenterology. – 2018.
4. Porous Polymeric Microparticles as an Oral Drug Platform for Effective Ulcerative Colitis Treatment / X. Zhou, [et al.] // Journal of Pharmaceutical Sciences. – 2019. – №108. – PP. 223-224
5. Beattie RM and others, Endoscopic assessment of colonic response to corticosteroids in children with ulcerative colitis/ // Pediatr Gastroenterol Nutr. 1996.- № 22.- P. 373-379.
6. Truelove S. C., Witts L. J. Cortisone in ulcerative colitis: final report on therapeutic trial//Br Med J. -1987. - № 295. - P. 517-519.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Расулов У.Р.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

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

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) представляет собой диффузное неспецифическое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, которое постоянно поражает слизистую оболочку проксимального отдела толстой кишки и часто образует эрозии и/или язвы [1]. Дебют ЯК, как правило, чаще наблюдается в трудоспособном возрасте человека – 20-40 лет, при этом второй пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет [2]. Так как на сегодняшний день нет полного лечения от воспалительных заболеваний кишечника, медикаментозная терапия остается основным методом достижения и поддержания ремиссии [3].

Все больше появляется данные о том, что витамин D играет важную роль регулятора врожденной и адаптивной иммунной системы [2]. Распространенность дефицита витамина D у пациентов с ЯК выше, чем в популяции [4], при этом до сих пор неясно, оказывает ли компенсация гиповитаминоза D положительное влияние на течение заболевания. В ретроспективном исследовании у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника была обнаружена обратная связь между уровнями витамина D и инфильтрацией кишечника [3]. В другой работе подчеркнуто, что нормализация витамина D привела к снижению уровня С-реактивного белка (СРБ) у пациентов с ЯК [4].

По данным ряда авторов, частота случаев патологии костно-суставной системы у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) составляет от 16,5% случаев до 40% случаев [1, 2].

Одним из внекишечных системных проявлений язвенного колита является развитие остеопороза, остеопенического синдрома. Данные патологии считаются следствием метаболических расстройств, не обусловленных активностью процесса. При развитии остеопороза наблюдается уменьшение минеральной плотности кости, изменения со стороны её микроархитектоники, в результате чего возрастает риск возникновения переломов костей [4]. При остеопении данные изменения являются менее выраженными. Частота развития указанных патологий при ЯК составляет до 37% случаев [1, 3].

Таким образом, дефицит витамина D может играть роль в развитии ЯК и его тяжести. Другие исследования, однако, приняли противоположную точку зрения на взаимосвязь [2] между витамином D и ЯК и оставили неразрешенным противоречие для пациентов с ЯК [4]. В результате воспалительного поражения кишечника при ЯК нарушается всасывание витамина D. В клетках слизистой оболочки кишечника витамин D стимулирует синтез кальций-связывающего белка кальбиндина, необходимого для активного транспорта кальция. Действие паратиреоидного гормона (ПТГ), проявляющееся усилением абсорбции кальция, полностью осуществляется через его стимулирующий эффект на продукцию кальцитриола почками. В отсутствии витамина D способно абсорбироваться только 10-15 % кальция, поступающего с пищей, в то время как достаточное потребление этого вещества усиливает всасывание кальция до 30-40 % [2, 4].

В связи с этим, актуальными остаются вопросы по изучению взаимосвязи между уровнем содержания витамина D и тяжестью течения ЯК.

Цель исследования: изучить особенности нарушений минерализации костной ткани у больных язвенным колитом и улучшить результаты лечения с учётом выявленных нарушений.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 32 больных с установленным диагнозом «язвенный колит», находящиеся на стационарном лечении в ГУ Институте гастроэнтерологии Республики Таджикистан. Возраст больных составил 25-55 лет. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от тактики лечения. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту обследованным больным.

Критериями включения пациентов в основную группу являются:

1. Подтверждённый диагноз язвенного колита.
2. Пациенты с хроническим течением заболевания, стаж болезни более 5-лет.
3. Добровольное согласие больного на обследование.

Лабораторные методы: клинические и биохимические анализы крови и мочи, также были исследования уровня содержания витамина D и кальция в сыворотке крови, маркеров воспаления (С-реактивный белок)

Специальные методы исследования: эндоскопическое исследование (колоноскопия и ректороманоскопия), УЗИ брюшной полости. Определение минеральной плотности костной ткани с помощью денситометрического исследования.

Результаты исследования. Лабораторные и клинические маркеры воспалительной реакции и недостаточности содержания уровня витамина Д позволяют прогнозировать состояние пациентов, определить степень тяжести заболевания и назначить своевременную корректирующую терапию. У 29 пациентов включенных в исследование, было выявлено дефицит витамина Д по данным биохимического анализа крови в первой группе ($8 \pm 2,5$), во 2-ой группе (31 ± 8). Уровень витамина Д крови было значительно ниже у больных 1-й группы в возрасте старше 40 лет, что отрицательно коррелировало с тяжестью язвенным колитом. По результатам денситометрии у всех больных 100% основной группы было отмечено снижение показателя Т-индекса по сравнению больных контрольной группы. Остеопороз по результатам денситометрии было отмечено у 28 (87,5%) больных (Т-индекс $2.5 \text{ SD} \pm 4.0$), остеопения (Т-индекс $1.0-2.4 \text{ SD}$) у 32 (100%) пациентов.

Вывод. Исследование уровня содержания витамина Д у больных с язвенным колитом можно использовать для организации и оптимизации мер профилактики развития у них остеопенического синдрома.

Список литературы

1. Абдулхаков С.Р. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению / С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков // Вестник современной клинической медицины. - 2009. - Т.2. - С. 32-41.
2. Арямкина О.Л. Коморбидность и экстракишечные проявления при воспалительных заболеваниях кишечника / О.Л. Арямкина, А.А. Демьяненко // Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции: Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на севере. Медицинский институт Сургут, -2018. - С. 112-116.
3. Бикбавова Г.Р. Неинвазивные методы диагностики язвенного колита / Г.Р. Бикбавова, В.А. Ахмедов, Д.Г. Новикова, А.Н. Подсохин, С.Н. Подсохин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2020. - №8 (180). - С. 114-121.
4. Evaluation of interleukin 23 (IL-23) as a non-invasive test of disease severity in patients with ulcerative colitis / T. Youssef, [et al.] // Arab Journal of Gastroenterology. - 2018.

Рахимов К.Д., Абуова Ж.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА КОРНЯ СОЛОДКИ

Кафедра клинической фармакологии Казахского медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, Министерства здравоохранения Республики Казахстан: 050010, Казахстан, ул. Толе би, 94

Актуальность.

Лечебные использования натуральных растительных продуктов для лечения многочисленных заболеваний укоренилась на протяжении тысячелетий, задолго до развития современной медицины с использованием синтетических лекарств и антиоксидантов. Исследователи и промышленность сосредоточили свое внимание на антиоксидантной способности натуральных продуктов, уделяя особое внимание тем продуктам, которые потенциально потребляются населением. Такие термины, как окислительный стресс, антиоксидантные продукты или прооксидантные риски, становятся привычными, а публикация тысяч научных статей указывает на растущий интерес [1].

Rahal et al., 2014 отмечает что, в нормальных физиологических условиях окислители и антиоксидантная защита находятся в равновесии.

Выявленные флавоноиды относятся к разным классам, в том числе флаваноны, флавоны, флаванолы, халконы, изофлаваны, изофлавыны, изофлавоны, и изофлаваноны. Основными флавоноидами являются гликозиды ликвиритигенин (4',7-дигидроксифлаванон) и изоликвиригенин (2',4,4'-тригидроксиалкон), такие как ликвиритин, изоликвиригенин, апиозид ликвиритина и ликуразид [2].

Rackova et al., 2007 утверждает вероятность оказание действие фенольных содержания за антиоксидантную активность. Varsha и Sonam (2013) приписали эту активность флавоноидам, тогда как Singh et al. (2015) сообщили, что в основном изофлавоны, такие как глабридин, гистоглабридин А, и 30-гидрокси-4-О-метилглабридин являются ответственными соединениями [3].

- Антиоксидантные механизмы антиоксидантного действия флавоноидов in vitro включают следующие процессы:
 - (1) прямое удаление активной формы кислорода (АФК);
 - (2) активация антиоксидантных ферментов;
 - (3) активация металлхелатирующей активности;
 - (4) повышение уровня α -токоферилового радикала;
 - (5) смягчение окислительного стресса, вызванного оксидом азота;
 - (6) повышение антиоксидантных свойств низкомолекулярных антиоксидантов и т.д. [4].

Дисбаланс уровней активной формы кислорода идентифицируется как окислительный стресс. Изучена взаимосвязь антимутагенной активности и общего содержания фенолов экстрактов 31 вида растений с высокой антиоксидантной активностью. Результаты показывают, что исследование антиоксидантной активности и количества антиоксидантных соединений в растительных экстрактах может быть жизнеспособным вариантом поиска антимутагенных соединений в растениях [5].

Цель исследования. Выявление связи противоопухолевой и антиоксидантной активности экстракта корня солодки.

Материал и методы исследования. Мы исследовали корни солодки уральской – натриевая соль 1,2,3-кето-18-дегидроглицирретовой кислоты.

Глицирретовая кислота содержится в солодковом корне. В Казахстане распространены и продуктивны солодки голая (*Glycyrrhiza glabra* L.) и уральская (*G. uralensis* Fisch). Сырьевые запасы солодки в Казахстане весьма богаты.

По своей химической структуре глицирретовая кислота является пентациклической оксикетотритерпеновой кислотой ряда амирина. Соединения обладают противовоспалительными, антиоксидантами, противоопухолевыми и другими свойствами.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенных нами исследований позволяют заключить, что решающую роль в проявлении противоопухолевой активности производных глицирретовой кислоты играет наличие второй сопряженной карбонильной группы. Высокий противоопухолевой эффект в условиях эксперимента выявлен у препарата «ГК». При разработке оптимального режима применения препарата «ГК» установлено, что 5-10-кратное внутривенное введение приводит к значимо большему противоопухолевому эффекту, чем одно-, двух-, трехкратное. Наибольшая активность достигается в пределах доз 3-4 МПД с интервалом в 24-48 часов между инъекциями (до 70-90% торможения роста вышеуказанных опухолей, $p < 0,01-0,001$). При интервале в 72 часа между инъекциями эффективность соединения снижалась до 55%. Нами впервые были предприняты исследования препарата «ГК» на органных культурах опухолей человека различной локализации и чувствительности: рак полости рта (плоскоклеточный), аденокарцинома желудка, аденокарцинома легких, тератобластома яичника и рак мочевого пузыря. При этом препарат проявил некоторую активность в отношении аденокарциномы желудка и аденокарциномы легких, остальные опухолевые локализации оказались резистентными к препарату «ГК». Препарат полностью агглютинирует опухолевые клетки асцитных опухолей Эрлиха (исследование агглютинации с асцитными опухолевыми клетками проводили в разных концентрациях препарата «ГК» - 1.5; 2.0; 3.0%) [1].

В МПД при внутрибрюшинном введении крысам и мышам достоверно ингибировал рост ЛСП, КСУ, С180, С37, альвеолярный слизистый рак печени РС, рака молочной железы РМК1 (77-90%, $P < 0,05$). (МПД крысам – ежедневно в течение 10 дней внутрибрюшинно – 100 мг/кг, мышам 80 мг/кг). Эти результаты получены и изучены нами впервые. Данный препарат под шифром «ГК» прошел предклиническое изучение [1].

Выводы.

Таким образом, из изученных производных глицирретовой кислоты выраженное противоопухолевое действие проявляет натриевая соль 1,2-3-кето-18-дегидроглицирретовой кислоты. Это видимо, обуславливается тем, что двойные связи, входящие в группировки α и β -ненасыщенных кетонов, реагируют с биологически важными нуклеофилами. Вещество также содержит триангулярную систему, в вершинах треугольника которой находятся атомы с неподеленными парами электронов с повышенной электронной плотностью.

Предполагается что «ГК» могут оказаться эффективными средствами активации окислительно-восстановительных процессов у лекарственно резистентных опухолей. Возникновение у опухолей коллатеральной чувствительности к противоопухолевым препаратам, как правило, сопряжено с изменением ОВ процессов и обуславливается активацией ферментов цикла трикарбоновых кислот.

Перспектива нашей дальнейшей работы: использования фитопрепаратов в отдельности и с комбинацией молекулярного водорода для местного и энтерального применения с целью повышение антиоксидантной эффективности. Фармакодинамика этой активности может включать генерацию водорода (антиоксидант) микробиотой кишечника.

Изучение данного механизма является актуальным направлением как для фундаментальных исследований, так и прикладных работ.

Список литературы

1. Rakhimov K.D. Research of pharmacological activity of Kazakhstan plants. Almaty, 2021 – 548 p.
2. Rizzato, G., Scalabrin, E., Radaelli, M., Capodaglio, G., & Piccolo, O. (2017). A new exploration of licorice metabolome. Food Chemistry, 221, 959–968.
3. Varsha, A. R., & Sonam, P. (2013). Phytochemical screening and determination of anti-bacterial and anti-oxidant potential of Glycyrrhiza glabra root extracts. Journal of Environmental Research and Development, 7(4A), 1552–1558.
4. Nan Shen et al. Plant flavonoids: Classification, distribution, biosynthesis, and antioxidant activity Food Chemistry. Volume 383, 30 July 2022, 132531
5. Makhafola et al. BMC Complementary and Alternative Medicine (2016) 16:490 DOI 10.1186/s12906-016-1437-x

Рахматуллоева З.Р¹., Хайдарова С.Ф¹., Рахмонова М.М².

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Репродуктивный центр ГУ ГЦЗ №12 г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Среди причин обращения в центры здоровья неосложненные инфекции мочевых путей занимают второе место после инфекции респираторного тракта, которая является одним из самых частых заболеваний женщин репродуктивного возраста. Наиболее часто встречаются бессимптомная бактериурия, острый цистит и пиелонефрит. Бессимптомная бактериурия может наблюдаться на протяжении всей беременности и способна предшествовать развитию пиелонефрита [2]. Проблемы заболеваний почек и мочевыводящих путей у беременных женщин,

рост удельного веса этой патологии среди экстрагенитальных осложнений, изменение характера микрофлоры и ее резистентности к антибактериальным препаратам ознаменовались стремительным внедрением в практику новых антибиотиков, разработкой новых технологий диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой системы. Среди женщин в целом как минимум один эпизод неосложненных инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в течение жизни переносят 50-70%. Рост числа врожденной патологии, недостаточные меры первичной и вторичной профилактики инфекций мочеполовых путей у беременных и в связи с этим неблагоприятное исходное состояние здоровья беременных женщин делают проблему еще более важной.[1,2]. Пиелонефрит является наиболее частой экстрагенитальной патологией у беременных, и в настоящее время, как в нашей стране, так и за рубежом отмечается тенденция к увеличению его частоты. Гестационный пиелонефрит встречается в среднем в 12,2-17%, достигая 33% в группе высокого риска. Острый цистит развивается у 1-3% беременных, бессимптомная бактериурия – у 2 – 13%[2,5]. Особенно настораживающим является значительный рост тяжелых форм пиелонефрита, осложненных сепсисом и инфекционно-токсическим шоком. Нередко воспалительные заболевания почек и ИМП негативно сказываются на течении родов и послеродового периода, являясь провоцирующим фактором развития послеродовых гнойно-инфекционных осложнений, в том числе и эндометрита. Процесс реализации воспалительных заболеваний мочевыделительной системы имеет свое отражение на здоровье новорожденного, приводя к развитию внутриутробного инфицирования и инфекций, специфичных для неонатального периода[4,1].

Пелонефрит – это неспецифический воспалительный процесс, в который вовлекаются интерстициальная ткань почек и чашечно–лоханочная система. Частота встречаемости данного заболевания в акушерской практике составляет, по данным различных авторов 5–12%[2].

Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, что влечет за собой нарушение концентрационной способности почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с пиелонефритом. Возбудителями пиелонефрита у беременных часто являются условно–патогенные микроорганизмы. Кишечная палочка высеивается у 36–88% беременных и вызывает склероз почечных лоханок, околопочечной клетчатки и капсулы почек. Протей (5–20%) своими ферментами расщепляет белки и мочевины с образованием аммиака и других веществ, которые повреждают клетки эпителия почек и мочеточников. Из мочи беременных высеивают также клебсиеллу, энтерококк и др. Однако чаще всего возбудителями пиелонефрита являются грамотрицательные микроорганизмы – стрептококки, стафилококки и микрококки [1,2,5]. По длительности течения воспалительного процесса пиелонефрит подразделяют на острый или хронический (рецидивирующий). Острый пиелонефрит – это острое экссудативное воспаление ткани почки и лоханки с выраженной лихорадкой, интоксикацией, болью, нарушением функции почки. С хроническим пиелонефритом отмечается прогрессирующее воспаление ткани и канальцев почек, вызывающее деструктивные изменения в чашечно–лоханочной системе и сморщивание почек. Характеризуется длительным латентным или рецидивирующим течением, которое является критическим для беременных, больных пиелонефритом. Появление или обострение пиелонефрита чаще происходит в 22–28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов [1,3,5]. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода: отмечается увеличение частоты преэклампсии, угроза прерывания, преждевременных родов, хроническая плацентарная недостаточность, задержка развития плода и хронической гипоксия, внутриутробное инфицирование и осложнённое течение периода адаптации у новорожденного. [1,3].

Цель исследования. Изучить особенности течения и лечения пиелонефрита у беременных на госпитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 36 амбулаторных карт ф№24 и индивидуальных картФ № 029 беременных женщин, в возрасте от 20 до 37 лет, с января по сентябрь месяца 2023 года, в Государственном учреждении (ГУ) Городской центр здоровья №12 (ГЦЗ №12) г. Душанбе. Беременные женщины наблюдались на протяжении всей беременности семейными врачами, акушер гинекологами и при необходимости получали консультацию уролога, по поводу пиелонефрита (острого, хронического). Все беременные были разделены на следующие группы в зависимости от триместра беременности: 1-й триместр – 13(36,1%), 2-ой триместр – 17(42,7%), 3 триместр – 6(16,6%). Всем беременным женщинам были проведены лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на креатинин и мочевины, КОЕ), УЗИ почек.

Результаты исследования и их обсуждение. В амбулаторных картах беременных с пиелонефритом выявлены клинические проявления: повышение температуры до 38°C, озноб, головные боли, боли в конечностях. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, с иррадиацией по ходу мочеточников в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный, чаще справа. При присоединении цистита отмечалось учащенное болезненное мочеиспускание, моча имела неприятный запах, также отмечалось появление отеков на нижних конечностях, повышение АД. В I-м триместре беременности был обнаружен острый пиелонефрит у 12(33,3%) беременных женщин, у 1(2,7%) хронический пиелонефрит, болезнь протекала в легкой форме, без серьезных осложнений. Во II-м триместре был обнаружен гестационный пиелонефрит у 9(25%) беременных и у 8(22,2%) женщин острый пиелонефрит. На 3-м триместре был у 4(11,1%) беременных женщин гестационный пиелонефрит и у 2 (5,5) хронический пиелонефрит. В общем анализе крови отмечал – гемоглобин -110 г/л, лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ. В общем анализе мочи отмечались – протеинурия, лейкоцитурия. КОЕ показало наличие в моче бактерий. УЗИ: увеличение очагового изменения паренхимы (со стороны чашечково- лоханочной системы). Было предписано немедикаментозное лечение: соблюдение постельного режима, диета с исключением – соленной, жареной, острой пищи, включение в состав рациона белка, витаминов, продуктов, в составе которых имеется железо. Также проводилось комплексное лечение беременных с диагнозом пиелонефрит. При лечении больных в I триместре беременности, в период органогенеза, для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применялись только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины (ампициллин), которые

подавляли рост многих грамотрицательных и грамположительных бактерий и растительные уросептики. А также назначалась фузидовая кислота, фолиевая кислота, витамины. Во II и III триместрах беременности, т.е. когда закончен органогенез плода и начинает функционировать плацента, выполняющая барьерную функцию по отношению к некоторым антибиотикам и противовоспалительным препаратам. Спектр антибактериальных лекарственных средств был расширен, природными и полусинтетическими препаратами, такими как цефалоспорины III и IV поколения, также назначали нитрофураны, ко-тримазол, препараты железа - сульфат железа. Доза лекарственных средств рассчитывалась в зависимости от суммарной функциональной способности почек в соответствии с относительной плотностью мочи. Для усиления антибактериального действия антибиотики назначались в комбинации с нитроксилином, налидиксовой кислотой, фуразидином, сульфакarbамидом. Лечение пиелонефрита беременных осуществлялось под контролем лабораторных данных. Беременные женщины находились под наблюдением семейного врача, уролога и гинеколога.

Выводы. Выявлено, что чаще у беременных отмечалась высокая температура, слабость, боли в поясничном области, болезненное мочеиспусканием с неприятным запахом. Течение заболевания легче протекало в I - м триместре беременности, нежели во 2-м и 3-м триместрах, где отмечались отеки в нижних конечностях. Таким образом, своевременно начатой и правильной рациональной фармакотерапии способствует быстрому выздоровлению, предупреждению осложнений и нормальному течению беременности.

Список литературы.

1. Журавлёв В.Н. Урологическая тактика при остром гестационном пиелонефрите. /В.Н.Журавлёв., М.А.Франк., В.И.Мирошниченко и др.// Уральский медицинский журнал. 2017;2(146):122-125. eLIBRARYID^ 284017172. Ветчинникова О.В. Инфекция мочевыводящих путей при беременности. /О.В.Ветчинникова., И.Г. Никольская., Н.В. Бычкова.// Учебное пособие. 2-е изд.М.:2016.3. Лоран О.Б., Синяков Л.А. Современная антибиотикотерапия инфекций нижних мочевых путей у женщин в схемах и таблицах. /О.Б. Лоран., Л.А. Синяков.//М.: Медицинское информационное агентство. 2016.4. Серов В.Н., Баранов И.И., Протопопова Н.В. и др. Оценка опыта применения комбинированного растительного лекарственного препарата у беременных (многоцентровое ретроспективное наблюдательное исследование). /В.Н.Серов., И.И. Баранов., Н.В. Протопопова и др. // Акуш. и гин. - 2013. - Т. 9. - С. 105-112.
5. Wing D.A., Fassett M.J., Getahun D. Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2014. - Vol. 210, N 3. - P. 219.e1-6.

Рахмонов Э. Р., Надиров И. Б., Рахматуллоев С. Д.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан

Актуальность. В 21-м веке одной из актуальных проблем мирового здравоохранения является подъём заболеваемости гемоконтактных вирусных инфекций (ВИЧ, гепатит С и В). По данным глобальной статистики Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в мире заражено ВИЧ 85,6 млн. человек. С начала эпидемии летальность от ВИЧ/СПИД составляет 40,4 млн. человек, из них 1,5 млн. - дети. Республика Таджикистан по уровню распространённости ВИЧ-инфекции среди стран Центральной Азии занимает предпоследнее место после Туркменистана. Однако ВИЧ-инфекция у детей в Республике Таджикистан остаётся высокой 9,7%. Доля детей в возрасте до 18 лет среди новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Узбекистане составила 11,9%, в Кыргызстане 9%. В Казахстане абсолютное число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди несовершеннолетних на начало 2022 года составило 2,84% от всех людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции перед системой здравоохранения поставлена цель достичь стратегию «95-95-95». Данная стратегия подразумевает, что к 2026 95% людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ-статус. 95% людей, знающих свой ВИЧ-статус, будут получать лечение. У 95% людей, получающих лечение при ВИЧ, в лабораторных условиях вирус не будет определяться. Достижение показателей 95-95-95 позволит ограничить развитие эпидемии до управляемых уровней и даст возможность перейти к фазе искоренения эпидемии.

Цель исследования. Изучить распространённость ВИЧ-инфекции среди детей в Республике Таджикистан за период 1991-2022 гг.

Материал и методы исследования. Проведен анализ нормативно-правовых документов Республики Таджикистан по ВИЧ/СПИД в ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом» МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. За все годы наблюдения за эпидемией ВИЧ-инфекции среди жителей страны, начиная с 1991 г., в Таджикистане выявлено 15029 случаев ВИЧ-инфекции, из них мужчины составляют 9574, женщины - 5455. Из общего количества ВИЧ-инфицированных на долю детей приходится 1465 случаев (9,7 %) (табл. №1).

Таблица №1

Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции и летальных исходов у детей в Республике Таджикистан за период 2010-2022 гг.

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	итог
Выявленные случаи	14	69	131	130	125	139	122	130	139	196	99	68	63	1465

леталь- ный ис- ход	3	6	17	13	24	20	20	27	25	11	17	13	11	209
ДЖВ	11	63	114	117	101	119	102	103	114	185	82	55	52	1256

Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных выявлено в период 2012-2019 гг. Пик приходится на 2019 г., за этот год было зарегистрировано 196 случаев ВИЧ-инфекции у детей. Рост показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей обусловлен несколькими факторами, основными из них являются: улучшение и развитие диагностики ВИЧ/СПИД, доступность населения к лабораторной помощи, усовершенствование знаний педиатров и инфекционистов о ВИЧ-инфекции. Наиболее высокая летальность у детей приходится на 2017 год (27 случаев). В период 1991-2022 гг. в Республике Таджикистан от ВИЧ-инфекции скончалось 209 детей (табл №1).

Таблица №2

Распространенность ВИЧ-инфекции среди детей по путям передачи в регионах Республики Таджикистан за 2012-2022 гг.

Регионы	Общий	В том числе		Пути передачи				Число леталь- ных ис- ходов	Всего ДЖВ (ДЖВ)
		Мужчины	Женщины	инъекционный	Половой	Неустановлен- ный	Вертикальный		
ГБАО	17	12	5	0	0	5	12	3	14
Душанбе	503	312	191	43	4	332	124	64	439
РРП	312	188	124	17	2	178	115	47	265
Хатлон	461	260	201	27	7	228	199	24	390
Согд	172	101	71	13	3	26	130	71	148
Всего:	1465	873	592	100	16	769	580	209	1256
%%:		59,6%	40,4%	6,8%	1%	52,5%	39,6%	14,3%	85,7%

Анализ таблицы показывает, что наибольшее число ВИЧ-инфицированных детей выявлено в городе Душанбе 503(34,3%). В Хатлонской области этот показатель составляет 461 (31,5). ВИЧ-инфекция среди детей в основном зарегистрирована у мальчиков 873(59,6%), а у девочек 592(40,4%). (Табл. №2)

Низкий показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в некоторых регионах обусловлен географическими факторами, а именно отдаленностью от крупных очагов ВИЧ-инфекции.

В настоящее время в Республике Таджикистан основным фактором передачи ВИЧ-инфекции среди детей остается вертикальным. Для уменьшения и искоренения вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции необходимо: улучшить уровень эпидемиологических исследований, производить своевременное тестирование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию и их лечение, соблюдать рекомендации ВОЗ по усилению мер профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Выводы. В настоящее время на территории Республики Таджикистан распространенность ВИЧ/СПИДа у детей остаётся стабильной. Инфицирование у детей 52,5%(769) случаев остается неуточнённым, вертикальным путем 39,6% (580), половым путем 1%(16), инъекционным (парентеральным) путем 6,8%(100).

Список литературы

1. Денисенко В. Б., Симованьян Э. М. Факторы, влияющие на скорость развития иммуносупрессии у детей с ВИЧ-инфекцией //Журнал инфектологии. – 2022. – Т. 14. – №. 1. – С. 118-124. 3.
2. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС «Глобальная статистика по ВИЧ» <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet> (дата обращения 17.03.2023 г.).
3. Воронин Е.Е., Латышева И.Б. Об итогах службы по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации // Уральский медицинский журнал. 2020. № 4 (187). С. 5-6. <https://doi.org/10.25694/URMJ.2020.04.35>.
4. Dirajlal-Fargo S., Sattar A., Kulkarni M., Bowman E., Funderburg N., McComsey G.A. HIV-positive youth who are perinatally infected have impaired endothelial function // AIDS. 2017. Vol. 31, No. 14. P. 1917-1924. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001556>.
5. Давлатов Х.Б. Показатели адаптации организма ВИЧ-инфицированных детей в зависимости от резистентности организма / Вохидов А.В // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. – 2019 (42). - №2. -С.42-46.

Рахмонов Ч.Э., Тошева Ш.А., Иронов О.С.

ИНКИШОФ, АЛОМАТҲОИ САРИҲ ВА ТАБОБАТИ БОТУЛИЗМ

Кафедра бемориҳои сироятии МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон.

Мухимияти мавзӯ.

Дар солҳои охир ҳолати воғирии бемории ботулизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ҳолати ногувор мебошад. Ин бемории сироятӣ проблемаи муҳим барои соҳаи тандурустӣ шудааст, аз он лихозе, ки сабабҳои асосии гирифтӣ ба ин беморӣ истеъмоли маҳсулоти консервонидашуда, хусусан боимҷон, бодиринг, сир, помидор ва дигар маҳсулотҳои сабзавотӣ мебошанд, ки дар шароити ҳона тайёр карда шудааст. Солҳои охир дар байни бемориҳои сироятӣ гирифтӣ ба бемории ботулизм зиёд шуда истодааст. Қариб дар ҳама ноҳияҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамаасола ин беморӣ, ки бисёр вақт нохуш анҷом меёбад, ба қайд гирифта мешавад. Дар адабиёти солҳои охир ҳолати

фавти беморон аз ин мариз то 30% кайд шудааст. Ботулизм бемории вазнин буда, дар натиҷаи таъсири ботулотоксин осеб ёфтани мағзи дарозрӯя ва ҳароммағз пайдо мешавад. Ботулотоксин ба таъсири турши мӯҳтавии меъда ва ферментҳои протеолитикӣ хеле устуворанд. Бо таъсири ин токсин системаҳои асаб, бештар мағзи дарозрӯя ва ҳароммағз иллатнок мешавад ва бо бартарии аломатҳои фалаҷи мушакҳои чашм ва мағзи дарозрӯя қорӣ мегардад. Ангезандаи ботулизм *Clostridium botulinum* буда, он дар муҳити беоксигенӣ инкишоф меёбад, воёи марговари он барои одам тақрибан 0,15 - 0,35 мкг аст. Ҳамаги 7 нави ангезандаи ботулизм вучуд дорад: А, В, С, D, E, F, G. Онҳо аз ҷиҳати хусусияти морфологӣ монанд мебошанд, вале сохтори антигенин захирашон гуногун аст. Барои инсон хусусан ангезандаҳои нави А, В ва Е хавфнок мебошад. Ҳангоми гарм кардан, ботулотоксин таъзия ва дар натиҷаи ҷӯшондан, зуд маҳф мешавад. Он дар муҳити ишқорӣ (рН зиёда аз 8) таъзия мегардад. Ба ботулотоксин намаки ошӣ таъсир намерасонад. Он зери таъсири формалин ба анатоксин табдил меёбад. Спораҳои ангезанда ҳангоми ҷӯшонидан то 5 соат ва дар ҳарорати 105°C то 2 соат маҳфуз хоҳанд монд. Онҳо фақат дар ҳарорати 120°C баъди 20 дақиқа маҳв мешаванд [1-5].

Мақсади кор.

Омӯзиш ва муайян намудани хусусиятҳои асосии аломатҳои сарирӣ, инкишоф, равиши беморӣ ва табобати ботулизм дар шароити ҳозира.

Мавод ва усулҳои тадқиқот.

Тадқиқот аз рӯи таҳлили натиҷаи озмоишии 35 таърихи беморӣ, бо ташҳиси ботулизм дар Беморхонаи клиникӣ шаҳрии бемориҳои сироятӣ ш. Душанбе дар солҳои 2010-2022 бистарӣ буда гузаронида шуд. Ба ҳамаи ин беморон ташҳис дар асоси нишонаҳои сарирӣ, маълумотҳои воғирӣ ва натиҷаҳои санҷиши лабораторӣ гузошта шудааст.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи онҳо.

Аз 35 нафар беморони ботулизм ворид шуда, занҳо - 25(71,5%) нафар, мардҳо - 8(22,8%) нафар ва кӯдакон - 2(5,7%) нафарро ташкил додаанд. Аз миқдори умумии сироятёфтагон сокинони шаҳр 26 (74,3%), сокинони деҳот - 9 (25,7%) нафарро дар бар мегирад. Инчунин мувофиқи синну сол аз беморони воридшуда, аз 1-10 сола - 2(5,7%), аз 10-20 сола - 6(17,2%), аз 20-30 сола - 10(28,5%), аз 30-40 сола - 8(22,8%), аз 40-50 сола - 5(14,3%) ва аз 50 сола зиёд - 4(11,5%) нафар буданд.

Аз собиқаи воғирии ин беморон маълум шуд, ки ҳамаи онҳо баъди истеъмоли консервҳои сабзавотӣ, хусусан боимчон, бодиринг, сир, помидор, қаламфур, ки бо ӯға сироятнок шударо дар ҳона тайёр карда шуда будаанд ба ин касалӣ гирифта шудаанд. Давраи ниҳонии беморӣ аз 1 то 5 рӯзро ташкил додааст ва аз миқдори сироятёфтагон 4 - нафар дар 1 рӯз, 8 нафар дар 2-юм, 11 - нафар дар 3-юм, 10 - нафар дар 4-ум ва 2 - нафари дигар баъди 5-ум рӯзи маризӣ ворид шуданд. Оғози беморӣ дар аксари беморон (91,4%) шадид буда, беморӣ аз дард дар мавқеи меъда, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ ва исҳол оғоз шудааст. Ҳарорати бадан дар вақти бистарӣ минорӣ буд. Беморон бештар бо аломатҳои офталмоплегикӣ (дубинӣ) 33(100%) нафар, инчунин аз торикии пеши чашмон, фалаҷи пилки чашмон (птоз), 23 (65,7%), анизокория 24 (68,5%), мидриазм 22(62,8%) ворид шудаанд.

Аз аломатҳои фагоназоглосоневрологӣ дар ҳамаи беморон хушкӣ даҳон ва ташнагӣ дида мешуд. Овози паст дар 18 (51,4%) бемор, афония дар 5 (14,3%), аломатҳои вайроншавии фаъолияти роҳҳои нафас, аз он ҷумла фишори қаваси сина дар 7 нафар (20%), нафастангӣ дар 17 нафар (48,6%) ба мушоҳида мерасид. Бо аломатҳои кори дилу рағҳо: рангпаридагии пӯст дар ҳамаи беморон мушоҳида мешуд, тез қор кардани дил (тахикардия) дар 26 (74,3%), акросианоз дар 8 (22,8%). Аз шумораи умумии беморон 2 (5,7%) нафар аз сабаби носомонӣ ва қатъи нафас ва носомонии вазонии системаи дилу рағҳо фавтиданд.

Барои табобати ботулизм аввалиндараҷа бояд ботулотоксини дар хуни беморбударо безарар намудан ба ҳама беморон зардобаи зидди ботулизм нави А, В, Е, бо усули Безредко гузаронида шуд. Ба миқдори 10 ҳазор МЕ воёи зардобаи «А» ва «Е» ва воёи зардобаи «В» 5 ҳазор МЕ дохили мушак раво карда шуд. Воёҳои минбаъдаро вобаста ба дараҷаи вазнинии беморӣ ва рафти аломатҳои касалӣ муқаррар намудем. Барои маҳв намудани шаклҳои вегетативии бактерияи ботулизм антибиотикҳои сипрофлораксин ва тетрациклин бо меъёри муқаррарӣ муддати 10 рӯз таъин карда шудаанд. Ҳамчунин барои табобат маҳлулҳои кристаллоидҳо ва коллоидҳо, доруҳои пешоброн, доруҳои дил, витаминҳо дохили варидӣ ва мушакҳо таъин гаштанд. Ба 3(8,5%) бемор бо носомонии нафаскашӣ ва ҳипоксия барои барқарор сохтани нафаскашӣ ва рафъ намудани гипоксия бо аппарати ИВЛ нафасгирии сунӣ гузаронида шуд.

Хулоса.

Натиҷаҳои тадқиқоти мо нишон додаанд, ки бемороне, ки бо ботулизм дар беморхона бистарӣ гаштаанд бештарашон 29(82,8%) аз шаҳри Душанбе буданд. Гирифта шудагони ин беморӣ, аз истеъмол кардани консервҳои дар ҳона тайёр кардашуда сироят шудаанд, ки қоидаҳои гигиению - беҳдошти роёи накардаанд. Беморӣ бо аломатҳои сарирӣ, яъне торикшавии пеши чашмон, дубинӣ, фалаҷи пилки чашмон, хушкӣ даҳон, анизокория, мидриаз, афония қараён мегирифт.

Аз ин лиҳоз барои пешгирии ботулизм қоидаҳои тайёр кардани консерва дар ҳона, (безаргардонӣ дар ҳарорати муайян), нигоҳдории он, қатъиян роёи кардан лозим аст, консервҳои сарпӯшашон дамида ё зангзадаро истеъмол кардан қатъиян манъ аст. Пеш аз истеъмоли чунин маҳсулот, онҳоро дар муддати 15 дақиқа ҷӯшонидан, ба пурра безарар шудани ботулотоксин имконият медиҳад.

Адабиёт.

1. Алиев О.З., Азимов Г.Ч. Беҳдошти ғизо. -Душанбе. -2008. -С. 463.
2. Бургасов П.Н. Руководство по вакцинальному и сывороточному делу. -Москва. -1978. -С. 283 – 308.
3. Голикова С.Н. Неотложная помощь при острых отравлениях. -Москва. - 1977. -С.231 – 232.
4. Рахманов Э.Р. Бемориҳои сироятӣ. -Душанбе. -2017. -С. 234 - 246.
5. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.. Бемориҳои сироятӣ ва воғирӣ. Москва «ГЭОТАР. – Медицина». -2008. -С.541 – 549.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ВЫЯВЛЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ (МЕДИЦИНСКИХ И НЕ МЕДИЦИНСКИХ)

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

Актуальность. Ситуация по туберкулёзу (ТБ) в Республике Таджикистан остаётся напряжённой несмотря на постепенное снижение заболеваемости. Ежегодно, выявляются 4,5-5000 больных, в 2021г. было выявлено 4299 новых случаев ТБ, из них 10-12% составляют дети. Согласно глобальному отчёту ВОЗ по ТБ, в Таджикистане долгие годы отмечался самый высокий оценочный уровень заболеваемости ТБ как среди Центрально-Азиатских республик, так и Европы. В 2010 году было зарегистрировано 206 случаев на 100 000 населения, а начиная 2011 года в последующие годы отмечалась явная тенденция к снижению: в 2011 году – 193, в 2014 – 91,0, в 2017 году - 85,0 и в 2019 - 83,0, в 2021-40,6, в 2022-39,7 на 100 000 населения [1]. Как известно, пик заболеваемости ТБ падает на лиц молодого возраста к числу которых относятся и студент ВУЗов, так как большинство из них приезжие из сельских местностей, у них меняются бытовые, финансовые, климато-географические условия, большинство из них проживают на съёмной квартире, в общежитии, у родственников низкий материальный достаток, нерегулярное питание, нерациональный режим учебы и отдыха, сопутствующие заболевания, психоэмоциональные перегрузки, у многих адаптация протекает тяжелее и они часто болеют - всё это влияет на состояние здоровья студента, что является факторами риска развития ТБ у студентов. Студенты-медики посещают лечебные учреждения, где могут инфицироваться различной микробной флорой, в том числе микобактериями ТБ, это также является фактором риска развития ТБ. Не выявленный среди них больной ТБ может стать источником распространения инфекции среди всего коллектива [2]. Основная роль в контроле этой проблемы принадлежит внутрикожной пробе Манту с 2 ТЕ и по показаниям флюорографии легких с целью своевременного выявления лиц инфицированных ТБ и профилактики развития локальных форм ТБ [3]. Результаты данного исследования позволят своевременно обратить внимание врача на необходимость обследования студента на ТБ. К сожалению, приезжим студентам по месту их жительства проба Манту не проводилась даже лицам из очагов инфекции, особенно в сельской местности, контактные лица не регистрируются и члены семьи не наблюдаются как контактные [4]. Таким образом, актуальной проблемой в республике, требующей решения, является изучение инфицированности лиц молодого возраста и выявление локального туберкулеза у инфицированных лиц (студенты медицинских и немедицинских учебных заведений).

Цель исследования. Совершенствование выявления ТБ у лиц молодого возраста и выявление локального ТБ у инфицированных студентов медицинских и немедицинских учебных заведений, путем изучения инфицированности ТБ и выявлении локального ТБ среди инфицированных, причин поздней диагностики, особенностей течения и факторов риска развития туберкулезного процесса.

Материалы и методы исследования. Нами проведена туберкулинодиагностика – внутрикожная проба Манту в стандартном разведении с 2 ТЕ в 0,1 мл 480 студентам: 280 студентам ТГМУ им. Абуали ибни Сино и 200 студентам Российско-Таджикского (Славянского) университета. Результаты учитывались через 72 часа.

Результаты исследования и их обсуждение. Положительная реакция, т.е. папула более 5 мм была выявлена у 20% студентов-медиков, из них у 9,2 % гиперергическая реакция; у студентов-немедиков положительная реакция т.е. папула более 5 мм была выявлена у 44,6% из них гиперергическая реакция у 10,1%. Все инфицированные были обследованы рентгенографией органов грудной клетки, КТ и МРТ легких на предмет наличия активного локального ТБ, общий анализ крови, лабораторный анализ мокроты: GeneXpert, Хайн-тест, микроскопия мазка мокроты, посев на плотные и жидкие питательные среды. Таким образом, у обследованных студентов локальные формы ТБ не выявлено, всем инфицированным студентам назначена контролируемая химиопрофилактика под контролем медицинского персонала (медицинском пункте) учебного заведения.

Выводы. Впервые на достаточно обширном клиническом материале изучен уровень инфицирования ТБ студентов медицинского и немедицинского университетов. Доказано, что инфицированных ТБ среди студентов-медиков почти в 2 раза меньше чем у студентов не медиков (20% и 44,6% соответственно), гиперергическая реакция почти одинакова у студентов обоих ВУЗов (9,2% и 10,1%). С целью предотвращения развития локального ТБ всех инфицированных студентов необходимо обследовать и провести химиопрофилактику изониазидом в течение 3-х месяцев под контролем медицинского персонала в медицинском пункте учебного заведения. Всем студентам при поступлении в ВУЗ кроме проведения флюорографии органов дыхания рекомендуется провести туберкулинодиагностику.

Список литературы

1. WHO, Global TB Report, 2012, 2015, 2017, 2020, 2022.
2. Гуляева, Н.А. Особенности течения туберкулеза среди студентов / Гуляева Н.А., Сивцева М.В. // Успехи современного естествознания. - 2013. - №9. - С. 27-28.
3. Бородин, Г.Л. Особенности выявления и течения туберкулеза у иностранных студентов в республике Беларусь / Бородин Г.Л. // Лечебное дело. – 2019. - №2(66). - С. 5-9.
4. Бруснева, В.В. Значимые факторы и условия жизни, влияющие и формирующие состояние здоровья студенческой молодежи г. Ставрополя / Бруснева В.В., Клименко Т.В. // Мед. Вестн. Сев. Кавказа. – 2012. - №3. - С. 82-86.

Рузиев Х.Б.², Бобоходжаева М.О.¹, Хамдамова Д.О.²

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЁЖИ

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», ООО «Лукмони Хаким», Таджикистан

Актуальность. Среди наиболее волнующих, нерешенных, мало изученных проблем современной медицины можно с полной уверенностью назвать заболеваемость лиц молодого возраста [1]. Несмотря на это, именно молодежь

оказываются обделенными вниманием врачей. Еще не взрослые и уже не дети, они формально находятся под наблюдением семейных врачей, фактически не получая должного систематического наблюдения. Медико-социальные исследования показывают, что жалобы лиц молодого возраста остаются недооцененными даже их родителями [2].

По нашим данным, зачастую неврологические расстройства у молодежи возникают после вступления в брачно-семейные отношения, когда молодые люди адаптируются к характеру друг друга моменты их совместимости, психологического климата в семье, формирования чувств и межличностных отношений. В этот период в некоторых семьях проявляется диктат, образ «Я», неравномерное распределение обязанностей по дому и семейного бюджета, личных и имущественных прав и обязанностей супругов, проблемы семейных чувств, прежде всего любви и долга, и нравственных ценностей семьи [3].

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – это заболевание, проявляющееся симптомами, схожими с проявлением заболеваний различных органов, при отсутствии органических изменений в данных органах по результатам лабораторно-инструментального обследования [4]. Вегетативная нервная система участвует в регуляции работы большинства систем организма, поэтому для данной категории больных характерно многократное обращение к различным специалистам. Многие из этих пациентов буквально «ходят по кругу», поскольку при обследовании не выявляется органической патологии, что часто неправильно трактуется как отсутствие диагноза. Постоянное ощущение слабости и неблагополучия, свойственное соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы, не может не сказаться на эмоциональном состоянии больных. Рекомендации «отвлечься» или «не заикливаться на болезни» совершенно бессмысленны, поскольку изменение эмоционального состояния является отражением вегетативного дисбаланса. Выходом из круга проблем являются правильно установленный диагноз и лечение, направленное на восстановление нормального функционирования вегетативной нервной системы [5].

В Республике Таджикистан проблеме выявления «слабых» звеньев, скрытых нарушений функций органов не уделялось должного внимания, не проводились научные исследования, не верифицировались соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы и причины, их вызывающие, не было разработано алгоритма предоставления им медико-социальных услуг.

Цель исследования: организовать предоставление комплекса услуг для поддержания и восстановления здоровья молодежи за счёт сверххранной доклинической диагностики и коррекции расстройств при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы и изучить основные предикторы развития этих нарушений.

Материал и методы исследования. Материалом данного научного исследования стали 222 лиц молодого возраста (18-35 лет) вступившие в брачно-семейные отношения, которые обратились в клинику ООО «Лукмони Хаким» за 2020-2022 гг., с наличием синдрома комплекса, включающего мигреноподобные приступы головных болей, головокружения, панические атаки, потливость, нарушение ритма дыхания, тахикардии, нарушения сна, хроническая бессонница, нарушения памяти, депрессии. Всем исследуемым лицам был проведен комплекс психофизиологических тестов для оценки психофизиологического состояния: счёт по Крепелину и отсчитывание по Блейхеру — методы психологического исследования, которые используются для качественной и количественной оценки работоспособности, упражняемости и утомляемости; проведена психодиагностическая проба для исследования свойств внимания по таблице Шульте со случайно расположенными цифрами, служащие для проверки и развития быстроты нахождения этих объектов в определённом порядке; корректурная проба (тест Бурдона), когда исследуемый просматривает текст ряд за рядом и вычеркивает определённые указанные в инструкции буквы или знаки. Алгоритм этапной диагностики стрессозависимых расстройств был направлен для оценки психических реакций на сложные жизненные ситуации, соматических расстройств, невротических расстройств, психосоматических расстройств и др. Методы исследования включали также клинично-инструментальные методы, верифицирующие наличие органических изменений в различных органах. Алгоритм коррекции психофизиологического состояния включал психомышечные тренировки, обучение контролируемой саморегуляции, метаболическую коррекцию стресса (витамино-минеральный комплекс и комплекс лечебных трав нормоэнергизирующего действия), психологические консультации.

Для изучения предикторов развития соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы нами проведено анонимное анкетирование всех исследуемых молодых людей.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 222 лиц молодого возраста, охваченных данным исследованием 165 было женщин (74,3%) и 57 мужчин (25,7%). Проведенные клинично-инструментальные методы, исключили наличие каких-либо органических изменений в органах. Согласно описанному выше алгоритму этапной диагностики был выставлен диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы и проведена коррекция психофизиологического состояния согласно описанному выше алгоритму.

Для изучения предикторов развития соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы нами проведено анонимное анкетирование всех исследуемых молодых людей, которое выявило следующее:

- 29,7% проживают в одном доме до 5 человек, почти каждый второй (46,0%) проживает в семье от 5 до 7 человек, каждый пятый (20,3%) из опрошенных проживает в семье, состоящей от 8 до 10 человек и 4,1% проживают в доме, где численность проживающих - свыше 10 человек;
- Возраст начала половой жизни и вступления в брак являются одним из основных факторов, влияющих на уровень рождаемости и здоровья молодежи. Брачный возраст у наших респондентов был следующий: в возрасте 17-18 лет - 42,3%; до 20 лет- 31,5%; 21 год и старше -26,1%;
- С целью определения формирования типов семьи и укрепления семейно – брачных отношений большой практический и научный интерес представляет определение мотивов вступления в брак. Мотивы вступления респондентов в брак оказался следующим: материальный расчет – 50,5%; влияние родителей - 24,8%, любовь - 15,8%; возраст – 9,0%;
- 76,6% респондентов отметили существенное влияние на семейно-брачные отношения обычаев и традиционных установок в семье;

Выводы.

1. По данным обращаемости, после вступления молодых людей в брачно-семейные отношения соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы значительно чаще возникает у молодых женщин (74,3%), чем у мужчин.
2. Основными причинами развития неврологических расстройств у молодёжи являются несложившиеся брачно-семейные отношения, связанные с условиями проживания; ранним брачным возрастом; вступлением в брак не по любви; национальными обычаями и традиционными установками в семье.

Список литературы

1. Рамендик, Д.М. Практикум по психодиагностике: учебное пособие для ВУЗов / Д. М. Рамендик, М. Г. Рамендик. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Издательство Юрайт. - 2021. - 139 с. <https://urait.ru/bcode/470554>.
2. Духновский, С.В. Психодиагностика: учебник и практикум для вузов / С. В. Духновский. - Москва: Издательство Юрайт. - 2021. - 353 с. <https://urait.ru/bcode/477524>.
3. Бобоходжаева, М.О. Показатели качества жизни молодежи с безопасным и рискованным поведением / М.О. Бобоходжаева // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2022. - №1. - С. 17-23.
4. Крулехт, М.В. Методология и методы психолого-педагогических исследований. Практикум : учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / М. В. Крулехт. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательство Юрайт. - 2019. - 195 с. <https://biblio-online.ru/bcode/441148>.
5. Носс, И.Н. Качественные и количественные методы исследований в психологии / И. Н. Носс. - Москва: Издательство Юрайт. - 2019. - 362 с. <https://urait.ru/bcode/426255>.

Рустамова Ш. А., Вафокулова Н. Х.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, РОДИВШИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

Кафедра инфекционных болезней Самаркандского Государственного Медицинского университета, Узбекистан

Актуальность. В 2018-2020 годах количество операций кесарево сечения в Самаркандской области увеличилось на 20-100% в районах и в городе. В научной литературе имеется достаточное количество информации о влиянии различных факторов на заболеваемость детей, рожденных с помощью операции кесарево сечения, в отличие от естественных родов. У детей, родившихся после операции кесарево сечения, колонизация лактобациллами и бифидофлорой в кишечнике ребенка не возникает из-за отсутствия прямого контакта с микрофлорой матери. Нарушенный состав микрофлоры кишечника также играет большую роль в высокой заболеваемости острыми кишечными инфекциями у детей в жарком климате [1,4]. Антибиотик, назначаемый матерям и детям младенцев, родившихся после операции кесарево сечения, воздействует на условно-патогенную микрофлору кишечника [3,5]. Исследования у детей, рожденных после операции кесарево сечения, колонизация кишечника происходит не микробами матери, а персоналом и окружающей средой и в основном состоит из аэробов и факультативно-анаэробных микробов [2,4]. Тип рациона питания также играет большую роль в структуре микрофлоры кишечника новорожденного [5]. Грудное молоко не дают детям, родившимся с помощью операции кесарево сечения, своевременно, с первых минут жизни ребенка, которого кормят грудью матери, принимающие антибиотики. Это состояние также не остается без влияния на микрофлору кишечника. Среди современных антибактериальных препаратов практически невозможно найти те, которые не влияют на микрофлору пищеварительного тракта. Показано, что диарея, вызванная побочными эффектами антибиотиков в раннем детском возрасте в этот период, связана с содержанием кишечной микрофлоры у детей того же возраста [3,5]. Частота возникновения диареи, вызванной антибиотиками, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 39%, доходя в некоторых наблюдениях до 62% [1,4]. Нарушения микрофлоры кишечника в этот период часто вызываются такими препаратами, как клиндамицин, линкомицин, аминопенициллин, цефалоспорины, тетрациклин, эритромицин [2,3]. По данным некоторых авторов, при применении цефалоспоринов диарея, вызванная антибиотиками, наблюдается в 3-9% случаев, амоксициллина/клавуланата в 23-1%, других пенициллинов широкого спектра действия в 11%, эритромицина в 16% случаев, при назначении других макролидов в 8% [4] случаев.

Цель исследования: изучить эффективность применения антибиотиков у детей с острыми кишечными инфекциями, родившихся после операции кесарево сечения.

Материалы и методы исследования: в качестве материала исследования были изучены истории болезни детей, родившихся после 100 физиологических операций и 100 операций кесарево сечения в Самаркандской областной инфекционной клинической больнице в 2021 году, получавших лечение с диагнозом ОКИ.

Обсуждение и результаты исследования: дети были разделены на две группы: основную группу составили дети, родившиеся после операции кесарево сечения, а контрольную группу - дети, родившиеся физиологически. Для того чтобы достоверность полученных данных была высокой, к обследованию были привлечены дети в возрасте до 3 лет, в равных количествах для каждой группы. Дети в возрасте до 1 года в основной группе (n=40), 1-2 года (n=30), 2-3 года (n=30). Дети в контрольной группе были распределены в том же порядке. Также сравнивались продолжительность госпитализации пациентов, клиническое течение заболевания и преморбидные патологии. Также изучались сопутствующие заболевания у детей с ОКИ: аллергические заболевания (атопический дерматит, пищевая аллергия, экссудативно-катаральный диатез) 21,2% основной группы, контрольная группа 16,5%), нарушения белкового обмена (паратрофия, гипотрофия) 24,5% и 17,6%, ОРИ (9,2% -1,2%), соответственно. Бронхит (5,6% -3,2%), отит (1,1% -0,8%), бронхопневмония (8,8% -4,3%), внебольничная двухсторонняя пневмония (6,6% -4,8%), омфалит (0,8% -0%), дакриоцистит (2,2% -1,3%), конъюнктивит (1,5% -2,6%), рахит (11,2% -9,7%), перинатальная энцефалопатия (3,5% -1,9%), афтозный стоматит (1,9% -3,5%), врожденный порок сердца (0% -4,5% соответственно), микроцефалия (0% -1,1% соответственно), детский церебральный паралич (0,3% -3,2% соответственно), врожденный

вывих бедра (0,3% -9,2%), врожденное искривление шеи (0% -2,4%, соответственно), логоневроз (1,3% -2,2%, соответственно).

Дети, родившиеся после операции кесарева сечения, страдали относительно высокими показателями воспаления верхних и нижних дыхательных путей и аллергическими заболеваниями, в отличие от детей контрольной группы. Таким образом, наши исследования показали, что респираторные и аллергические заболевания у детей, рожденных путем кесарева сечения, оказались наиболее распространенной патологией в раннем возрасте. Было установлено, что дети в основной группе находились на смешанном вскармливании в 47,9% случаев, в то время как дети в контрольной группе находились на смешанном вскармливании в 44,2% случаев. В основной группе наблюдаемых пациентов легкая форма ОКИ составляет 20,5%, среднетяжелая форма – 60,2%, тяжелая форма - 19,3%. У пациентов контрольной группы легкая форма заболевания наблюдалась у 29,9%, среднетяжелая форма - у 60,6%, тяжелая форма - у 9,5%. У детей основной группы преобладала гастроэнтероколитическая форма ОКИ- (59,1%), энтероколит (29 %), гастроэнтерит (11,9%). У детей в возрасте до одного года гастроэнтероколитическая форма встречалась относительно чаще (41,1%). У детей в возрасте 2-3 лет энтероколит встречался чаще, чем в других группах (34,5%). У детей контрольной группы гастроэнтероколит и гастроэнтерит практически не отличались по количеству клинических форм. У детей контрольной группы в 48,3% случаев осложнения заболевания не наблюдались. Клиническая картина ОКИ у детей обеих групп характеризовались симптомами интоксикации (лихорадка, слабость, снижение аппетита) и диспепсическими проявлениями (рвота, диарея). Наличие аллергической и респираторной патологии у детей основной группы привело к удлинению лихорадочных дней. У детей основной группы в возрасте до 1 года наблюдались беспокойство, субфебрильная лихорадка, рвота до 3-4 раз. У пациентов основной группы в возрасте 2-3 лет наблюдались боли в животе, лихорадка, диарея. У пациентов в возрасте 2-3 лет в основной группе был диагностирован четко выраженный диарейный синдром, боли в животе, вздутие, тошнота. Были выявлены наибольшие различия в развитии и продолжительности диарейного синдрома у детей, находившихся под наблюдением. У 75,8% больных основной группы диарея наблюдалась более 6 раз в день, а у каждого третьего ребенка диарея наблюдалась более 10 раз в день. В контрольной группе, напротив, у 43,7% детей была выявлена умеренная диарея (до 5 раз в сутки) и высокая частота диареи – всего у 19,6%. У детей в возрасте до 1 года, родившихся после операции кесарева сечения, средняя продолжительность диарейного синдрома наблюдалась на 3,8 дня дольше, чем в контрольной группе. У пациентов в возрасте 2-3 лет продолжительность диареи была на 3,5 дня дольше, чем в контрольной группе (9,8 и 5,3 дня). У детей в возрасте 1-2 лет в основной группе были выявлены симптомы слабости, фебрильной лихорадки, экзикоза I и II степени. У пациентов в возрасте 2-3 лет в основной группе отмечались "водянистый стул", выраженные симптомы интоксикации (в контрольной группе – 10,3%), фебрильная лихорадка. Фебрильная лихорадка была относительно низкой в контрольной группе (36,5 и 23%). В обеих группах не наблюдалось различий в продолжительности лихорадки. В обеих группах продолжительность лихорадки составляла в среднем 3,2 дня. Нарушения водно-электролитного обмена чаще встречались у детей основной группы (44,5 и 27,8%), у пациентов основной группы с 20,3% крови в кале. В контрольной группе было выявлено 11,4% пациентов. У пациентов основной группы водянистый стул был зафиксирован у 30,7% пациентов, в контрольной группе - у 14,7% пациентов. Между группами не наблюдалось существенной разницы в тяжести и продолжительности рвоты.

У пациентов основной группы в период раннего выздоровления (4-5-го дня заболевания) у 47,8% пациентов сохранялись патологические примеси в кале (в контрольной группе - 22,2%). У пациентов основной группы лейкоциты были обнаружены в кале на 4-5-й день заболевания у 51,3% (24,5% в контрольной группе). Дисбактериоз желудочно-кишечного тракта после перенесенных заболеваний негативно сказался на течении и исходе этого заболевания. У детей основной группы отмечались нарушения микрофлоры кишечника. Бактериологический анализ показал, что бактериальные возбудители были обнаружены у 51,7% детей основной группы, а микст инфекция был зарегистрирован в 39,7% случаев. У детей контрольной группы микробы были выявлены в 27,8% случаев, а частота возникновения смешанных инфекций была относительно низкой (18,5%).

Зарегистрировано следующие микроорганизмы у обеих групп: *Enterobacter* (18,5%) *Citrobacter* (11,5%) *Klebsiella* (12,5%) *Ps. Aerogeunosa* (4,5%) *Proteus mirabilis* (5,5%), *Salmonella tiphymurium* (0,8%), *Stafilococcus aureus* (9,2%), *Shigella flexneri* (1,2%), *Salmonella tiphymurium*, *klebsiella* (0,7%) *citrobacter+ stafilococcus aureus* (3,7%), *Ps. Aerogeunosa+ stafilococcus aureus* (2,4%), *Shigella flexneri*, *Enterobacter* (0,6%), *Stafilococcus aureus + Enterobacter* (8,5%), *Proteus mirabilis+ stafilococcus aureus* (9,1%), *stafilococcus aureus+candida albicans* (2,5%). *Citrobacter+Candida albicans* (5,3%), *Enterobacter+Candida albicans* (3,5%). У пациентов основной группы относительно часто отмечались представители условно-патогенной флоры и *Sandida albicans* в виде микст-инфекции. В нашем исследовании изучено эффективность антибиотиков широкого спектра действия: гентамицин (Gm), амикацин (am), цефазолин (Cz), цефтриаксон (Sf), цефтазидим (sm), цефтриаксон сульбактам, цефепим (sm), цефепим сульбактам, тазобактам, бисептол и т.д.

Все пациенты получали лечение, основанное на рекомендациях по лечению заболеваний острых кишечных инфекций. У детей с ОКИ, родившихся после операции кесарева сечения, выявленные микробы проявляли устойчивость к 4-5 видам антибиотиков, в то время как у детей, родившихся физиологически, этот показатель составлял 1-2 антибиотика. Наше исследование чувствительности к антибактериальным препаратам при острых кишечных инфекциях показало, что микробы очень разнообразны по сравнению с антибиотиками. Это требует определения чувствительности выделенной культуры перед началом лечения детей с острыми кишечными инфекциями к антибиотикам. Из вышеизложенного можно сделать вывод, что возбудители, выделенные от детей с острыми кишечными инфекциями, родившихся после операции кесарева сечения, в то время как возбудители, выделенные от детей, родившихся с широким спектром 5-6 типов, физиологически оказались устойчивыми к 1-2 типам антибиотиков. Более высокая резистентность была отмечена амикацина, цефазолина и ко-тримоксазола, которые обычно используются при острых кишечных инфекциях. Исходя из данных вышеизложенных, мы сделали вывод о

том что при лечении ОКИ у детей рожденных после кесаревого сечения нужно применять антибиотики после определения чувствительности на антибиотик. В литературе также освещалось влияние операции кесарево сечения и применения антибактериальных препаратов в послеоперационный период влияет на микробиоценоз кишечника у новорожденных. У младенцев, рожденных путем кесарево сечения, нарушения микрофлоры кишечника возникают в результате действия антибактериальных препаратов, назначаемых матери и ребенку в раннем детстве. Положительный терапевтический эффект может быть достигнут назначением антибактериальных препаратов и комплексного лечения детям раннего возраста с ОКИ, рожденным путем кесарево сечения, с определением устойчивости к антибиотикам.

Вывод: У детей рожденных путем кесарево сечения, нарушения микрофлоры кишечника возникают в результате действия антибактериальных препаратов, назначаемых матери и ребенку в раннем детстве. Положительный терапевтический эффект может быть достигнут назначением антибактериальных препаратов и комплексного лечения детей раннего возраста с ОКИ, рожденным путем кесарево сечения, с определением устойчивости к антибиотикам.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Вафокулов С. Х., Рустамова Ш. А., Вафокулова Н. Х. «Янги туғилган чакалоқларда туғруқ усулининг ичак микробиоценозига таъсири» // Биология ва тиббиет муаммолари. Халқаро илмий журнал. 2022, №4 (137) С.42-45.
2. Rustamova Shakhlo Abduhakimovna, Zhuraev Shavkat Abdolvakhidovich, Isroilova Sohiba Buribaevna Comparative analysis of the problems of acute intestinal infections in young children in the section of years of the Samarkand region // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. ISSN: 2776-0979, Volume 3, Issue 6, Yune., 2022 PP: 1098-1105
3. Рустамова Ш.А., Вафокулова Н.Х. Сравнительный анализ проблемы острой кишечной инфекции у детей раннего возраста по годам в Самаркандской области // Тошкент тиббиет академияси ахборотномаси. № 5 2021, С. 148-152.
4. Vafakulova N.H., Rustamova S.H.A., Anvarov J.A. O'II bilan kasallangan erta yoshdagi bolalar dispanserizatsiyasi // Инфекция, иммунитет и фармакология. – 2023.- 2. –С. 56-62.
5. Рустамова Ш. А., Вафокулова Н. Х. “Самарқанд вилоятида ҳомиладор аёлларда кесарча кесиш амалиёти сабаблари ва янги туғилган чакалоқларда ичак микрофлорасига таъсири” //Biomeditsina va amaliyot jurnali 7 jild, 3 son. 29-36. Toshkent 2022-у.

Саидзода Б.И., Косимзода А.М., Гаибов Х.М.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011 – 2020 ГГ.

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют медико-социальную проблему, негативно влияют на состояние здоровья населения, являются причиной нарушения репродуктивной функции, бесплодия, имеют серьезные медицинские и психологические последствия и остаются важной проблемой в современной медицине [1, 2, 5]. По данным ВОЗ, ежегодно более миллиона мужчин и женщин заражаются ИППП [1, 3, 4]. При этом особое внимание уделяется изучению заболеваемости передающиеся половым путем, его эпидемиологии, диагностики и лечения [1 - 5].

Несмотря на ежегодное снижение заболеваемости ИППП, особенно в условиях повышенной миграции населения, проблема ИППП является чрезвычайно актуальной.

Цель исследования. Изучение анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Согдийской области 2011 – 2020 гг.

Материал и методы исследования. Анализ уровня и динамики заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем осуществлялся на основании данных государственной статистической отчетности, утвержденных Приказом директора Госстата при Президента Республики Таджикистан, от 11.11. 2013 год № 54: форма №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за период с 2011 по 2020 г.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведен анализ статистического наблюдения заболеваний, передаваемых половым путем по Согдийской области Республики Таджикистан с 2011– 2020 гг. (таблица 1).

Таблица 1. Заболеваемость ИППП в Республике Таджикистан с 2011 - 2020 гг.

№ п/п	Инфекции	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Сифилис	3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6	4,1	4,6	2,3
2	Гонококковая инфекция	7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3	2,8	2,0	1,2
3	Трихомониаз	19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6	4,1	2,9	1,6
4	Хламидийная инфекция	4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2	2,6	1,8	2,4
5	Др. ИППП	1,6	2,4	0,8	7,0	1,8	1,8	2,3	3,9	3,0	3,5
В Республики		35,8	30,5	22,6	26,1	18,7	15,9	18,0	17,5	14,3	11,0

Примечание: Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Как видно из таблицы 1. заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем по республике в 2020 год по сравнению с 2011 год снизилось в 3,2 раза. Что касается сифилиса то заболеваемость в 2020 г. составило 2,3

против 3,5 в 2008 г., т. е. снизилась в 1,5 раза. Значительно снизилась заболеваемость трихомониазом (11,9 раза) и гонококковая инфекция (5,8 раза). Следует отметить, что хламидийная инфекция за этот период снизилась в 1,9 раза (2,4 в 2020 г против 4,7 – 2011 г.).

Несмотря на то, что по Республике Таджикистан продолжается снижение случаев заболеваний ИППП, это данные не соответствует действительности.

На фоне снижения заболеваемости сифилисом по республике отдельных территориях отмечалась тенденция к росту. Динамика заболеваемости сифилисом по Согдийской области представлены в таблице 2.

Таблица 2. Заболеваемость сифилисом в Согдийской области с 2011 – 2020 гг.

№ п/п	Регион	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Согдийская область	2,7	3,0	5,7	4,8	4,3	4,3	7,2	5,1	5,0	3,5
В Республики		3,5	3,2	4,5	4,1	3,9	3,7	4,6	4,1	4,6	2,3

Примечание: Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Изучение заболеваемости по области показало, что интенсивный показатель заболеваемости сифилисом увеличивается в 1,3 раза (3,5 в 2020 г. против 2,7 – 2011 г.).

Заболеваемость гонококковой инфекцией в 2020 г. составила 1,4 против 5,4 в 2011 г., среди населения Согдийской области. Показатели заболеваемости гонококковой инфекцией представлены в таблице 3.

Таблица 3. Заболеваемость гонококковой инфекцией в Согдийской области с 2011 – 2020 гг.

№ п/п	Регион	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Согдийская область	5,4	5,2	6,4	5,9	5,3	3,7	4,1	2,6	1,7	1,4
В Республики		7,0	6,1	5,4	4,3	4,9	4,4	4,3	2,8	2,0	1,2

Примечание: Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Как видно из таблицы, интенсивный показатель заболеваемости гонококковой инфекцией в Согдийской области снизился в 3,8 раза.

В структуре заболеваемости ИППП трихомониаз занимает ведущее место. Показатели заболеваемости трихомонадной инфекцией по Согдийской области, отражены в таблице 4.

Таблица 4. Заболеваемость трихомониазом в Согдийской области с 2011 – 2020 гг.

№ п/п	Регион	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Согдийская область	34,2	30,1	10,4	8,4	4,8	5,3	4,9	4,4	2,7	1,2
В Республики		19,0	15,0	8,8	7,5	5,3	4,4	4,6	4,1	2,9	1,6

Примечание: Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Интенсивного показателя заболеваемости трихомониазом по Согдийской области с 2011 – 2020 гг. значительно снизился на 28,5 раза на 100 тыс. населения.

Заболеваемость хламидийной инфекцией в 2020 г. составила 0,8 против 2,7 в 2011 г., на 100 тыс. населения. Интенсивный показатель заболеваемости хламидийной инфекцией по области с 2011 – 2020 гг. снизился. Показатели заболеваемости хламидийной инфекцией в Согдийской области представлены в таблице 5.

Таблица 5. Заболеваемость хламидийной инфекцией в Согдийской области с 2011 – 2020 гг.

№ п/п	Регионы Республики Таджикистан	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1	Согдийская область	2,7	2,5	1,3	1,7	0,7	0,7	2,09	1,0	1,2	0,8
По республике		4,7	3,8	3,1	3,2	2,8	1,6	2,2	2,6	1,8	2,4

Примечание: Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения.

Как показывает данные таблицы 5, по Согдийской области заболеваемость хламидиозом снизилась в 3,4 раза (2,7 против 0,8).

Наблюдается снижение показателей некоторых заболеваний ИППП по области, в то же время отмечается рост заболеваемости сифилисом. Расширение сети медицинских учреждений, оказывающих помощь больным ИППП без учета случаев, не позволяет говорить об истинной стабилизации или эпидемиологическом благополучии в Согдийской области.

Выводы.

Наблюдаемые в структуре заболеваний изменения позволяют сделать вывод о нестабильности эпидемиологической ситуации по заболеваемости ИППП в Согдийской области за период с 2011 по 2020 г. Существующая система учета заболеваемости ИППП не отражает истинных эпидемиологических показателей, что требует определенных корректировок. Необходимо контролировать деятельность медицинских учреждений и частных практикующих врачей по учету больных с ИППП. Обеспечить областными приборами для своевременной диагностики и лечения ИППП.

Список литературы.

1. Ахмедов, А. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / А. Ахмедов, П.Т. Зоиров, О.И. Касымов, Б.И. Саидзод // Ж. Вестник последилового образования в сфере здравоохранения. –2021. –№1. –С. 62-68.
2. Владимирова, Е.В. Анализ распространенности ИППП в России, по данным федеральной лабораторной сети / Е.В.

- Владимирова, В.П. Ковалык, А.А. Владимиров, Ю.А. Маркова// Клиническая практика. – 2019, –№3, Т.10, – С. 35-41.
3. Потекаев, Н.Н. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Российской Федерации в 2014–2019 гг./ Н.Н. Потекаев, и соавт. // Клиническая дерматология и венерология. – 2021. –№20 (1). – С. 25-32.
 4. Гадоев, М.А Клинико-иммунологические нарушения при негонококковых уретритах / М.А. Гадоев, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2020. №1. –С. 40-44.
 5. Prosherin S.V. Monitoring the incidence STI, Dermat. – Ven., 2020, 19 (6), p. 795 – 801.

Ганиева М.Т., Саидов П.А., Исрофилов М.О.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТУННЕЛЬНЫМИ СИНДРОМАМИ

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

Актуальность. Туннельный синдром- это неврологическое заболевание, при котором ткани в карпальном канале запястья отекают и сдавливают срединный нерв. Для туннельного синдрома характерна боль в руках, особенно в кисти правой руки, вызванная долгой монотонной работой с чрезмерным изгибом запястья без отдыха и производственной гимнастики.

Цель и задачи исследования. Изучить особенности лечения больных с туннельными синдромами.

Материал и методы исследования. В 2021-2022 гг. под нашим наблюдением было 60 больных с заболеваниями периферической нервной системы, среди них 58,4% - с корешковыми синдромами (радикулиты), 10% с острыми травмами периферических нервов, 29% - с компрессионными или туннельными синдромами, 2,6% - с полиневропатиями и опухолями периферических нервов. Заслуживает внимания высокий процент больных с туннельными синдромами, что подтверждается и нашими эпидемиологическими исследованиями среди населения. Так, среди взрослого населения было выявлено 39,6% больных с неврологическими осложнениями остеохондроза, 23,4% — с признаками туннельных синдромов. Среди последних 77,6% составляли больные с синдромом запястного канала и 12,2% - с синдромом кубитального канала.

Различные псевдордикулярные болевые синдромы, обусловленные тендомиомами и эпикондилитами, наблюдались у 6,8% обследованных больных.

Среди обратившихся к врачу наиболее часто отмечались синдромы запястного (56,5%), кубитального(17,8%) и тарзального (3,8%) каналов, варианты шейной нейрососудистой компрессии (10,8%), сдавления лучевого (1,5%) и малоберцового нерва (2 %).

Другие синдромы встречались значительно реже.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая большой удельный вес компрессионных синдромов среди заболеваний нервной системы, их диагностика и лечение требуют большего внимания. В диагностике различных синдромов периферических нервов большое значение наряду с клиническим статусом имеют данные электрофизиологических исследований (хронаксия, кривая «сила-длительность», ЭМГ, скорость распространения импульса и др.). Эти исследования необходимы для выявления типичных и скрытых форм поражения нервов, а также при оценке результатов лечения.

В комплексе лечебных мероприятий при туннельных синдромах основными являются консервативные методы лечения, среди которых основным является местное периневральное введение стероидных гормонов. Другие виды лечения (медикаментозные, физиотерапевтические, ЛФК) имеют вспомогательное значение. Организация в поликлинике кабинета для проведения различных блокад и периневральных инъекций стероидных гормонов существенно повышает эффективность лечения этих больных. Надо добиться, чтобы работающий в поликлинике невропатолог мог сам проводить нужные инъекции и блокады.

Хирургическое лечение компрессионных синдромов, показано в случаях, где консервативное лечение оказывается малоэффективным или имеется уже выраженное поражение нерва. Чаще всего хирургическую декомпрессию нерва рекомендуется при синдроме запястного канала.

Выводы. Туннельный синдром проявляется болью или судорогами в кистях, онемением, дрожью, зудом, покалыванием в пальцах, запястьях или ладонях. Комплексное лечение больных с туннельными синдромами даст возможность существенно повысить трудоспособность большого контингента людей.

Список литературы.

1. Аль-Замиль М. Kh. Карпальный синдром. Клиническая неврология 2013.
2. Гильвег А.С., Парфенов В.А., Евзиков Г.Ю. Компрессионная невропатия срединного нерва у пациентов пожилого и старческого возраста: диагноз и ошибки диагностики. Клиническая геронтология 2017.
3. Голубев В.Л., Меркулова Д.М., Орлова О.Р., Данилов А.Б. «Туннельные синдромы руки», 2013 г.
4. Батхен Н. «Туннельный синдром: заболевание офисного сотрудника», 2012 г.

Ганиева М.Т., Саидов П.А., Исрофилов М.О.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

Актуальность. Ишемический инсульт одно из тяжелейших заболеваний. Более 15 млн человек ежегодно переносят инсульт. Одним из перспективных направлений повышения эффективности лечебных мероприятий при ишемическом инсульте является выявление предрасположенности пациентов к инсульту. Прогнозирование вероятного

инсульта позволит организовать превентивную терапию, что будет способствовать уменьшению числа больных с ишемическим инсультом. На сегодняшний день рассматривается множество клинических признаков для стратификации риска возникновения инсульта. Наибольшее распространение получили прогностические системы SCORE и CHADS₂, в которых используются такие показатели, как возраст, курение, уровень общего холестерина, артериальное давление и др. Мероприятия по превентивной терапии должны учитывать разнообразные заболевания и факторы риска возникновения ишемического инсульта. Возможность предотвращения инсульта обусловлена тем, что многие из факторов риска подлежат коррекции. Для решения этой задачи необходимо оценивать ряд клинических проявлений сопутствующих заболеваний и определять их прогностическую значимость.

Цель исследования и задачи исследования. Изучить совокупности признаков- предикторов ишемического инсульта для прогнозирования вероятности его возникновения.

Материал и методы исследования. Исследованы 100 больных (60 мужчины и 40 женщины) с ишемическим инсультом (средний возраст 57 ± 9 года). Диагноз ишемического инсульта основан на клинической картине, данных компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансного исследования, ультразвуковой доплерографии, а также исследования липидного профиля крови и изменений глазного дна. Нейровизуализация с использованием данных компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга, выполненная при поступлении больного в клинику, являлась основой диагноза инсульта. У больных с церебральным инсультом выявлено от 1 до 3 очагов ишемии (в среднем $2,0 \pm 1,6$ очага) диаметром от 5 до 75 мм и более (в среднем $58,6 \pm 16,4$ мм). Ишемические очаги были локализованы в правом каротидном бассейне у 30% больных, в левом каротидном бассейне — у 25%, в вертебрально-базиллярном бассейне — у 10%, сочетанное расположение очагов ишемии в разных сосудистых бассейнах выявлено у 35% больных. У 35 больных (21 мужчина и 14 женщин; средний возраст $63 \pm 17,5$ года) с подозрением на инсульт в клинической картине отмечались легкие общемозговые нарушения, а очаговая неврологическая симптоматика регрессировала в течение суток. По данным КТ головного мозга, очагов ишемии не обнаруживалось. Эти больные составили группу больных без инсульта. Большинство больных этой группы имели проявления энцефалопатии, обусловленные атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга в сочетании с артериальной гипертензией, что расценивалось как транзиторная ишемическая атака. Пациенты с инсультом и транзиторной ишемической атакой были сопоставимы по возрасту и полу. Выборка больных (от крайне тяжелого течения болезни и летального исхода до транзиторной ишемической атаки) позволяла надеяться, что в нее вошли пациенты с разной тяжестью острого нарушения мозгового кровообращения.

Результаты исследования и их обсуждение. Течение артериальной гипертензии у больных с инсультом отличалось склонностью к гипертоническим кризам. Волнообразное нестабильное течение артериальной гипертензии является одним из прогностических признаков — предвестников инсульта. Больным с угрозой возникновения инсульта показано адекватное применение медикаментов, снижающих артериальное давление (АД). Избыточный прием антигипертензивных препаратов приводит к уменьшению перфузии головного мозга при резком снижении АД на фоне атеросклероза. Тем не менее взаимосвязь между уровнем АД и риском развития сердечно-сосудистых осложнений является непрерывной, постоянной и независимой от других факторов риска. Чем выше АД, тем больше вероятность возникновения инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и поражения почек; при этом для лиц в возрасте от 40 до 70 лет каждое повышение систолического АД на 20 мм рт.ст. и диастолического АД на 10 мм рт.ст. удваивает риск сердечно-сосудистых осложнений в диапазоне от 115/75 до 185/115 мм рт.ст. Снижение диастолического АД на 5—6 мм рт.ст. уменьшает риск возникновения инсульта на 38%. Острое повышение АД у больных с сопутствующим сахарным диабетом сопровождается плазморрагиями и фибриноидным некрозом стенок артерий, резким сужением или закрытием просвета артерии, что приводит к нарушению кровотока в бассейне этих сосудов и развитию малых глубинных (лакунарных) инсультов [19, 20]. Нарушения микроциркуляции, связанные с диабетической или инфекционно-аллергической ангиопатией, могут стать непосредственной причиной острой ишемии головного мозга. Сахарный диабет встречался у трети больных с ишемическим инсультом и лишь у 12% больных без инсульта. Острое повышение АД у больных с сопутствующим сахарным диабетом сопровождается плазморрагиями и фибриноидным некрозом стенок артерий, резким сужением или закрытием просвета артерии, что приводит к нарушению кровотока в бассейне этих сосудов и развитию малых глубинных (лакунарных) инсультов [19, 20]. Нарушения микроциркуляции, связанные с диабетической или инфекционно-аллергической ангиопатией, могут стать непосредственной причиной острой ишемии головного мозга.

Вывод. Сахарный диабет и диабетическая ангиопатия являются патогенетической основой ОНМК. В случаях неблагоприятного прогноза и угрозы развития ишемического инсульта больному показана активная тактика превентивной терапии с назначением комплекса препаратов, каждый из которых предотвращает возможные нежелательные механизмы развития острого нарушения мозгового кровообращения.

Список литературы.

1. Виноградов О.И., Кулагина А.М. Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. - 2015. - 3, вып 2. - С. 40-47.
2. Ершов В.И. Острейший период ишемического инсульта: клиничко-патогенетическая характеристика, прогнозирование, вопросы оптимизации нейропротективной терапии: Автореф. дис. . . . д-ра мед. наук. М.; 2011.
3. Карманный справочник по диагностике, лечению и профилактике ишемического инсульта Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. — М.: РАЕН, 2014.
4. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. СПб.: Гиппократ; 2013.
5. Чазов Е.И. Лечение гипертонической болезни как основа профилактики инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Кафедра клинической фармакологии Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Актуальность. В последнее время в литературе сообщается о гипомагниемии, гипофосфатемии и гипокальциемии после применения β_2 -агонистов как здоровым людям, так и пациентам с астмой [5]. При острой астме также сообщается об увеличении экскреции кальция с мочой у пациентов с астмой, получавших аминофиллин внутривенно [3]. Уровни электролитов напрямую влияют на возбудимость гладких мышц дыхательных путей (ASM), влияя на состояние ионных каналов и Na^+ / K^+ насоса. Выдвигаются гипотезы, согласно которым к реактивности дыхательных путей приводит прямое влияние электролитов на сократительную способность гладких мышц бронхов, а также потенциальное усиление высвобождения медиаторов воспаления, выделяемых тучными клетками, возможно, через изменения осмолярности дыхательных путей. Гипокалиемия, гипомагниемия и гипокальциемия - хорошо известные триггеры сердечной аритмии [2, 4]. Кроме того, гипофосфатемия может усугубить дыхательную недостаточность у тяжелобольных астматиков из-за нарушения работы дыхательных мышц [5].

Цель исследования. Определение частоты нарушений электролитов (Na , K , Ca и Mg) у пациентов с астмой (хроническое стабильное и острое обострение) и их влияние на параметры функции легких, а также на оценку того, оказывают ли терапевтические средства, используемые для лечения хронической астмы, влияние на уровень электролитов. Также исследование было направлено на определение эффективности сульфата магния на клинические и спирометрические параметры у пациентов с обострением астмы.

Материалы и методы. Клиническое исследование было проспективным исследованием, в которое были включены пациенты с бронхиальной астмой, поступившие в 1 клинику ТМА в отделение пульмонологии в течение 8 месяцев с 1 декабря 2022 г. по 1 август 2023 г. Критерии исключения: (1) пациенты с одышкой в груди по причинам, отличным от бронхиальной астмы, как пациенты, страдающие острым бронхитом, (2) пациенты с заболеваниями почек, сердечными заболеваниями, злокачественными заболеваниями, гипертиреозом или гипотиреозом в анамнезе, (3) курильщики, страдающие астмой, беременные женщины, злоупотребляющие алкоголем и мочегонными средствами. Диагноз астмы был выставлен на основании истории болезни, физического осмотра и критериев Американского торакального общества: обратимость объема форсированного выдоха (ОФВ1) или пиковой скорости выдоха (ПСВ) $> 12\%$ и ≥ 200 мл, а также суточные вариации максимальной скорости выдоха $> 20\%$. Во время госпитализации от каждого пациента была получена информация о возрасте, поле, продолжительности и тяжести астмы, а также сведения о текущей лекарственной терапии, используемой для лечения астмы.

Спирометрические тесты (СТ), которые включали форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), (ОФВ1/ФЖЕЛ) и пиковую скорость выдоха (ПСВ), были выполнены для всех пациентов с использованием спирометра 2130 Vmax, SensorMedicus. Также были измерены лабораторные исследования биохимических показателей; сывороточные K , Na и Ca . Лабораторные исследования биохимических показателей – сыворотка, K , Na и Ca были измерены с помощью автоматизированного анализатора (Thermo Electron, модель Kone Lab 20i, Финляндия). Уровень магния в сыворотке измеряли с помощью фотометрического колориметрического теста на определение магния. В комплект входят реагент (RGT) и стандартный магний (STD) - 2,5 мг/дл. Расчет концентрации магния = $2,50 \times$ (поглощенный образец/абсорбированный STD (мг/дл)). Уровень магния был измерен с помощью анализатора SPEKOL 11, Германия. Нормальный уровень натрия составляет 135-145 мЭкв /л. Нормальный уровень калия в сыворотке составляет 3,5–5,5 мэкв / л. Нормальный уровень ионизированного Ca^{++} в сыворотке составляет 1,07-1,27 мг/дл. Нормальный уровень магния в сыворотке составляет 1,9-2,5 мг / дл.

Пациенты в этой работе были разделены на 2 группы по преобладающим признакам и симптомам:

1. Группа I [включает 50 больных стабильной бронхиальной астмой]. Эти пациенты были разделены по степени тяжести бронхиальной астмы на 3 группы в зависимости от симптомов, ограничения дыхания и функция легких; группа Ia включает 10 пациентов с персистирующей астмой легкой степени с ОФВ1 $\geq 80\%$, Ib группа - 19 пациентов с персистирующей астмой средней степени тяжести с ОФВ1 60-80%; в группу Ic вошли 21 пациент персистирующей астмой тяжелой степени с ОФВ1 $\leq 60\%$.

2. Группа II с острыми приступами астмы - 50 пациентов, имевших критерии обострения астмы тяжелого течения строго в соответствии с классификацией GINA 2017. Они получали медленную инфузию 2г магния сульфата в 200 мл физиологического раствора, после чего 20 из них прошли клиническую переоценку спирометрией и лабораторными исследованиями через 1/2 часа после приема лекарства.

Анализ данных проводился на компьютере IBM с использованием программы SPSS (статистическая программа для социальных наук, версия 20) следующим образом. Непарный t-критерий использовался для сравнения двух групп в отношении количественных переменных. Парный t-критерий использовался для сравнения количественных переменных до и после лечения в одной группе, а значения P меньше чем 0,05 считались

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что электролитные нарушения значительно чаще встречаются у пациентов с острыми приступами астмы (98%), чем у хронических стабильных пациентов (68%). В I группе наибольшая доля электролитных нарушений относилась к гипомагниемии (50%), в то время как самыми редкими встречались гипонатриемия (4%) и гипокальциемия (0%). Во II группе; самый высокий процент встречаемости дала гипомагниемия (92%), а меньше всего наблюдалась гипонатриемия (2%).

Гипомагниемия и гипокальциемия значительно больше встречались у пациентов II группы (у пациентов с приступами). Что касается степени тяжести астмы в группе I, электролитные нарушения чаще встречались у пациентов с умеренной и тяжелой персистирующей астмой, чем у пациентов с легкой персистирующей астмой, со значительными

показателями гипокалиемии ($p < 0,05\%$). Наблюдали повышенная частота электролитных нарушений при приеме лекарственных средств от астмы, а именно β_2 -агонистов, стероидов и теофиллина. Гипомагниемия и гипокалиемия значительно чаще наблюдалась у пациентов с астмой, которые использовали комбинированную терапию.

Таблица 1

Изменения параметров легочной функции до и после инфузии сульфата магния во II группе			
	До инфузии	После инфузии	Значение Р
ФЖЕЛ	54.9 ± 12.6	63.1 ± 16.5	0.0001*
ОФВ1	33.6 ± 9.4	38.7 ± 12.2	0.0001*
ПСВ	27.9 ± 10.5	32.5 ± 13.5	0.0001*
МОС25-75	15.4 ± 9.26	18.2 ± 10.03	0.002*
Магний плазмы	1.1 ± 0.8	2 ± 0.4	0.0001*

* $P < 0,05$

В таблице 1 показано, что инфузия сульфата магния у пациентов с обострением астмы вызвала весьма значимое улучшение всех параметров спирометрии.

Вопреки нашим ожиданиям, гипомагниемия, а не гипокалиемия и гипокальциемия, оказалась наиболее частым нарушением электролитного баланса у пациентов с хронической стабильной астмой и у пациентов с острыми приступами с распространенностью 50% и 92% в обеих группах соответственно. Среднее значение уровня магния у пациентов со стабильной бронхиальной астмой составило $1,8 \pm 0,4$ мг/дл. Также было обнаружено более высокая степень тяжести и частоты обострений астмы при низких уровнях магния в сыворотке, чем у пациентов с астмой и нормальными уровнями магния. Гипомагниемия чаще встречалась ($p < 0,05$) у пациентов с астмой умеренной и тяжелой степени. Статистически значимое снижение уровня магния отмечалось в сыворотке крови у пациентов с острыми приступами астмы по сравнению с хронической стабильной астмой. Эти данные согласуются с исследованием Chaiwat и Poonkasem [1], которые свидетельствуют о том, что ионы магния участвуют в многочисленных биохимических и физиологических процессах, которые напрямую влияют на функцию легких и респираторные симптомы. Гипомагниемия также может увеличивать нервно-мышечную возбудимость, что делает некоторых людей более восприимчивыми к бронхиальным спазмам (Vittal B.G., 2010). В нашем исследовании гипокалиемия была обнаружена в 42% случаев стабильной бронхиальной астмы. Эти результаты были очень похожи на результаты нескольких других исследований (Yurina T.M., 2002) [3]. Недавно были опубликованы результаты исследования Vittal и соавторов (Vittal B.G., 2010), где было представлено, что уровень электролитов в сыворотке, таких как магний, калий и фосфат, значительно снизился у пациентов с острой тяжелой астмой, которые лечились аэрозольным салбутамолом. В нашем исследовании все стабильные пациенты с астмой имели нормальный уровень ионизированного кальция в сыворотке крови (средний уровень $1,1 \pm 0,19$). Эти данные аналогичны результатам Emad и соавторов [3] и Omer [6]. Исследование выявило высокую частоту гипокальциемии у пациентов с астмой во время обострения (22%). Это объясняется тем что при недостатке магния активность кальция усиливается, а избыток магния блокирует его действие. Эти взаимодействия важны для пациентов с респираторными заболеваниями, так как внутриклеточный приток кальция вызывает сокращение гладких мышц бронхов [6].

Выводы. Гипомагниемия и гипокальциемия оказались двумя наиболее частыми электролитными нарушениями у пациентов с хронической стабильной астмой, а также у пациентов с обострением астмы. Лекарственные средства, используемые для лечения пациентов с бронхиальной астмой, влияют на уровень электролитов. Оценка уровня внутриклеточных электролитов гладкомышечных клеток дыхательных путей технически сложна, и для ее изучения желательны дополнительные дальнейшие исследования.

Список литературы

1. Chaiwat B., C. Poonkasem, Serum magnesium levels in acute severe asthma, Chiang Mai. Med. Bull. 40 (1) (2013) 1–5.
2. Crane J., C.D. Burgess, A.N. Graham, et al, Hypokalemia and electrocardiographic effects of aminophylline and salbutamol in obstructive airway disease, N. Z. Med. J. 100 (2017) 309–311.
3. Emad H., Ibrahim, Ahmed Yousery. Electrolyte disturbance; the effect of different forms of β -stimulants, Chest 128 (4) (2015 November) 246.
4. He F.J., G.A. MacGregor, Reducing population salt intake worldwide: from evidence to implementation, Prog. Cardiovasc. Dis. 52 (5) (2014) 363–382.
5. Kassimi M.A., A. Kawthar, A.S. Khan, et al, Hypokalemia in acute asthma in western region of Saudi Arabia, Saudi Med. J. 11 (2011) 130–133.
6. Omer S.B., Electrolyte disturbances in patients with chronic, stable asthma, Chest 120 (2011) 431–436.

Сайдалиев А.Ф., Халифаев Х.Д., Чоршанбиева Х.М.

ОРИЗАҲОИ БЕМОРИИ БАНОГУШАКИ КАЛОНСОЛОН ДАР ШАРОИТИ ҲОЗИРАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.

Мухимият.

Бемории баногӯшак-ғурғушак, ҳукак ва якчанд ном дар байни мардум мебаранд. Барангезандаи баногӯшаки сирояти-вирус Pneuromphila pazatitits оилаи Pazamuxovizidae авлоди Pazamycovirus барои одам ва маймунҳо сироятмез мебошад, ки антигенҳояш ба вируси зуқом шабоҳат дорад. Геноми вирус КРН-дор буда якзанҷирадор, бо нуклеоколит ихота шудааст. Барои вирус полиморфизм ҳос аст, бо намуди даврашакл, байзашакл ё номувофиқ мешавад бо андозаи аз 100 то 600 нм мебошад Фаъолияти гемолитикӣ нейроминидозӣ гемаглютиниро дорост ва бо гликопротеин, НV ва F

алоқаманди дорад. Вирус дар эмбриони мурғ, хукчаҳои баҳри, маймун нағз афзоиш мекунад. Дар муҳити беруна ноуствор мебошад. Дар маҳлули формалин, спирт (50%) тез мефавтанд, аммо дар ҳарорати-20°C то як чанд ҳафта зинда мемонанд. Ду антиген дорад-V (вируси) S (ҳалшаванда) дар маҳлули ишқории 6,5-7,0 pH мутобиқ аст [1-2]. Манбаи беморӣ одамони бемории баногӯшакдор мебошанд, ки аз рӯзҳои 1-2 юм то пайдошудани аломатҳои сарири ва то 9-руз вирус хориҷ мекунад, ки барои атрофиён хавнок ҳастанд. Вирус аз луҳобпардаҳои бини чашм, даҳон ва ҳалқум ба хун гузашта ба тамоми организм паҳн мешавад, сипас ба ғадудҳои оби даҳон, таносул, ғадуди зерӣ меъда роҳ ёфта меафзояд ва бо микдори зиёд аз нав ба хун мегузарад. Аз ҳама бештар дар 3-5 рӯзи бемории хориҷшавии вирус зиёд мешавад, хусусан ба воситаи оби даҳон ва пешоб, инчунин дар таркиби хун, шир ва ғадудҳои ёфтани мумкин аст. Вирус ҳавоги-қатрагӣ мегузарад. Бемориҳои ҳамрадиҳои роҳҳои нафас барои тез паҳн шудани мусоидан мекунад, бо ашёҳои гирду атроф, аз он ҷумла бозича, сачок дастаи дар ва ҳоказо гузаштани мумкин. Ба ғайр аз ин аз модари бемории ҳомиладор ба кудак мегузарад, индекси гузариш қариб 100% мебошад.

Мардҳо 1,5 маротиба зиёд нисбат ба занҳо бемор мешаванд ва моҳҳои март-апрел ва октябр-ноябр ин бемории зиёд мешавад. Пешгириаш бошад, беморони дар алоқа бударо муддати 21-рӯз дар ҷои зисташон назорат мекунад, гигиенаи шахсири роия қардан лозим аст бо маҳлулҳои безаракунанда безарар қардан даркор ва тез-тез ҳавои хонаро тозақардан лозим аст ва эмгузарони қардан лозим. Дар сини 15-18 моҳагӣ дар баробари моияи зидди сурхча, муқобили баногӯшак низ моияи махсус мегузаронанд [3,4,5].

Мақсади тадқиқот.

Оризаҳои бемории баногӯшаки қалонсолон дар шароити ҳозира Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва методҳои тадқиқот.

Дар Беморхонаи клиникаи шаҳрии бемориҳои сироятии шаҳри Душанбе 25-беморон бо таъхиси баногӯшак бистари будаанд дар соли 2022-ум муоина ва табобат қарда шуда тадқиқот гузаронида шуд. Таъхиси баногӯшак дар ҳамаи беморон дар асоси аломатҳои сарири, воғири ва таҳлилиҳои озмоишгоҳи гузашта шуда буд.

Натиҷаи тадқиқот.

Аз шумораи умумии беморон 5-нафар бемор зан (20%) ва 20-нафар бемор мард (80%) таъхил додаанд. Аз собиқаи воғири бошад 18-нафар (72%) бо бемории баногӯшак дар тамос будааст ва 7 бемор (28%) дар тамос буданро қардан. Аз ҷиҳати давомнокии бемории воғиришудагон дар 3-4 рӯз 6 нафар (24%), дар 5-6 рӯз 12 нафар (48%), дар 7-10 рӯз 7 нафар (28%) таъхил меқарданд. 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%), аз 24-27 сола 2 бемор (8%), аз 28 -30 сола 7 бемор (28%) буд. Дар 23 бемор (92%) бо шакли қараёни миёнаи вазнин ва дар 2 бемор шакли вазнин мебошад (8%) таъхил дод. Ҳамаи беморон Ҳангоми воғири шуданишон бо ҳароратбаландӣ аз 37.8°C то 39.0°C баланд доштанд, дарди сар, дарди мушакҳо, хусусан мушакҳои ҳояндаи ҷоғ, ҳушқавии даҳон, дарди мавқеи гушҳои Ҳангоми ҳуруқхӯрӣ ё ғап задан дардашон зиёд мушоҳида мешуд. Инчунин ҳоб ва иштиҳояшон қам буд. Аломати Филатов қариб дар ҳамаи беморон дарди пеш ва паси нармаки гуш инчунин шохчаи пистоншакл Ҳангоми ламс қардан ҳис меқарданд. Азбаски беморон дер мурочиат меқарданд аломати Мурсу- сурхшави ва илтиҳобирии пардаҳои луоби дар атрофи маҷрои хориҷкунандаи ғадуди назди гуш мушоҳида нашуд. Дар 16-бемор (64%) варами дутарафаи ғадуди зерӣ гушҳои мушоҳида шуд ва дар 9-бемор (36%) варами яктарафаи ғадуди зерӣ гуш дида мешуд. Агар дар бораи оризаҳои бемории суҳан гуем дар байни қалонсолон аз ҳама бештар, байни мардҳо мушоҳида қарда мешавад ва инҳам дар байни тадқиқоти гузаронидаи мо низ мушоҳида қарда шуд. Бо оризаи орхоепидидимит 15 нафар (60%), дар 5-(20%) мард орхоепидидимити дутарафа, дар 15-бемор мард яктарафа ва 5 нафар зан панкреатити реактивӣ, боз дар ду мард менингоэнсефалит дида шуд, ки ҳамаги 17-мард (68%) буд. Дар 2-беморе, ки оризаи менингоэнсефалит доштанд нештарзании қамарӣ гузаронида шуда дар таҳлили қаромағз тағиротҳои қиддӣ мушоҳида қарда нашуд ва ҳолаташон вазнин буданд. Ҳангоми бемории баногӯшак речаи бистариро бояд то 10-рӯз роия қардан лозим аст, ки қаракатҳои зиёд нақунанд, ба қорҳои вазнин машғул нашавад, ҳуруқҳои серғизо истеъмол нақунанд. Беморонро вобаста ба ҳолат, қараёни беморӣ ва оризаҳоишон табобат қарда шуда ва бо ҳолати қаноатбахш ба ҳона қавоб дода шуданд, зерӣ назорати табиби сироятшинос ва табиби оилавии ҷои зисташон.

Ҳулоса.

Аз тадқиқоти гузаронидаи мо дар шароити ҳозира маълум шуд, ки бемории баногӯшак дар қалонсолон нисбати ҳурдсолон хусусан байни мардон вазнинтар мегузарад, бо оризаҳои орхоепидидимит, панкреатити реактивӣ ва менингоэнсефалит дида мешавад.

Адабиётҳо

1. Жураев Ш.А. Клинико-эпидемиологические особенности течения паратитной инфекции у взрослых (на примере Самаркандской области) / Ш.А. Жураев, Ш.А. Рустамова, А.О. Орзикулов // Вопросы науки и образования. -2020.- №22 (106). - С.54-64.
2. Раҳмонов, Э.Р. Бемориҳои сироятӣ /Раҳмонов Э.Р// - Душанбе. – 2017. - с. 183-185.
3. Юшук, Н.Д. Инфекционные болезни /Юшук Н.Д// Издательская группа “ГЭОТАР-Медиа”. - 2020. - 3-е здания. – с. 841-849.
4. Эпидемический паротит. Клиника, эпидемиология и генотипы вируса / Н.В. Юминова [и др.] // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2018. - №2. - С. 102-104.
5. Характеристика эпидемиологической ситуации по эпидемическому паротиту в мире на современном этапе/ Н. В. Тураева [и др.] //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2021. – Т. 20. – №. 2. – С. 74-82.

Актуальность. Среди различных паразитарных заболеваний в торакальной хирургии наиболее часто встречается эхинококкоз лёгких. Эхинококковая болезнь легких, как и туберкулёз оказывает значительное влияние на качество жизни населения Республики Таджикистан [1]. Неосложненные небольшие периферически расположенные кисты часто остаются бессимптомными и обнаруживаются случайно при рентгенографии грудной клетки [2]. В клиническом течении эхинококкоза лёгких в последнее время часто наблюдаются различные осложнения (нагноение, прорыв кисты в бронх, плевральную полость и др.). В то же время больным с осложненным эхинококкозом часто ставят ошибочный диагноз (деструктивные заболевания лёгких, кавернозный туберкулёз, туберкулёма и опухоли), что не способствует излечению [3, 4]. По данным литературы, осложненный эхинококкоз лёгких составляет от 13 до 39,5%. Наиболее частыми осложнениями являются нагноение (19,2-34,5%), прорыв эхинококковой кисты в бронх с кровохарканием (38-63%), без кровохарканья (37-62%) и в плевральную полость (4,9-26,3%) [5, 6]. Осложнения эхинококкоза лёгких объясняются быстрым ростом кисты, перикистозной патологией, факторами, резко изменяющими внутригрудное давление, бронхоперикистозными сообщениями, плевральными спайками. Осложненный эхинококкоз лёгких является тяжёлым заболеванием и характеризуется многообразием клинических проявлений (разрыв кист, с кровохарканием, без кровохарканья, эмпиема плевры, бронхоплевральный свищ). Установлено, что больные с указанной патологией подлежат хирургическому лечению и послеоперационную химиотерапию, и чем раньше оно производится, тем эффективнее результат. Выжидательная тактика при осложненных формах эхинококкоза лёгких в настоящее время отвергнута всеми хирургами.

Цель исследования. Изучение эффективности тактики лечения и диагностики больных с прорывшим эхинококкозом лёгких, приводящим к необходимости раннего оперативного вмешательства во избежание серьёзных осложнений в клинике ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии».

Материал и методы исследования. В клинику ГУ «Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и торакальной хирургии» в течение 2018-2022 гг. поступило всего 164 больных с предварительным диагнозом «Эхинококковые кисты, исключить туберкулёз лёгких». При поступлении больные жаловались на кашель с эпизодическим кровохарканием и нарастающую одышку. В клинике больным были проведены клинико-лабораторные, включая молекулярно-генетические и серологические методы, рентгенологические (обзорная и боковая рентгенография ОГК), КТ ОГК, УЗИ и другие функциональные методы исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных составил 35 лет, в структуре больных преобладали мужчины 112 (68,3%) и женщины 52 (31,7%). Из 164 больных диагноз «Осложненные эхинококковые кисты лёгкого» был выставлен 122 больным (74,4%), у 31 больного (18,9%) - фиброзно-кавернозный туберкулёз легких и 11 (6,7%) был установлен хроническое деструктивное заболевание легких. В основном эхинококковые кисты осложнились прорывом в бронх (93 или 83%), прорыв кисты в плевральную полость наблюдался у (19 или 17%). У 88 (72,1%) больных осложненные эхинококковые кисты были односторонними, у 34 (27,9%) больных - двусторонними. У 9 больных (7,38%) эхинококковые кисты были выявлены также в печени. По размеру остаточной полости эхинококковые кисты были разделены: на средние (диаметр 5-9 см) - 48 (39,3%), большие (диаметр 10-15 см) - 42 (34,4%), гигантские (диаметр 16 см и более) - 32 (26,2%). Больные в зависимости от начала развития осложнений поступили: в первые сутки - 27 (22,1%), до недели - 32 (26,2%), до одного месяца - 29 (23,8%), позже одного месяца - 34 (27,9%). В лечение эхинококковой болезни в нашей клинике после отвержения диагноза было проведено медикаментозное (альбендазол и/или мебендазол) и хирургические вмешательства учитывая объем поражения легкого.

Таким образом, необходимо отметить, что такой симптом, как кровохарканье, у молодых пациентов наблюдался в 65%, а у пожилых - в 35% случаев. Это объясняется, по-видимому, тем, что у молодых, ввиду большей податливости лёгочной ткани, эхинококк растёт быстрее, фиброзная оболочка эхинококковой кисты тоньше, поэтому чаще надрывается, повреждает расположенные вблизи сосуды пораженного легкого. При объективном исследовании чаще можно было отметить значительное исхудание больных.

Одним из самых главных методов диагностики эхинококка лёгкого у изученных нами больных был рентгенологический. При рентгенологическом исследовании у больных были замечены округлые образования с четкими краями, но с горизонтальным уровнем и плавающим хитином. От обычного абсцесса лёгких этих гнойников отличает то, что вокруг их контуров нет большого инфильтрата. Остатки оболочек паразита на рентгенограммах обнаруживаются либо в виде неоднородной тени, либо в виде холмистых контуров или плавающей хитиновой оболочки, что чаще оказывается под жидкостью, имеющей обычный горизонтальный уровень. В таких случаях необходимо исследовать больного, сменив положение тела, полагаясь на то, что волнообразные контуры сморщенной хитиновой оболочки могут быть иногда выявлены этим путём. У 17 больных после эвакуации через бронхи всего содержимого эхинококковой кисты рентгенологически обнаруживалась тонкостенная воздушная полость в лёгких. При исследовании мокроты 112 (68,3%) больных с прорывом эхинококковой кисты в бронхи элементы паразита (крючья эхинококка, фрагменты хитиновой оболочки) были выявлены только в 26 (23,2%) случаях. Бронхоскопическое исследование проводилось всем больным. У 7 (33,3%) человек удалось обнаружить пролабирование в просвет бронха хитиновой оболочки. В сомнительных случаях при подозрении на перфорированный эхинококк лёгкого во время бронхоскопии брались смывы с бронха для микроскопического исследования осадка. При этом у 37 (33%) больных обнаружены элементы эхинококковой кисты, из всех больных обследованных бронхоскопически, неспецифический эндобронхит выявлен у 75 (67%). Бронхоскопическая санация трахеобронхиального дерева перед операцией позволила значительно улучшить результаты хирургического лечения. При осложненных эхинококкозах, в частности при прорывах в плевральной полости и

с наличием гнойно-воспалительного процесса и пиопневмоторакса, когда рентген-семиотика малоинформативна, болезнь уточняли с помощью КТ. Дифференциальный диагноз, проведенный нами включал фиброзно-кавернозную форму туберкулеза легких. Другие исследования показывают, что некоторые методы диагностики, такие как серология и анализ крови (количество эозинофилов) нечувствительны даже в случаях прорыва эхинококковой кисты.

Заключение. Клиницисты должны знать о типичных, атипичных клинических и рентгенологических проявлениях осложненного эхинококкоза легких, проводя дифференциальную диагностику с фиброзно-кавернозным туберкулезом и деструктивным заболеванием легких, основанную на молекулярно-генетических и серологических исследованиях. Лечение должно включать медикаментозное и хирургическое вмешательство.

Список литературы

1. Разыков, Ш.Ш. Распространение гельминтозоонозов среди населения Республики Таджикистан / Ш.Ш. Разыков, М.Ё. Холбекиён, Ш.К. Пирова // Проблемы биологии и медицины. -2023. -№3.1(145). -С.288-292.
2. Пантелеев, В.С. Эхинококкоз легких: диагностика и хирургическое лечение. / Пантелеев В.С., Якушев А.В., Камнев К.В., Мушарапов Д.Р., Соколов В.П. // Медицинский вестник Башкортостана. - 2020. - № 6(90), Том 15. - С. 102-105.
3. Ozdemir, T. Clinical features and treatment of ruptured pulmonary hydatid cyst in children / Ozdemir T., Sayan A., Candan B., Koyluoglu G. Turk. // J. Pediatr. - 2020. - №62(4). - С. 578–583, <https://doi.org/10.24953/turkijped.2020.04.007>.
4. Pageni, R.P. Ruptured pulmonary hydatid cyst presenting as hemoptysis in TB endemic country: A case report / Pageni R.P., Regmi P.R., Khadka S., Timilsina B. // Ann Med Surg (Lond). - 2022. - May 20. - 78:103836. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103836.
5. Хасанов, Р.А. Хирургическое лечение осложнённого эхинококкоза легкого с прорывом в бронх / Хасанов Р.А., Маткасымов М.М., Токтахунов У.Т., Мирзакулов Д.С., Калматов Р.К. // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - №4. – С. 28-32.
6. Акбаров, М.М. Оптимальное хирургическое лечение эхинококкоза грудной клетки / Акбаров М.М., Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я. и др. // Молодой учёный. - 2015, - №7. – С. 251-253.

Салихова А.Х., Гончарова М.С.

МЕТАДОН: ИСТОРИЯ, ПРИМЕНЕНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ

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

Актуальность. Метадон - это синтетический опиоид, который используется для лечения опиоидной зависимости. Он был разработан в Германии в 1937 году и с тех пор широко используется в медицинских целях.

Метадоновая терапия является эффективным методом лечения опиоидной зависимости. Она помогает пациентам преодолеть симптомы отмены, снизить риск передозировки и улучшить качество жизни.

В последние годы наблюдается рост использования метадона для лечения опиоидного кризиса. В Соединенных Штатах число людей, получающих метадоновую терапию, увеличилось более чем в четыре раза с 2000 года.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение истории, применения и перспектив метадона.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников по истории, применению и перспективам метадона.

Анализ данных клинических исследований, посвященных эффективности и безопасности метадона.

Анализ данных о распространенности и тенденциях использования метадона.

Результаты исследования и их обсуждение. Метадон был разработан немецким химиком Густавом Эрлихом в 1937 году. Эрлих работал над разработкой новых противокашлевых средств, когда он синтезировал метадон. Он обнаружил, что метадон обладает сильными опиоидными свойствами и может использоваться для лечения боли.

Вскоре после этого метадон был испытан на людях, и он показал себя эффективным средством для лечения боли. Однако было также обнаружено, что метадон может вызывать привыкание и зависимость.

В 1960-х годах метадон начал использоваться для лечения опиоидной зависимости. Он был более безопасным и эффективным, чем другие методы лечения, такие как холодная индуцированная абстиненция.

Применение метадона

Метадон используется для лечения опиоидной зависимости в двух основных формах:

- Метадоновая терапия - это долгосрочное лечение, которое помогает пациентам с опиоидной зависимостью оставаться трезвыми. Пациенты принимают метадон ежедневно под наблюдением врача.
- Метадон для купирования боли - это краткосрочное лечение, которое используется для купирования боли, вызванной травмой, операцией или другими медицинскими состояниями.

Эффективность и безопасность метадона

Метадоновая терапия является эффективным методом лечения опиоидной зависимости. Она помогает пациентам преодолеть симптомы отмены, снизить риск передозировки и улучшить качество жизни.

Метадон также является эффективным средством для купирования боли. Он может использоваться для лечения острой и хронической боли.

Однако метадон может вызывать ряд побочных эффектов, включая: запор, сонливость, головокружение, тошнота, потливость. Метадон также может вызывать привыкание и зависимость.

Выводы.

Метадон - это сложный препарат с потенциальной пользой и рисками. При правильном использовании метадоновая терапия может быть эффективным средством для лечения опиоидной зависимости. Однако важно понимать риски, связанные с метадоном, и принимать меры для их снижения.

Так можно сделать выводы, что:

- Метадоновая терапия является более эффективной, чем другие методы лечения опиоидной зависимости, такие как холодная индуцированная абстиненция.
- Метадон может помочь пациентам с опиоидной зависимостью восстановиться и вести здоровый образ жизни.
- Метадоновая терапия является безопасным и эффективным методом лечения опиоидной зависимости, но важно понимать риски, связанные с метадоном.

Список литературы.

1. Влияние заместительной терапии метадоном на отношения пациентов с близкими / Пикерня В.И., Артеменко Е.К., Молочко С.М. // Научные исследования №1, 2015 г. С. 49-52.
2. Piralishvili G., Chavchanidze M., Gamkrelidze I., Nikolaishvili N. // Georgian Med. News. – 2014. – N(229). – P.62–66.
3. World Drug Report, United Nations. May 2013. ISBN: 978-92-1-148273-7

Самиева Ш.Т., Иноятова Н.А., Зайнаббиди Х.

О ВЛИЯНИИ БИГУАНИДОВ НА СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ ПРИ ОЖИРЕНИИ

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

Актуальность. Большой интерес к субклиническому гипотиреозу (СГ) обусловлен тем, что распространённость этого заболевания больше (15%), по сравнению с распространённостью манифестного гипотиреоза (5%). СГ - это состояние, при котором выявляется тиреотропный гормон (ТТГ) выше нормальных значений, а уровень свободных фракций щитовидной железы остаются в пределах нормы. Гормоны щитовидной железы влияют на работу всех органов и систем, поэтому СГ проявляется самыми разнообразными неспецифическими симптомами, однако накоплено множество данных о влиянии уже незначительно изменённых уровней тиреоидных гормонов и ТТГ на различные ткани и органы, также прогрессирует атерогенная дислипидемия, которая увеличивает кардиометаболический риск [1].

В последние годы отмечается рост распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения. Существует двусторонняя взаимосвязь между гормонами щитовидной железы и ожирением, как гипотиреоз может влиять на массу тела, так и ожирение может изменять уровень тиреоидных гормонов [2].

Всё больше внимания специалисты проявляют к возможностям бигуанидов. Предлагается использовать бигуаниды в лечении больных не только с сахарным диабетом 2-го типа, метаболического синдрома, у женщин с синдромом поликистозных яичников. Также многочисленные исследования показали, что бигуаниды могут оказывать существенное влияние на уровень ТТГ при СГ [3].

Таким образом, в настоящее время СГ можно считать болезнью, а не лабораторным феноменом, так как по мере роста ТТГ повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Изучить и оценить уровень ТТГ при СГ у больных с ожирением при применении бигуанидов.

Материалы и методы исследования. На базе государственного медицинского центра исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан в группу исследования вошли 105 пациентов, из которых женщины составили 93 (88,5%) и 12 (11,5%) мужчин, средний возраст которых составил $45 \pm 0,7$. У пациентов оценивались антропометрические данные (рост, вес, объём талии, ИМТ). Оценивались показатели гормонов щитовидной железы и ТТГ. Статистическая обработка данных производилась с помощью Statistica 10.

Результаты исследования и их обсуждения. Пациенты были разделены на 2 группы по уровню ТТГ, с субклиническими значениями ТТГ и нормальной функцией щитовидной железы. В первую группу вошли 65 пациентов (61,9%) с подтверждённым субклиническим гипотиреозом клинически и лабораторно, средний уровень ТТГ был в пределах $6,9 \pm 1,8$ мкМЕ/мл, а уровень свободных фракций щитовидной железы в пределах нормы. Вторую группу составили 40 (38,1%) пациентов при наличии явного ожирения с уровнем ТТГ в пределах $8,9 \pm 1,2$. Средний уровень ИМТ у пациентов 1-й группы с СГ составил $34,1 \text{ кг/м}^2$, а у второй группы $38,2 \text{ кг/м}^2$.

Пациентам 2-ой группы с СГ были подключены бигуаниды в дозировке 500-1700- 2000 мг (индивидуально по переносимости) в сутки в течение 6 месяцев. На фоне терапии у пациентов 2-ой группы отмечалось постепенное снижение уровня ТТГ до нормальных значений. Было отмечено достоверное снижение веса, объёма талии и уровня ТТГ в крови до нормальных значений. В 1-ой группе проводилась диетотерапия и физические нагрузки, однако достоверных изменений в массе тела не наблюдалось.

Выводы.

1. У больных с ожирением и дисфункцией щитовидной железы было выявлено повышение уровня ТТГ, при нормальных значениях тиреоидных гормонов.

2. Применение бигуанидов проводят к достоверному снижению уровня ТТГ у больных с СГ и ожирением без применения левотироксина.

Список литературы.

1. Betry C., Challan-Belval M.A., Bernard A., Charrie A., Draï J., Laville M., Thivolet C., Disse E. Increased TSH in obesity: Evidence for a BMI-independent association with leptin // Diabetes and Metabolism. 2015. Vol. 41 (3). P. 248–256.
2. Gupta G., Sharma P., Kumar P., Itagappa M., Sharma R. A correlation between thyroid stimulating hormone and body mass index in women with subclinical hypothyroidism // Asian J of Pharmaceutical and clinical research. 2015. Vol. 8 (4). P.206–208.
3. Руюткина Л.А., Руюткин Д.С. Субклинический гипотиреоз и метаболический синдром: основания для медикаментозного вмешательства. Ожирение и метаболизм. 2020.-Т17, №1. Стр. 41-47.

ОЦЕНКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСВЕННОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ

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

Актуальность. Характер распределения жировой ткани играет важную роль в развитии и прогрессировании целого ряда коморбидных заболеваний ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением, ухудшением качества жизни и увеличением расходов на медицинскую помощь. По данным ВОЗ распространенность ожирения среди взрослого населения планеты составила 500 млн, а избыточной массы тела 1,6 млрд. По оценкам ВОЗ к 2030 г. на планете будут проживать 1,1 млрд людей с ожирением и 2,2 млрд людей с избыточной массой тела [1].

Индекс массы тела (ИМТ) широко используется для диагностики и классификации степени ожирения, однако ИМТ не отражает состав тела, так как является малочувствительным на индивидуальном уровне. Например, у пожилых людей, спортсменов, беременных и у людей с мышечными заболеваниями использование ИМТ является неприемлемым, а растущее число людей с ожирением требует простых и точных методов исследования жировой массы. В этой связи актуально использовать биоимпедансометрию [2].

Биоимпедансный анализ – это метод измерения электрической проводимости биологических тканей, дающий возможность оценить морфологические и физиологические параметры организма. В биоимпедансном анализе измеряются активное сопротивление тела человека на различных частотах. На их основе рассчитываются характеристики состава тела, такие как жировая и скелетно-мышечная массы, а также объем и распределение воды в организме [3,4].

Цель исследования. Анализ результатов оценки жировой массы тела, полученные с помощью биоимпедансометрии.

Материалы и методы исследования. На базе государственного медицинского центра исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан в группу исследования вошли 156 пациентов, из которых женщины составили 139 (89,1%) и 17 (10,8%) мужчин, средний возраст которых составил $48 \pm 0,9$, критериями включения в исследование: возраст старше 40 лет. Критериями исключения было: беременность и период лактации, наличие сахарного диабета 2-го типа, наличие металлических имплантов. У пациентов, оценивались антропометрические данные (рост, вес, объем талии, ИМТ). Исследование проводилось на биоимпедансном аппарате Tanita (Япония). Статистическая обработка данных производилась с помощью Statistica 10.

Результаты исследования и их обсуждения. При интерпретации результатов ИМТ у всех обследованных пациентов выявили избыточную массу тела и ожирение. Избыточная масса тела наблюдалась у 4 мужчин (2,5%) и 24 женщин (15,3%), ожирение I степени у 10 мужчин (6,4%) и 66 женщин (42,3%), ожирение II степени у 3 мужчин (1,9%) и 34 женщин (21,7%) и ожирение III степени или морбидное ожирение у 15 женщин (9,6%).

Распределение телесного жира в процентном соотношении с помощью биоимпедансометрии выявили ожирение $>37,1\%$ у 6 мужчин и 91 женщины, избыток $32,1-37,0\%$ у 1 мужчины и 22 женщин и нормальный уровень $27,1-32,0\%$ у 7 мужчин и 11 женщин.

Распределение индекса висцерального жира с помощью биоимпедансометрии выявил опасный уровень >14 у 17 мужчин (10,8%) и 139 женщин (89,1%). При повышении висцерального жира увеличивается риск развития сахарного диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы.

Биоимпедансный метод позволяет оценить состав тела человека и его биологический возраст, что позволяет ее широкое использование и активное внедрение в различные области медицины. Биоимпедансный анализ предоставляет возможности как для профилактических, так и лечебных направлений.

Список литературы.

1. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д. Ожирение: современный взгляд на проблему. Ожирение и метаболизм. 2016;13(1):3-8.
2. Руднев С. Г., Соболева Н. П., Стерликов С. А. Биоимпедансное исследование состава тела населения России. М., 2014. 493 с
3. Анищенко А. П., Архангельская А. Н., Рогозная Е. В. Сопоставимость антропометрических измерений и результатов биоимпедансного анализа // Вестник новых мед.технологий. 2016. Т. 23, № 1.С. 138–141.
4. Никитюк Д. Б., Николенко В. Н., Клочкова С. В. Индекс массы тела и другие антропологические показатели физического статуса с учетом возраста и индивидуально-типологических особенностей конституции женщин // Вопросы питания. 2015. Т. 84, № 4. С. 47–54.

Сангова Ф.Р., Зоидбоева Н.З., Султонова С.С.

ТРИГГЕРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Актуальность. В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа заболеваний органов дыхания и другой патологии, этиология которых связана с паразитированием грибов в организме [1,2]. Помимо ятрогенных факторов роста грибов (широкое использование антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков и т.д.) широко внедряются и экологические факторы. Внедрение новых биотехнологических процессов в производствах, токсические, радиационные влияния, а также аллергическая сенсibilизация организма создают все предпосылки респираторной сенсibilизации грибами, спорами грибов. В этом плане одним из приоритетных направлений является изучение основных триггеров роста грибов [3,4].

Цель исследований. Выявить основные триггеры роста грибов на основании изучения анкетных данных пациентов с различной бронхолегочной патологией.

Материал и методы исследований. Материалом для проведения настоящих исследований послужили анкетные данные 615 пациентов с различной бронхолегочной патологией, а также микологический анализ их образцов мокроты. Среди 615 анкет отмечались пациенты как с острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания, так и с хроническими и аллергическими формами заболеваний. В зависимости от характера воспалительного процесса анкеты пациентов распределены на 3 группы: 1-ая группа -острые воспалительные заболевания (129 человек); 2 группа- хронические воспалительные заболевания (402 человека); 3 группа- патология бронхолегочной системы на фоне повышенного аллергического фона организма (84 человека). Микологические исследования проведены в лаборатории грибковых и бактериальных инфекций ТНИИПМ (зав. лаб к.б.н. Рязанова А.И.).

Результаты и их обсуждение. Для практической медицины важным является знание основных факторов риска развития и роста грибов. В этой связи нами проанализированы микологические результаты исследований и анкетные данные пациентов 615 пациентов с различной бронхолегочной патологией. Рост грибов регистрируется у 229 пациентов (37,2%) и при этом выделено 13 видов грибов. Положительный рост грибов регистрируется у пациентов из 1 группы – 28 человек; 2 группы- 176 человек; 3 группы– 25 человек. Видовой пейзаж дрожжевых грибов наиболее часто представлен грибами рода *Candida*, *Candida nonalbicans*, *Candida tropicalis*, *Candida kefyr*. Среди патогенных грибов, особенно у пациентов с бронхиальной астмой и неспецифическими пневмониями высеяны плесневые грибы, в одном случае *Aspergillus flavus*, *Penicillium* (3), *Penicillium notatum*-8, а также регистрировались смешанные культуры.

Условно-патогенная грибковая флора представлена в данной группе грибами рода *Candida*, и многих из этих пациентов можно рассматривать как миконосителей. Однако при определённых обстоятельствах инфицирование этими грибами может усугубляться в сторону патогенности, как это четко прослеживается в 2 случаях обнаружения патогенных грибов.

Анализ анкетных данных позволил выявить основные факторы риска и триггеры роста грибов среди которых по результатам наших исследований на первый план выступают:

Таблица 1

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ МИКОГЕННОЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ

ФАКТОРЫ РИСКА	1-ая группа 129 чел	2-ая группа 402 чел	3-ая группа 84 чел
Длительность болезни (годы М±м)	1,0±0,2	7,3±1,2	2,4±0,7
Возраст пациента (годы М±м)	37,6±1,2	51,0±2,1	40,2±1,5
Тяжесть течения	сред	Тяж. сред	легкое
Наличие аллергии	+	++	+++
Сенсибилизация к бытовым аллергенам	+	++	+++
Сенсибилизация к различным антибиотикам	-	++	-,+
Удушье, обструкция	-	++	+
Основной триггер: влажность	-	+++	-
Проживание или работа, в пораженных грибами местах	13 (4,8%)	56 (20,8%)	20 (7,4)
Средняя длительность проживания во влажных усл. (годы)	2, 5±0,78	6,4±0,5	3,2±1,0
Лечение антибиотиками 1 раз в год	68 56,6%	211 78,7%	37 %
Внелегочные грибковые болезни	19	39	11
Приём стероидов более года	-	++	-
Постоянный приём глюкокортикостероидов	-	58	-
Иммунодефицитные состояния	2	31	6

Длительность заболевания. Наибольшую длительность заболевания составили пациенты с преимущественными хроническими формами бронхолегочной патологии. Вероятно, более длительный контакт с грибами приводит к развитию инфицированности и носительства. Средняя продолжительность болезни у пациентов с ростом грибов составила более 5 лет.

Возраст пациента. Среди анализируемых анкет основную массу больных в анализах которых отмечается рост патогенных грибов составляют пациенты старших возрастных групп в частности более 51 года.

Основной фактор риска (влажность): Пребывание и длительная работа в сырых и влажных помещениях является основным фактором риска развития грибковых поражений легких, кожи и отмечена у 80 пациентов.

Из общего числа обследованных 96 пациентов указали на то, что они проживают в *помещениях, пораженных грибами*. Из основных показателей пораженности помещения грибами пациенты указывали на влажность помещения, плохую проветриваемость, наличие визуального плесневидного покрытия в санитарных узлах, трубах, проживание на первых этажах зданий, плохое отопление в зимний период. Часть пациентов указывали на то, что в аналогичных условиях они работают (рабочие библиотек, складских помещений и т.д.). Необходимо отметить, что средняя продолжительность проживания во влажных условиях и/или помещениях пораженных грибами составляет более 6,4 года.

Лечение антибактериальными (до поступления в клинику) препаратами получали все без исключения, анализируемых пациентов причем 211 человек (78,7%) принимали антибактериальные средства по поводу основных болезней органов дыхания более 1 раза в год.

В этой связи достоверных результатов о влиянии антибактериальной терапии на рост и размножение грибов в организме получено не было. Исследование показало, что пациенты всех исследуемых групп одинаково часто применяли антибактериальные препараты, однако у 16 пациентов 2 группы на фоне патологии органов дыхания выявлена аллергия к препаратам пенициллинового ряда, сформировавшаяся в течение болезни.

Терапия глюкокортикостероидами. Среди анализируемых анкет было 180 больных бронхиальной астмой (тяжелой и средне-тяжелой формами), причем у 58 из которых на момент обследования в качестве базисной терапии являлись ингаляционные и пероральные кортикостероиды (ингакорт, астмопент, преднизолон). Микологический анализ позволил выявить у данных больных самый разнообразный спектр условно-патогенных и патогенных грибов.

Выводы. Микологический анализ мокроты и анкетные данные 615 пациентов позволяют сделать выводы о том, что среди основных триггеров роста грибов необходимо обращать внимание на длительность заболевания, характер воспалительного процесса, приём кортикостероидов, работа и проживание во влажных и пораженных грибами местах, возраст пациента. При наличии нескольких факторов риска роста грибов необходимым условием является адекватная противогрибковая терапия полиеновыми антибиотиками.

Список литературы:

1. Альмяшева Н.Р. Скрининг выделения и изучение метаболитов базидиальных грибов с антиоксидантными свойствами /Н.Р. Альмяшева, Е.А. Рогожин//Успехи медицинской микологии.-2018.- Т. 19.- С. 104-105
2. Микромицеты рода *Aspergillus* - продуценты протеиназ - активаторов белков системы гемостаза человека /Е.С. Звонарева и др// Успехи медицинской микологии.-2014.- Т.12.-С. 364-366
3. Пчёлкин А.В. Аллергогенность лихенизированных грибов /А.В. Пчёлкин, Т.А. Пчёлкина //Успехи медицинской микологии.-2014.- Т. 13.-С. 74
4. Садыкова В.С. Изыскание антимикробных пептидов грибов, активных в отношении возбудителей пневмомикозов с лекарственной устойчивостью /В.С. Садыкова, М.Л. Георгиева //Успехи медицинской микологии.- Т.20.-2019.- С. 523-525

Сафаров Ш.А., Исоева Б.И., Каххоров И.М.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Хатлонский государственный медицинский университет

Актуальность. Псориаз характеризуется сложностью патогенетических воспалительных механизмов и имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими, как сердечно-сосудистые, ожирение, сахарный диабет, депрессия, воспалительные заболевания суставов и кишечника [1,2]. Закономерно частое сочетание различных болезней или состояний у одного пациента называется коморбидностью и встречается при многих воспалительных процессах [3]. Предполагается, что развитие коморбидностей скорее всего основано на общности патогенеза сочетающихся заболеваний и не зависит от стиля жизни, доступности медицинской помощи или экономических факторов и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом. Почти половина больных псориазом в возрасте старше 65 лет имеет, по крайней мере, три коморбидности, а у двух третей — две и более. Помимо схожих иммунологических механизмов обнаружены также гены, общие для псориаза и встречающихся при нем коморбидностей [2,3].

Установлена закономерность, заключающаяся в том, что псориазу сопутствует преимущественно определенный класс болезней, таких, как сердечно-сосудистые заболевания, эндокринопатии, патология органов ЖКТ, метаболический синдром, псориатический полиартрит и депрессивные расстройства [4]. Симптоматическая степень выраженности этих коморбидных состояний находилась в прямой зависимости от тяжести клинической картины псориаза и резистентности к проводимой терапии.

Большинство исследователей придерживаются мнения о том, что развитие патологических процессов при псориазе не ограничивается формированием поражений только кожи, а приводит к нарушениям функции различных органов и систем организма. Кроме того, сама сопутствующая патология является не маловажным фактором в инициации и развитии рецидивов заболевания. Изучению сопутствующих псориазу висцеральных патологий посвящен ряд работ, в которых исследуется вопрос об их взаимосвязи, взаимозависимости и взаимообусловленности и явлений данного дерматоза [1-4].

Цель исследования. Выявить сопутствующую патологию у больных с псориазом.

Материал и методы исследования. За период 2019-2021 годы в стационарных условиях Городской клинической больницы кожных болезней обследовали 112 больных распространенным псориазом (65 женщин и 47 мужчин в возрасте от 10 до 45 и старше лет); из них у 74 (66,1%) больных отмечалась осенне-зимняя форма заболевания, у 38 (33,9%) – летняя. Длительность заболевания: от 5 до 15 лет. Сопутствующая патология выявлялась на основании общеклинических и биохимических анализов крови, УЗИ диагностики внутренних органов консультативных заключений специалистов (терапевта, кардиолога, невролога, эндокринолога, оториноларинголога).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты обследования больных и консультации соответствующих специалистов позволили выявить сопутствующие патологические состояния со стороны органов и систем (рисунк 1).

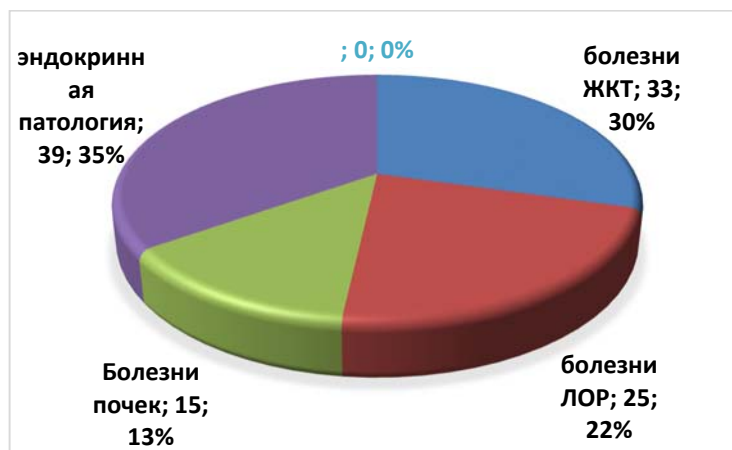


Рисунок 1. Сопутствующие заболевания внутренних органов у больных псориазом

Как видно из рисунка 1, наиболее часто встречалась патология желудочно-кишечного тракта - у 33/112;30,0% больных, из которых гепатит у 11/33;33,3% больных, хронический колит - у 9/33;27,3% больных, хронический панкреатит - у 3/33;9,0% больных, хронический холецистит у 5/33;15,2% больных, хронический гастрит у 5/33;15,2%. Патология ЛОР-органов выявлена у 25/112;22,0% обследованных: хронический тонзиллит у 14/25;56,0% больных, хронический фарингит у 11/25;44,0%. Патология почек наблюдалась у 15/112;13,0% больных. Заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ выявлены у 39/112;35,0% больных, из которых у 13/39;33,3% больных был выявлен сахарный диабет II типа, у 11/39;28,2% - сочетание сахарного диабета с гиперхолестеринемией, у 15/39;38,5% больных - эндемический зоб.

Таким образом, результаты исследований показали, что на первом месте по сопутствующей патологии внутренних органов находятся заболевания эндокринной системы, которые составляют 35,0%. При этом в 33,0% из них составляют больные с сахарным диабетом. На втором месте по частоте сопутствующей патологии у больных псориазом оказались больные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которые были выявлены в 30,0% случаях, причем в у 33,3% из них были выявлены гепатиты.

Выводы. Несмотря на то, что у больных псориазом в 100% случаев были выявлены сопутствующие заболевания внутренних органов, однако коморбидные состояния (сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гепатиты) выявлены в 35 /112;31,3% случаях

Список литературы.

1. Бакулев А. Л., Штода Ю. М., Утц С. Р. К вопросу о коморбидности при псориазе //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 537-539.
2. Piven EA, Piven NP, Manyakina NS. Analysis of the prevalence of comorbidity among the population of the city of Moscow, suffering from chronic dermatoses. Zemskij vrach 2014 (2). Russian (Пивень Е.А., Пивень Н.П., Манякина Н.С. Анализ распространенности сопутствующей патологии среди населения города Москвы, страдающего хроническими дерматозами. Земский врач 2014; (2))
3. Vertkin AL, Rummyantsev MA, Skotnikov AS. Comorbidity. Clinical Medicine. 2012; (10): 4–11. Russian (Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность. Клиническая медицина 2012; (10): 4–11)
4. Ткаченко С. Г., Кондрашова В.Б. Кардио метаболический риск у больных псориазом. Дерматология и венерология 2010; 48 (2): 11–16)

Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Исоева Б.И. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.
Хатлонский государственный медицинский университет

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание с аутоиммунным патогенетическим компонентом и выраженным, но сложным генетическим наследованием [1,2]. Псориаз поражает от 1 до 3% населения мира с одинаковым распределением среди мужчин и женщин [3]. По данным литературы, псориаз поражает приблизительно от 0,5 до 1,2% детей и подростков, а распространенность линейно возрастает с 0,1% в возрасте 1 года до 1,2% в возрасте 18 лет [1]. Кроме того, несколько исследований распространенности данного заболевания продемонстрировали, что примерно у трети пациентов с псориазом симптомы проявляются хотя бы один раз в детстве. Однако, другие источники указывают на то, что псориаз может быть диагностирован только во взрослом возрасте [2,3]. По мнению некоторых исследователей, заболеваемость псориазом носит бимодальный характер, с большим пиком в возрасте 16–22 лет и меньшим пиком в возрасте 57–60 лет, что, вероятно, отражает различные формы заболевания [3].

Доказано, что более 40% больных с псориазом имели возраст начала заболевания от 10 до 19 лет, 20% пациентов заболели псориазом в возрасте 20 - 29 лет, по 12% пациентов – в возрасте от 0 до 9 лет и от 30 до 39 лет соответственно, 9% пациентов имели дебют заболевания псориазом в возрасте 40–49 лет и 7% - в возрасте более 50 лет[4].

В литературе имеются данные о том, что у больных, имеющих наследственную отягощенность по псориазу, наблюдается более ранний дебют псориаза. При этом раннее начало псориаза в дальнейшем чаще приводит к диссеминации процесса [4]

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения псориаза в разные возрастные периоды.

Материал и методы исследования. За период 2019-2021 годы в стационарных условиях Городской клинической больницы кожных болезней обследовали 112 больных распространенным псориазом (65 - женского пола и 47 мужского пола в возрасте от 10 до 35 и старше лет); из них у 74 (66,1%) больных отмечалась осенне-зимняя форма заболевания, у 38 (33,9%) – летняя. Длительность заболевания: от 5 до 15 лет. Для оценки степени тяжести псориаза использовали индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований было выявлено, что среди обследованных больных число лиц женского пола было в 1,4 раза выше, чем мужского пола. Среди девочек псориаз чаще наблюдался в возрасте 10-15 и 20-25 лет и составил в этих возрастных группах 21,6%. А реже всего псориаз среди лиц женского пола наблюдался в возрасте 30-35 лет и составил 10,9%. Среди лиц мужского пола псориаз чаще всего наблюдался в возрасте 20-25 и 35-40 лет и составил 23,4%.

То есть, из общего числа обследуемых больных псориаз чаще всего наблюдался в возрасте 20-25 лет и составил 22,3% по сравнению с минимальным числом больных в возрасте 30-35 лет, среди которых псориаз наблюдался в 10,7% случаев.

Было выявлено, что из числа больных вульгарным псориазом наблюдались две формы псориаза: каплевидный и бляшечный, которые наблюдались в 32 (28,6%) и 44 (39,3%) случаях, соответственно. Экссудативная форма псориаза выявлена у 36 (32,1%) больных. Среди больных с каплевидным псориазом данная форма чаще всего наблюдалась у больных в детском и подростковом возрасте, то есть в 10-15 лет и составила 14 (43,6%) случаев. При этом, в возрасте 30-35 лет наблюдался только один больной с такой формой болезни, а старше 35 лет не было выявлено ни одного больного с каплевидным псориазом. Напротив, бляшечный псориаз чаще наблюдался у больных старше 35 лет и составил 34,1% случаев, а в возрасте 10-15 лет данная форма встречалась только у 2 (4,5%) больных. Больные с экссудативным псориазом почти равномерно встречались в разных возрастных группах. Максимальный процент этих больных приходился на возрастные группы 15-20 лет, 30-35 лет и старше, где он составил 19,4%. Меньше всего больных с экссудативной формой наблюдалось в возрасте 25-30 лет и составило 4 (11,1%) случаев.

При изучении анамнеза больных, было выявлено, что у 43 (38,3%) больных это заболевание диагностировано также у родителей и ближайших родственников первого и второго поколения.

Из данных анамнеза был выявлен возраст дебюта заболевания (рисунок 1).

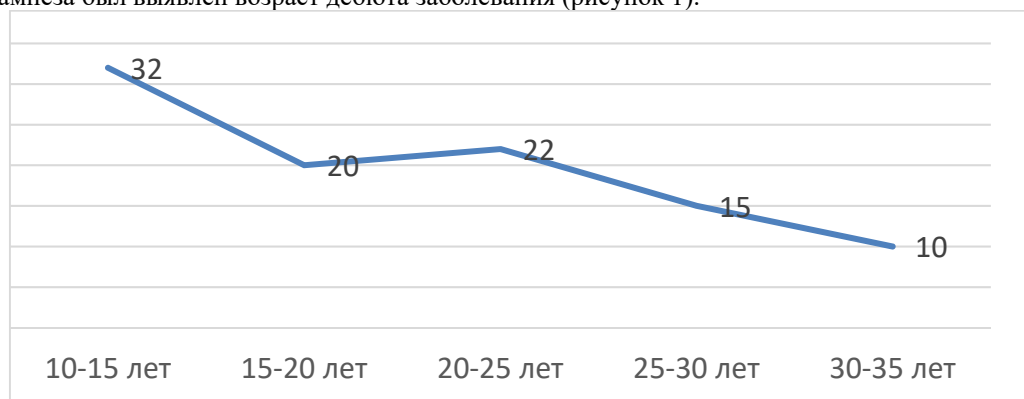


Рисунок 1. Возраст дебюта псориаза

Было выявлено, что у 32 (28,6%) пациентов псориаз дебютировал в возрасте 10-15 лет, у 20 (17,9%) – в возрасте 15-20 лет, у 22 (17,0%) – в возрасте 20-25 лет, у 15 (13,4%) – в возрасте 25-30 лет, у 10 (9,0%) в возрасте 30-35 лет, а в возрасте 35-40 и старше лет заболевание началось у 13 (11,6%) больных.

Среди причин обострения заболевания 35 (31,3%) больных отметили эмоциональный стресс, 22 (19,6%) больных связывали начало заболевания с предшествующей инфекцией (ОРЗ, обострения хронических тонзиллитов, гайморитов и др.), у 12 (10,7%) – обострения псориаза были связаны с метеорологическими факторами, у 9 (8,0%) – со злоупотреблением алкоголя, 14 (12,5%) больных связали наступление рецидивов с сочетанием нескольких факторов. У остальных 20 (17,9%) больных выявить причину обострения не удалось.

Таким образом, наиболее часто у больных псориаз возникал в детском возрасте, что свидетельствует о преобладании среди пациентов псориаза I типа. Каплевидный псориаз в подростковом и молодом возрасте 21/112;18,8% встречается в 2 раза чаще, чем в возрасте от 20 до 30 лет, то есть в 21/112;18,8% против 11/112;9,8% случаев. А бляшечный псориаз в 2,6 раза чаще наблюдался в возрасте 20-30 лет, чем у подростков и больных молодого возраста (21/112;18,8% против 8/112;7,1% случаев). Экссудативная форма также у детей и подростков встречалась в 1,4 раза реже, чем в возрасте 20-30 лет, то есть наблюдалась в 12/112;10,7% против 17/112;15,2% случаев. У пациентов старше 35 лет ни в одном случае не наблюдался каплевидный псориаз, а бляшечная форма псориаза наблюдалась в 2 раза чаще, чем экссудативная форма (15/112;13,4% против 7/112;6,3% случаев).

Выводы. Таким образом возрастные особенности течения псориаза характеризуются наиболее частой встречаемостью каплевидной формы в подростковом возрасте, а бляшечная и экссудативная форма псориаза наблюдаются в более старших возрастных группах.

Список литературы

1. Michalek I.M., Loring B., John S.M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(2):205–212.
2. Augustin M., Glaeske G., Radtke M.A., Christophers E., Reich K., Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol. 2010;162(3):633–636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09593.x>.

3. Катина М. А. Клинические особенности псориаза у детей и подростков //Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. – 2018. – С. 96-99.
4. Капулер, О. М., Хаматнуров, Р. Ф., Латыпов. Факторы, провоцирующие развитие псориаза, и возрастные особенности дебюта и рецидива заболевания у населения республики Башкортостан. Медицинский вестник Башкортостана. 2011.- 6(4)- С. 27-31.

Сохибов Р.Г., Гулова Р.М., Шарипова Х.Е.

ЧАСТОТА ФОРМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЕГО ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Кафедры пропедевтики внутренних болезней и внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Актуальность. Как главная причина инвалидизации и смертности населения развитых стран, рассматривается ишемическая болезнь сердца (ИБС), в связи с чем, продолжается поиск новых способов диагностики, лечения и профилактики заболевания, а также прогнозирования её течения у пациентов молодого и среднего возраста [1].

Отсутствие четких прогностических критериев наиболее распространенного коронарного события - острого коронарного синдрома (ОКС), часто с непредсказуемым исходом, определяют ОКС как одно из актуальнейших проблем здравоохранения не только в Таджикистане, но и в мире. Несмотря на изучение прогностической значимости наиболее распространенных факторов, до сих пор не установлены особенности их влияния на течение и прогноз ОКС [2, 3]. В этой связи, временная динамика (в течение последнего десятилетия) частоты разных исходов ОКС представляет особый интерес.

Цель исследования. Изучить сравнительную частоту форм острого коронарного синдрома и его исходов у пациентов молодого и среднего возраста (до 60 лет) в разные периоды (2009 – 2013 и 2019 – 2023 годы) наблюдения.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование данных медицинских документов пациентов, госпитализированных с подозрением на инфаркт миокарда (т.е. с ОКС) в 2009 - 2013 годы (первый период) в кардиологические отделения Городского Медицинского Центра (ГМЦ) и ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. В данном сообщении *критериями включения в разработку* были: больные молодого и среднего возраста (до 59 лет) с ОКС - смещение сегмента ST в двух и более отведениях ЭКГ (более 0,1 мВ) и/или формирование отрицательных зубцов T, не менее чем в двух отведениях; с установленной нестабильной стенокардией - НС (классификация Е. Braunwald, 1989); с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q; впервые возникшей стенокардией и приступами ангинозных болей в ближайшие 24 часа. Критериям включения соответствовало 1352 больных, из них 572 (42,3%) женщин и 780 (57,7%) мужчин, средний возраст $57,8 \pm 7,2$ лет.

Такое же сравнительное исследование проведено в 2019 - 2023 годы (второй период): ретроспективно изучена документация пациентов, госпитализированных с подозрением на инфаркт миокарда, т.е. с ОКС. При этом, критериям включения соответствовало 598 (59,5%) больных, из них 324 (38,3%) женщин и 521 (61,7%) мужчин, средний возраст $53,3 \pm 5,0$ лет. Следует отметить, что на данном этапе 54 пациента были медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь пациентам с COVID-19 и его последствиями [4].

Проведено сравнительное (в разные периоды) изучение частоты вариантов ОКС, его исходов, частоту документированных коморбидных и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний: артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК - транзиторные ишемические атаки и инсульты), сахарный диабет (СД) и индекс массы тела (ИМТ). Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0.

Результаты исследования. Сравнительный анализ полученных результатов показал «омоложение» острого коронарного синдрома за прошедшие 10 лет: средний возраст пациентов с установленным ОКС в период 2009 – 2013 годы был значимо выше, чем в период с 2019 – 2023 годы и составлял соответственно $53,3 \pm 5,0$ и $50,2 \pm 7,0$ лет ($p < 0,0001$).

При анализе частоты ОКС и его вариантов (таблица 1), установлено преобладание частоты ОКСБП ST ($p < 0,05$), который наблюдался у 57,5% и 73,2% пациентов, соответственно в первом и во втором периоде исследования, а ОКСП ST отмечен у 625 пациентов (46,2%).

Установлено, что частота ОКСБП ST у пациентов до 59 лет, включённых на первый этап исследования, была взаимосвязана с женским полом ($r = 0,1411$; $p < 0,05$) и выраженностью дисциркуляторной энцефалопатии ($r = 0,0863$; $p < 0,05$), которая чаще возникает на фоне АГ и цереброваскулярного атеросклероза; ОКСП ST был взаимосвязан с мужским полом, возрастом, частотой и степенью артериальной гипертензии ($p < 0,05$).

У пациентов молодого и среднего возраста, включённых на второй этап исследования, частота ОКСБП ST была взаимосвязана с индексом массы тела ($r = 0,2173$; $p < 0,05$) и со степенью АГ ($r = 0,1375$; $p < 0,05$), а ОКСП ST был взаимосвязан с возрастом и частотой перенесенного ОНМК ($r = 0,0947$; $p < 0,05$).

При анализе исходов ОКС при разных его формах (по заключительным диагнозам), установлено, что всего нестабильная стенокардия была диагностирована в первом периоде исследования у 584 (69,1%) пациентов и реже 380 (63,5%) - во втором периоде ($p < 0,05$).

Развитие инфаркт миокарда без патологического зубца Q (не- Q-ИМ) отмечено у 170 (20,1%) и 156 (26,1%) пациентов молодого и среднего возраста ($p < 0,01$), соответственно, в первом и во втором периоде исследования.

Инфаркт миокарда с патологическим зубцом Q (Q-ИМ) отмечался реже, составляя 10,8% в первом и 10,4% во втором периоде исследования ($p > 0,05$); при этом, различия между частотой не-Q-ИМ и Q-ИМ, как в первом, так и во втором периоде исследования – значимы ($p < 0,01$).

Таблица 1.- ОКС и его исходы у пациентов молодого и среднего возраста в разные периоды (в 2009 – 2013 и 2019 – 2023 годы) наблюдения.

	Периоды исследования		
	1. 2009– 2012 гг (n=845)	2. 2019 – 2022 гг (n=598)	p
Средний возраст, М±SD	53,3±5,0	50,2±7,0	<0,0001*
ОКСБП ST, абс (%)	486 (57,5)	438 (73,2)	<0,0001
ОКСП ST, абс (%)	359 (42,5)	160 (26,8)	<0,0001
Всего нестабильная стенокардия, абс (%)	584 (69,1)	380 (63,5)	<0,05
Не- Q инфаркт миокарда, абс (%)	170 (20,1)	156 (26,1)	<0,01
Q- инфаркт миокарда, абс (%)	91 (10,8)	62 (10,4)	>0,05
Всего инфаркты миокарда	261 (30,9)	218 (36,5)	<0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей (по критерию χ^2) ; * - по U- критерию Манна-Уитни

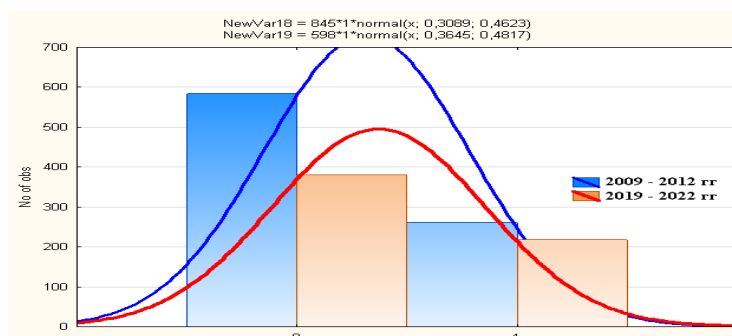


Рисунок 1.- Суммарное количество инфарктов миокарда у пациентов молодого и среднего возраста в разные периоды (в 2009 – 2013 и 2019 – 2023 годы) наблюдения.

Общее количество инфарктов миокарда (рисунок 1) у пациентов второго периода (218; 36,5%) исследования было значимо выше ($p<0,05$), чем у пациентов, включенных на первый период (261; 30,9%).

Таким образом, у пациентов молодого и среднего возраста, госпитализированных с коронарными событиями, отмечается «омоложение» острого коронарного синдрома за прошедшие 10 лет: средний возраст пациентов с установленным ОКС в период 2009 – 2013 годы значимо выше, чем в период с 2019 – 2023 годы ($p<0,0001$).

Отмечаемое в течение последнего десятилетия значимое нарастание частоты ОКСБП ST на фоне снижения частоты ОКСП ST и учащения Не-Q ИМ свидетельствует о более медленном и прогрессирующем течении ишемии миокарда [3].

Учащение суммарного количества инфарктов миокарда у пациентов молодого и среднего возраста в период 2019 – 2023 годы, возможно, отчасти связано с пандемией Covid-19, но не исключается и динамика (с нарастанием) частоты традиционных факторов кардиоваскулярного риска в данной возрастной популяции в течение последнего десятилетия [3,4].

Список литературы

1. Оценка цитокинового профиля у пациентов с различными вариантами острого коронарного синдрома и хроническими формами ишемической болезни сердца / М.А. Гордеева, А.Р. Бабаева, А.Л. Емельянова, С.И. Давыдов // Цитокины и воспаление. - 2014. - Т. 13, № 2. - С. 27-33.
2. Танана, О.С. Современные лабораторные маркеры диагностики повреждения миокарда и оценки прогноза при остром коронарном синдроме / О.С. Танана, И.А. Сукманова // Цитокины и воспаление. - 2015. - Т. 14, № 2. - С. 17-25.
3. Михайлова З.Д., Шаленкова М.А., Клишкин П.Ф. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: возможности прогнозирования течения на постгоспитальном (6 и 12 мес) этапе. Клиническая медицина. 2016; 94(3), стр. 205-211. DOI 10.18821/0023-2149-2016-94-3-205-210
4. Гулова Р.М., Шарипова Х.Е., Султонов Х.С. Кардиоваскулярные заболевания на фоне общих психических расстройств у медицинских работников при пандемии COVID-19. Материалы Международного симпозиума «Проблемы инфекционной патологии», 27 мая 2022 г. Душанбе. С.53.

Сохибов Р.Г., Бобоев Ф.Д., Замунов О.А.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ С МЕЛАТОНИНОМ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Актуальность. Установлено, что в пожилом и старческом возрасте отмечается повышение частоты метаболических нарушений, таких как дислипидемия, сахарный диабет, и данное положение усугубляется при наличии у лиц в этом возрасте артериальной гипертонии. В настоящее время научно доказана отрицательная связь между содержанием в крови общего холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и риском развития ишемической болезни

сердца[1]. Показано, что дислипидемия, соотношение холестерина липопротеида низкой плотности (ЛПНП) и содержания антиатерогенного ХС ЛПВП на 1% приводит к увеличению риска развития ишемической болезни сердца в популяции в среднем на 2%. В научных разработках последних лет, при длительной фармакотерапии артериальной гипертензии современными средствами, можно достичь стабилизацию цифр артериального давления (АД), однако отмечено неожиданное увеличение различных осложнений основного заболевания. [1.23] Многие исследователи объясняют этот феномен отрицательным влиянием гипотензивных препаратов и данное обстоятельство нивелирует положительный эффект сниженного АД. Зная атерогенную направленность липидов крови у больных АГ старших возрастных групп, особое значение имеет влияние лекарственных средств на показатели липидного обмена у данной категории пациентов.

Цель исследования. Изучить влияние различных гипотензивных групп препаратов в комбинации с мелатонином на липидный спектр крови у пожилых больных артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 76 пациентов с АГ в возрасте от 60 до 82 лет, средний возраст составил 69 лет, средняя длительность заболевания 12,9 лет. Методом случайной выборки все больные были распределены на 4 группы. Первую группу (n-19) составили пациенты получавшие ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) – диротон в начальной дозе 5мг с последующим титрованием (среднесуточная доза до 15 мг). Во 2 группу (n-19) включены больные, которым назначался тиазидовый диуретик – гипотиазид (гидрохлортиазид) в среднесуточной дозе 25 мг. В 3 группе пациенты (n-19) получали препарат из группы дигидропириновых антагонистов кальция – амлодипин, среднесуточная доза 9,15 мг. Больные, которым гипотензивная терапия проводилась «гибридным» α и β -адреноблокатором карведилом (n-19) составляли 4 группу. Бальным всех 4 групп дополнительно назначено мелатонин в доза 3 мг ночью за 30 минут до сна. Обследуемые группы больных были идентичными по возрасту, полу и давности заболевания. Состояние липидного спектра изучалось биохимическим анализатором CardioChek Polymer Technology System. (Inc. Indianapolis, USA). Определялись следующие показатели: общий холестерин (ХС), холестерин липопротеид высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеид низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ) и коэффициент атерогенности (КА).

Результаты исследования и их обсуждение. Гипотензивную терапию провели согласно общепринятыми рекомендациями для данной категории больных (начинали с половинной дозы препаратов, далее увеличением их доз до достижения целевого уровня АД). К концу первой недели лечения отмечалось улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достижением, в среднем по всем группам, целевого, уровня АД (САД < 140 мм.рт.ст. и ДАД < 90 мм.рт.ст) у 68% больных. К концу курса лечения позитивный гипотензивный эффект (снижение АД на 10% от исходного уровня) к концу курса лечения был достигнут у 84% пациентов. Липидный состав крови определяли до назначения препаратов и после 2 месяцев. При анализе показателей липидного спектра крови в процессе лечения отмечено разнонаправленное изменение в изучаемых группах. Наиболее выраженная положительная динамика со стороны липидов крови отмечена в группе больных получавших амлодипин с мелатонином: ХС снизился на 15,5%; ЛПНП на 25%; ТГ на 14,5%; КА на 22% на фоне повышения ЛПВП на 11%. В группе больных, получавших гипотиазид с мелатонином к концу курса лечения отмечалось негативное влияние препарата на определяемые показатели которое отражалось – увеличением ХС на 3,8%; ХС ЛПНП на 13,8%; КА на 18,9% и уменьшением уровня ХС ЛПВП на 10,8%. Что касается больных получивших ингибитор АПФ диротон с мелатонином – существенной динамики со стороны определенных лабораторных показателей не отмечено. Между тем, положительный эффект был получен в группе больных которым назначался гибридный адреноблокатор -карведил с мелатонином. В этой группе уровень ХС снизился на 6,5%; ХС ЛПНП на 12,5%; ТГ; на 21%; КА на 21%; ХС ЛПВП повысился на почти на 9,8%. Полученные данные подтверждают сообщения о негативном влиянии на показатели липидов крови тиазидовых мочегонных, особенно у лиц пожилого возраста. Ранее в исследованиях нами было отмечалось отрицательная динамика со стороны липидного спектра у пожилых пациентов при назначении монотерапии β -адреноблокатором анаприлином. Как показывают результаты настоящего исследования, при назначении карведила (с мелатонином) в составе, которого β -адреноблокатор сочетается с α -адреноблокатором, нивелируется его негативное метаболическое действие на липидный спектр крови.

Выводы. При назначении гипотензивной терапии пожилым больным АГ наиболее положительное действие на липидный спектр крови оказывают амлодипин с мелатонином и карведил с мелатонином. Отрицательный эффект на показатели метаболизма пациентов наблюдается при лечении гипотиазид с мелатонином. Представитель группы ингибиторов АПФ – диротон с мелатонином в этом отношении занимает нейтральную позицию.

Список литературы

1. Yusuf S. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. / Yusuf S., D.Phil, S. Rangarajan // N. Engl. J. Med. - 2014. - Vol. 371, №9. - P. 818-827.
2. Хамидов Н.Х. Влияние гипотензивной терапии на липиды крови у больных изолированной систолической гипертензией старших возрастов/ Н.Х.Хамидов, С.С.Аминджанова, Н.М. Хурсанов// Вестник Авиценны. -2012. -№1. -С.145-152.
3. Аминджанова С.С. Применение карведила у больных изолированной систолической артериальной гипертензией./ С.С.Аминджанова [и др.]/мат. Российского национального конгресса кардиологов. Москва. -2010. -С.16.

Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Хакимов Ё.В.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Актуальность. Коронавирусная инфекция – острое инфекционное заболевание, клинически характеризующееся преимущественным поражением верхних отделов респираторного тракта. В настоящее время известно о семи коронавирусах (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1, MERS-CoV и др.). Остальные виды коронавирусов циркулируют

среди диких и домашних животных. Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции [1]. ВОЗ сообщает о более чем 227 млн. подтвержденных случаев заболевания новой коронавирусной инфекции с декабря 2019 года со средней смертностью на уровне 2,1 % [2]. В настоящее время двусторонняя пневмония признана главным из симптомов новой инфекции – в метаанализе 50 466 стационарных пациентов у 97 % с COVID-19 по результатам компьютерной томографии выявляли легочную патологию [3]. Значимыми осложнениями были респираторный дистресс-синдром (ОРДС) – 3,4 % и септический шок – 1,1 % [4]. В исследовании с участием 1099 пациентов с лабораторно подтвержденным COVID-19 тяжелое течение наблюдалось у 15,7 % госпитализированных. Постоянный стресс создает порочный круг, который ускоряет прогрессирование деменции. Тревожность снижает скорость реакции, одновременно обостряя восприятие негативных событий. Данные лонгитюдных исследований показывают, что тревога и беспокойство влияют на когнитивные ресурсы, что косвенно приводит к снижению когнитивной деятельности [5].

Цель исследования. Оценить когнитивные функции больных с коронарновирусной инфекцией.

Материал и методы. Работа выполнена на базе Городского медицинского центра №1 им. Ахмедова К.Ю. г. Душанбе. Обследовано 80 больных старше 60 лет с диагнозом: коронарновирусная инфекция. Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Всем пациентам, наряду общеклиническими методами обследования, проведено тестирование на коронарновирус, компьютерная томография легких с целью верификации основного заболевания. Исследование состояния когнитивных функций проводилось с использованием следующих наиболее информативных методик: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-MentalStateExamination – MMSE), проба Шульте, батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FrontalAssessmentBattery – FAB), шкала Маттиса, тест «заучивания 5 слов». Контрольную группу составили 20 лиц адекватного возраста и без существенных отклонений в состоянии их здоровья.

Полученные результаты и их обсуждения. Согласно полученным результатам тестирования когнитивные нарушения выявлены у 85% обследованных больных. При индивидуальном анализе у 38,5% больных они были лёгкими, 21,5% умеренными и 25,0% случаев выраженными. В контрольной группе когнитивные нарушения констатированы у 39,4% лиц. При этом у 30,4% -легкие; 7,7%-умеренные и 1,3% выраженные. По итоговым результатам нейропсихологических тестов в группах выявлены отличия. У контрольной группы получены следующие суммарные баллы: тест Хачинского $8,3 \pm 0,7$; MMSE $27 \pm 4,1$; FAB $15,2 \pm 3,1$; Маттиса $10,9 \pm 1,7$; тест заучивания 5 слов $8,8 \pm 0,6$; тест рисования часов $8,2 \pm 2,6$; проба Шульте $35,1 \pm 8,2$ сек. В основной группе обследованных выявлены следующие особенности: тест Хачинского $8,7 \pm 0,9$; MMSE $22,7 \pm 2,1$; FAB $8,7 \pm 1,7$; Маттиса $6,25 \pm 1,7$; тест заучивания 5 слов $5,5 \pm 2,5$; тест рисования часов $4,7 \pm 3,8$; проба Шульте $51,1 \pm 6,3$ сек. Результаты исследования пациентов с коронарновирусной инфекцией характеризуются существенным ухудшением определённых показателей, оценивающих когнитивные функции. Различия между полученными данными в группах были статистически значимыми.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии существенных нарушений со стороны когнитивных функций у больных коронарновирусной инфекцией. Данное обстоятельство диктует целесообразность изучения показателей когнитивных функций у больных, с целью в лечебно-профилактических мероприятиях направленных на коррекцию выявленных отклонений у этой категории пациентов.

Список литературы

1. Chen N. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Lancet. -2020;-395(10223): C.507-513.
2. World Health Organization. Weekly operational update on COVID-19 4 July 2021. Weekly operationalupdateon COVID-19 – 20 September 2021. AccessedNovember 6, 2021
3. . Sun P, Clinical characteristics of hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection: A single arm meta-analysis. Sun P, Qie S, Liu Z, Ren J, Li K, Xi J. Journal of Medical Virology. 2020; №92(6)-C: 612-617.
4. Guan W, China medical treatment expert group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine.4. Guan W, Ni Z, Hu Yu, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Lei C, Hui DSC, Du B, Li L, Zeng G, Yuen KY, Chen R, Tang C, Wang T, Chen P, Xiang J, Li S, Wang J, Liang Z, Peng Y, Wei L, Liu Y, Hu Y, Peng P, Wang J, Liu J, Chen Z, Li G, Zheng Z, Qiu S, Luo J, Ye C, Zhu S, Zhong N 2020;-№ 382(18).- C1708-1720.
5. Troyer EA. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. Brain, Behavior, and Immunity. Troyer EA, Kohn JN, Hong S.2020;-№(87): C-34-39.

Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н., Мангитова Ч.Г.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ С МЕЛАТОНИНОМ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Актуальность. В республике Таджикистан к началу 2020 года число людей в возрасте 60 и старше лет составило более 500 тыс. или 5,5%. По прогнозам ООН к 2050 году число людей старших возрастных групп достигнет до 2 млрд и составит примерно 22% от общего числа населения. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из главных факторов риска развития когнитивных нарушений и деменции у пациентов старших возрастов [1]. Наиболее часто встречаемой формой повышения АД в пожилом возрасте является изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ). Её частота в возрасте 60 и старше лет составляет 50-75% [2].

Когнитивные нарушения (КН) являются расстройствами управляющих функций снижение скорости когнитивных процессов. Согласно международной классификации болезней к диагностическим критериям КН включены недостаточность одной или нескольких познавательных функций, выходящие за пределы возрастных физиологических норм. Целый ряд безупречных по дизайну проспективных, контролируемых исследований, доказали, что АД является самостоятельным фактором риска развития когнитивных нарушений [3,4,5,6,].

Цель исследования. Изучить влияние мелатонина на когнитивные функции больных пожилого возраста страдающих изолированной систолической артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе Городского медицинского центра №1 им. К.Ю. Ахмедова г. Душанбе. В исследование включены 50 больных ИСАГ с когнитивными нарушениями в возрасте от 60 до 75 лет. Из них женщин - 16, мужчин - 12. У 19 пациентов отмечен I тип, а у 31 - II тип ИСАГ. Основная группа получала стандартную гипотензивную терапию + мелатонин в дозе 3мг на ночь перед сном в течение 12 недель. Контрольную группу составили 20 больных адекватного возраста с ИСАГ когнитивными нарушениями и получала только стандартную гипотензивную терапию. Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст., когнитивные нарушения согласно международной классификации болезней (МКБ-10). Критерии исключения: вторичные артериальные гипертензии, приём антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропных препаратов, наличие нарушения зрения и слуха.

Всем пациентам, наряду общеклиническими методами обследования, проведена компьютерная или магнитно-резонансная томография с целью верификации основного заболевания. Исследование когнитивных функций проводилось в первой половине суток до и после приёма мелатонина. Оценку результатов проводили с использованием следующих методик: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE), проба Шульте, батарея тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), шкала Маттиса, тест «заучивания 5 слов».

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно результатам тестирования, когнитивные нарушения выявлены у всех 50 обследованных пациентов ИСАГ. При индивидуальном анализе у 61,1% больных они были лёгкими, 24,8% умеренными и 14,1% случаев выраженными. В основной группе обследованных до приёма мелатонина выявлены следующие результаты: тест Хачинского $8,7 \pm 0,9$; MMSE $22,7 \pm 2,1$; FAB $8,7 \pm 1,7$; Маттиса $6,25 \pm 1,7$; тест заучивания 5 слов $5,5 \pm 2,5$; тест рисования часов $4,7 \pm 3,8$; проба Шульте $51,1 \pm 6,3$ сек. При 12 недельной терапии мелатонином результаты были следующими: тест Хачинского $7,9 \pm 0,6$; MMSE $28,7 \pm 1,9$; FAB $10,3 \pm 2,7$; Маттиса $9,1 \pm 2,5$; тест заучивания 5 слов $7,4 \pm 1,5$; тест рисования часов $7,7 \pm 3,6$; проба Шульте $31,1 \pm 7,3$ сек. В контрольной группе когнитивные нарушения констатированы у 39,4% лиц. При этом у 30,4% - лёгкие; 7,7% - умеренные и 1,3% - выраженные. По итоговым результатам нейропсихологических тестов в группах выявлены отличия. У контрольной группы получены следующие суммарные баллы: тест Хачинского $8,3 \pm 0,7$; MMSE $27 \pm 4,1$; FAB $15,2 \pm 3,1$; Маттиса $10,9 \pm 1,7$; тест заучивания 5 слов $8,8 \pm 0,6$; тест рисования часов $8,2 \pm 2,6$; проба Шульте $35,1 \pm 8,2$ сек.

На фоне 12 недельной терапии мелатонином отмечено заметное улучшение когнитивных функций больных основной группы ИСАГ. Различия полученных данных в группах были статистически значимыми.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии существенных нарушений со стороны когнитивных функций у больных ИСАГ и положительного влияния мелатонина в комплексной терапии на КН этих пациентов. Данное обстоятельство диктует целесообразность назначения мелатонина в комплексной терапии для коррекции выявленных отклонений у этой категории больных.

Список литературы.

1. Бокарев И.Н. Артериальная гипертензия: современное состояние проблемы / И.Н. Бокарев, П.А. Дулин, Ю.В. Овчинников // Клиническая медицина. - 2017. - №7. - С. 581-586.
2. Яковлев В.М. Основы гериатрической кардиологии: руководство для практических врачей / В.М. Яковлев, Г.Я. Хайт // Москва: Издательский дом Видар-М. - 2011. - 424с.
3. Громова Д.О. Когнитивные нарушения у больных молодого и среднего возраста: диагностика и подходы к терапии / Д.О. Громова, Н.В. Вахнина // Неврология. - 2017. - №3. - С. 31-40.
4. Остроумова О.Д. Когнитивные нарушения и деменция у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией / О.Д. Остроумова, А.В. Стародубова, Т.М. Остроумова, М.С. Черняева // Кардиология. - 2018. - №10. - С. 71-79.
5. Богатырева Л.М. Коррекция когнитивных нарушений при артериальной гипертензии / Л.М. Богатырева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - №6. - С. 24-27.
6. Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Лолаев А.Н. Когнитивные функции больных пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией // Матер. Международной научно-практической конференции (67-годовой) ТГМУ. Душанбе 2019. С. 215-216..

Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н., Абдулхаков И.А

ПРИМЕНЕНИЕ СИОЗС У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕ- НИЕЙ В ПРАКТИКЕ ОБЩЕГО ТЕРАПЕВТА

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

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространённой возрастзависимой патологией во всем мире. Распространённость АГ составляет до 1 млрд. людей в мире, а среди взрослого населения составляет 30-45%. Особенно актуальной является проблема артериальной гипертензии (АГ) у пожилых. Повышенное артериальное давление (АД) обнаруживается более чем у 50% мужчин и женщин старше 60 лет и у 66% – старше 70 лет (Преображенский Д.В. и др., 2006). По мере прогрессирования АГ повреждаются сердце, мозг, почки и другие органы-мишени, что нередко приводит к преждевременной заболеваемости, инвалидизации и смертности(3). Прогнозируется, что число больных с этим недугом к 2025 г. Составит 1,6 млрд.

Особое место в структуре астенических расстройств занимает старческая астения (СА), рассматриваемая как ключевой гериатрический синдром (ГС), характеризующейся снижением физического резерва и функции организма, повышенной утомляемостью к эндо и экзогенным факторам, потери еѣавтономности, высоким риском неблагоприятных исходов для здоровья и смерти. Факторами риска СА является возраст, наличие депрессии, полипрогмазия и социальные факторы, и всегда СА ассоциируется с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, хроническими заболеваниями почек, суставов и верхних дыхательных путей(2).

Распространѣнность депрессии в населении старших возрастных групп составляет по данным разных исследователей от 9 до 30%. При этом важно, что легкие и чрезмерно выраженные депрессивные расстройство имеют место почти в 10 раз чаще, чем тяжелые депрессивные состояния, требующие стационарного лечения в гериатрических отделениях психиатрических больниц(3). Поздний возраст рассматривается как пиковый в отношении частоты депрессивных расстройств(2).

Между депрессивными расстройствами и заболеваниями сердечно - сосудистой системы существует определенная взаимосвязь(4). В частности, известно, что депрессия существенно ухудшает комплаенс в отношении терапии сердечно - сосудистой патологии, снижает качество жизни и социальную адаптацию, влияет на течение АД - гипертонических кризов и ишемической болезни сердца (ИБС), приводя к более ранней и повышенной смертности(2). В перспективных долгосрочных исследованиях было выявлено увеличение в 3-4 раза риска развития острых коронарных катастроф и гипертонических кризов у пациентов, перенесших депрессивные расстройства. Оказалось, что эмоциональные расстройства коррелируют с более тяжелым течением соматического заболевания и трехкратным увеличением смертности (1)

Аффективные расстройства не только являются ведущими причинами возрастания смертности от ССЗ, но и значительно ухудшают качество жизни пациентов. Депрессия препятствует выполнению врачебных рекомендаций по изменению образа жизни, соблюдению диеты, отказу от курения, режима двигательной активности(5). Она ограничивает контакты с другими людьми, приводит к психологической дезадаптации больных в целом, резко уменьшает приверженность к лечению, тем самым способствует неблагоприятным исходам при ССЗ (1.).

Цель исследования. Изучить влияние гипотензивной терапии с антидепрессантами из группы СИОЗС на гемодинамику больных со старческой астенией.

Материал и методы исследования. Обследовано 68 больных старческой астенией в возрасте от 68 до 86 лет (средний возраст $72,5 \pm 1,8$) после выписки из отделения кардиологии Городского медицинского центра г. Душанбе. Из них женщин было 44, мужчин -24. Критериями отбора являлись: наличие артериальной гипертензии и различного вида психических расстройств, определяющих методом экспресс диагностики депрессии у пожилых- гериатрическую шкалу депрессии которая состоит из четырех вопросов, два и более негативных ответа на вопросы шкалы указывают на вероятность депрессии, так же использовано шкала депрессии Бекка. После проведения общеклинического обследования 68 больных, случайным образом были рандомизированы на основную и контрольную группу. В выделенных группах было равное количество больных, также не было отмечено существенных различий по возрасту, длительности и степени тяжести АД и депрессии. Обе группы больных принимали базисную гипотензивную терапию в течении 12 недель. Больные основной группы кроме базисной терапии получали антидепрессант рексетин в дозе 10 мг в день, при необходимости дозу увеличивали до 15 мг. Препарат представляет собой высокоселективный СИОЗС, действующий путем специфического конкурентного подавления мембранного транспорта серотонина. Исследования продемонстрировали эффективность рексетина в дозе 10-15 мг/сут в лечении депрессии, в том числе у пожилых. Рексетин не оказывает антихолинергического, антигистаминного действия и не блокирует α -1 адренорецепторы. Это предотвращает развитие усиление когнитивных нарушений, седацию, нарушение равновесия и координации движений, что особенно важно для пожилых пациентов. Пожилой возраст является фактором, обуславливающим длительную поддерживавшую терапию антидепрессантами (от двух лет и более). Рексетин имеет высокие показатели результативности и частоты ремиссии, оптимальную профилактику рецидивов, что делает его препаратом выбора так же для поддерживающей терапии пожилых пациентов с депрессией.

Результаты исследования и их обсуждение. При включении в исследование исходные цифры АД в группах существенно не отличались. САД в основной группе больных составил $158,2 \pm 3,2$ мм.рт.ст., ДАД – $92,2 \pm 3,2$ мм.рт.ст. В контрольной группе – САД $157,2 \pm 3,2$ и ДАД – $92,2 \pm 2,0$ мм.рт.ст. Показатели по шкалам депрессии так же не имели различий, составляя основной группе больных суммарный балл BDI $32,4 \pm 1,1$ а в контрольной группе $32,0 \pm 1,1$.

После 12 недельного курса лечения препаратами в основной группе больных произошло достоверное понижение САД (на 14,5%) и ДАД (на 13,2%). При этом позитивный гипотензивный результат (снижение АД на 10% и более от исходного уровня) был достигнут в 96,2 % случаев. В контрольной группе динамика со стороны показателей гемодинамики была менее выраженной: «офисные» величины САД понизились на 6,9% и ДАД на 9,1%. Позитивный эффект со стороны величин АД отмечен у 62,7% обследованных пациентов. К концу курса лечения психологическое состояние больных основной группы значительно улучшилось. Суммарный балл BDI в целом по группе статистически значимо снизился на 58,5%, составив $19,7 \pm 0,3$. Полная редукция депрессивной симптоматики (< 19 баллов BDI) отмечалась у 80% больных. В контрольной группе на фоне монотерапии или празидом позитивные изменения со стороны психологического статуса были менее выраженными: средний суммарный балл BDI снизился всего на 25,1%. К концу лечения в группе у 17(50%) больных сохранялись, легкие депрессивные расстройства (19-24 балла), у 15 пациентов отмечались признаки истинной депрессии (≥ 24 балла). Полная редукция депрессивной симптоматики (< 19 баллов BDI) была достигнута лишь у 2 больных(5%).

Выводы. Таким образом, пациенты пожилого возраста являются группой риска и требуют особого подхода к диагностике и лечению депрессивных расстройств. Депрессия негативно влияет на здоровье пожилого человека, яв-

ляется самым предиктором сердечных катастроф, утяжеляет течение соматических заболеваний. Подбор антидепрессивных препаратов для пожилых пациентов должен быть продуманным и тщательным с учетом профиля эффективности и безопасности, а длительность поддерживающей терапии достаточной для профилактики рецидивов депрессии. Рексетин из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) имеют доказанный профиль безопасности и эффективности, по сравнению с другими группами антидепрессантов. Несмотря на то что они так же оказывают ряд побочных эффектов (гастроинтестинальные расстройства, головная боль, возбуждение) СИОЗС лучше переносятся, легки в применении безопасны при передозировке.

Список литературы

1. Козиолова, Н.А. Стратегия, тактические подходы и выбор комбинированной терапии в лечении больных артериальной гипертензией / Козиолова Н.А., Шатунова И.М. // Кардиология. - 2013. - №10. - С.71-81
2. Ларина, В.Н. Тревожно-депрессивное состояние у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / В.Н. Ларина, Б.Я. Брат // Кардиология. - 2012. - №10. - С.26-33
3. Оганов, Р.Г. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Под редакцией Р.Г. Оганова. 4-е издание / Силиция-Полиграф. - 2011. - 17-112с.
4. Stahl, S.M. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: an 8-week, multicenter, randomized placebo-controlled trial / Stahl S.M. // J. Clin Psychiatry 2010 p. 71 (5): 616-626. 8-642.
5. Wulsin, L.R. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? / Wulsin L.R., Singal B.M. // A systematic quantitative review. Psychosom Med 2013 p. 65-201-210.

Субханова З.И., Субхонов М.С., Икромов Б.Б.

ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательной системы. Отмечается ежегодный рост заболеваемости и смертности от БА, несмотря на существенные успехи в понимании механизмов возникновения заболевания и постоянное увеличение количества противоастматических препаратов. Не все пациенты в практике достигают полного контроля БА (1). Влияние факторов риска может вызвать БА и провоцировать ее обострение, снижать эффективность терапии. Поэтому так важно идентифицировать и прекратить влияние факторов риска развития БА на любом этапе ведения больного (2). В литературе отмечается частое сочетание ее с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (3). Существует мнение, что БА - является системным заболеванием, протекающим с поражением многих органов, в том числе и ЖКТ (4,5). Заболевания органов пищеварения – один из наиболее частых видов внелегочной висцеральной патологии, сочетающиеся с БА или осложняющие их течение (5).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – заболевание, при котором рефлюкс желудочного содержимого ведет к развитию симптомов и/или осложнений. При этом ГЭРБ не всегда сопровождается эзофагитом. Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет около 20%. В публикации 2007 года В. НАУЕМАНН приводятся следующие данные по распространенности ГЭРБ среди пациентов с БА: распространенность симптомов ГЭРБ составляет 59,2%. В то же время распространенность БА среди больных ГЭРБ составила 4,6%.

Механизм влияния ГЭРБ на течение БА складывается из двух основных моментов: микроаспирации и рефлекторного воздействия. Микроаспирация представляет собой попадание желудочного (пепсин и соляная кислота) или дуоденального (желчные кислоты, панкреатические ферменты) содержимого в пищевод, глотку с последующей аспирацией в дыхательные пути. Агрессивное содержимое аспирата ведет к развитию воспаления, вызывая обструкцию и нарушение газообмена. Рефлекторное воздействие связано с единым эмбриональным происхождением пищевода и бронхиального дерева и общей иннервацией блуждающим нервом. Попадание кислого содержимого желудка в нижние отделы пищевода стимулирует хеморецепторы, рефлекторно провоцируя кашель и бронхоспазм. ГЭРБ и БА характеризуются прогрессирующей распространенностью. Каждое из этих заболеваний с мультифакторным патогенезом сопровождается различным коморбидным состоянием, которое при сочетании БА и ГЭРБ осложняет течение основных болезней и значительно ухудшает качество жизни (1,2). БА и ГЭРБ представляют собой серьезную проблему, а их сочетанное течение характеризуется значительным снижением качества жизни, повышением частоты и длительности госпитализации (3).

Цель исследования. Выявить влияние ГЭРБ на течение БА.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 73 больных бронхиальной астмой средней степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в возрасте от 18-65 лет за период 2017-2022 год. Из них мужчин 35 (47,94%), женщин 38 (52,06%). Стаж заболевания от одного года до 25 лет. При исследовании использованы общеклинические методы исследования, анализ мокроты, Р-графия легких, УЗИ внутренних органов, спирография, эндоскопия. Больные наряду с базисной терапией получали симптоматическую терапию.

Результаты исследования. Все больные были распределены на две группы. В первую группу включены 42 (57,53%) больных БА, у которых имелись гастроэнтерологические жалобы, во вторую вошли 31 (42,47%) больных не имеющих гастроэнтерологические жалобы. В ходе исследования доказана высокая частота вовлечения в патологический процесс пищеварительной системы у больных БА, даже во второй группе. Отмечалась связь с возрастом - чем старше был возраст больных, тем чаще наблюдались сочетания БА с заболеванием пищеварительной системы. Число больных с патологией ЖКТ увеличивалось с нарастанием тяжести и продолжительностью БА. Кроме того, БА в сочетании с патологией ЖКТ протекала более тяжело. У больных БА с длительностью заболевания более 10 лет особое

внимание представляет рефлюкс – эзофагит (ГЭРБ), рассматриваемый в литературе в качестве триггера приступов БА, преимущественно в ночное время. У больных первой группы отмечено преобладание легочной симптоматики над гастроэтерологическими проявлениями. Наблюдали частые ночные приступы, кашель, усиливающийся в положении лежа, в ночные часы и на фоне диспепсии, одышка, проявляющаяся особенно при употреблении продуктов, прием которых стимулирует появление или усиление симптомов ГЭРБ (кофе, алкоголя, острой и пряной пищи, газированных напитков и других продуктов). Симптомы ГЭРБ при этом были выражены слабо, но все же обращало на себя внимание периодически боль за грудиной, изжога, избыточная саливация во время сна, отрыжка воздухом. Учащение симптомов ГЭРБ было связано с такими факторами риска, как длительный прием и доза кортикостероидов, повышенная масса тела – 30 (71,4%) и пожилой возраст – 19 (45,2). Во второй группе больных БА, не предъявляющие гастроэтерологические жалобы, при детальном опросе и обследовании выявлены: рефлюкс эзофагит 7 (22,5%), гастродуоденит 5(16,1%), хронический холецистит 6(19,3%), хронический панкреатит 6(19,3%). В этой группе частота поражения органов ЖКТ чаще наблюдалась у мужчин, возможно это еще связано с курением. Отмечено более тяжелое течение БА у больных ГЭРБ, со значительным снижением качества жизни, повышением частоты и длительности госпитализации и потребности медикаментозной терапии. При лечении больным рекомендовали изменить образ жизни (отказ от курения, воздержание от приема газированных и спиртных напитков, избегать переедание, контроль за массой тела, контролировать прием гормонов и НПВП). При лечении больных БА в первой группе сочетали два базисных препарата: ингаляционный кортикостероид (бекламетазон, будесонид, флутиказон - дозы соответственно тяжести течения болезни) и блокатор лейкотриеновой системы (монтелукаст), комбинированные препараты (симбикорт, серетид). Ингаляционные и пероральные кортикостероиды назначали с осторожностью, поскольку они могут спровоцировать язвенное поражение ЖКТ. При необходимости для быстрого купирования приступов удушья назначали ингаляционные бета – агонисты. В лечении проявлений ГЭРБ применяли ингибиторы протонной помпы - омепразол или рабепразол, прокинетики - домперидон, допрокин. При комплексном лечении улучшались показатели ФВД, уменьшалась потребность в бронхолитиках короткого действия, тяжесть приступов, частота и длительность госпитализации.

Выводы. Таким образом, ГЭРБ отягощает течение БА и наоборот. Только комплексный подход дает результаты в терапии данной группы пациентов. Достижение ремиссии в течении ГЭРБ приводит к достижению контроля БА.

Список литературы.

1. Бродская О.Н. Бронхиальная астма и ГЭРБ: Актуальные вопросы диагностики и лечения. Астма и аллергия. 2016; 2 :11-14.
2. Маев И.В., Бурков С.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ассоциированная патология. М: Литера; 2014.
3. Горбань В.В., Ковригина И.Б., Горбань Э.В. «Синтропия бронхиальной астмы и ГЭРБ: патогенетические особенности и возможности малоинвазивной диагностики на амбулаторном этапе» Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2023; 4:25-34.
4. Маев И.В. Состояние органов пищеварения при хроническом обструктивном бронхите, бронхиальной астме и эмфиземе легких/ И.В. Маев , Л.П. Воробьев, Г.А. Бусарова // Пульмонология – 2002.- №4. С 85-92.
5. Бейтуганова И.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и клинко- морфологические изменения органов пищеварения у пациентов с бронхиальной астмой. 1999. – 142с.

Субханова З.И., Бобиева Н.Х., Меликова Т.И.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Распространенность внебольничных пневмоний (ВП) среди лиц старческого возраста в Москве составляет 17,4%, а в США – 20-40%. По данным NATIONAL CENTR for HEALTH STATISTICS, у пожилых людей заболеваемость ВП в 2 раза выше, чем у лиц молодого возраста, частота госпитализации при этом заболевании с возрастом увеличивается более чем в 10 раз. Летальность при пневмонии среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и достигает 10 – 15% при пневмококковых пневмониях (1,2). Распространенность пневмоний среди стариков и пожилых, тяжелое течение заболевания и высокая летальность делает диагностику и лечение пневмоний у данной категории пациентов одной из важных медико–социальных проблем в гериатрической практике. Умение своевременно диагностировать и начать адекватное лечение пневмоний важно для врачей различных специальностей, курирующих поздновозрастной контингент, поскольку пневмония у них часто ассоциируется с различными (фоновыми) заболеваниями и протекают в сложных переплетениях друг с другом. Нередко возникающая декомпенсация фоновых заболеваний значительно затрудняют диагностику пневмоний, усложняет лечение больного в целом и значительно ухудшает прогноз заболевания (2). Особенности течения острых пневмоний у пожилых и стариков, обуславливающим трудности и нередко ошибки в диагностике, являются следующие:

- непостоянные и невыраженные физикальные признаки заболевания;
- неоднозначная трактовка имеющихся аускультативных симптомов и рентгенологической картины в связи с фоновой патологией (ХНЗЛ, легочные фиброзы, левожелудочковая недостаточность);
- частые нарушения со стороны ЦНС (апатия, заторможенность, спутанность сознания, сопорозное состояние и др.);
- необъяснимые падения, часто предшествующие появлению легочной симптоматики пневмонии;
- декомпенсация сопутствующих заболеваний (сердечная и дыхательная недостаточность, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия), нередко выступающая на первый план в клинической картине;

-тяжелое течение заболевания, обусловленное характером возбудителя, сопутствующей патологией, несвоевременной диагностикой (3,4).

Цель исследования. Выявить трудности диагностики и лечения пневмоний старческого и пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 70 больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2019 – 2023 гг. Основную группу составили 42(60%) больных в возрасте от 60 до 75 лет, из них мужчин 18(42,85%), женщин 24(57,15%). Группа сравнения составила 28(40%) больных в возрасте от 18 до 59 лет, из них мужчин 12(42,86%), женщин 16(57,14%).

При обследовании больных использованы общеклинические методы, исследование мокроты, бактериологический анализ мокроты, биохимический анализ крови, рентгенография легких, КТ легких, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, оценка функции внешнего дыхания, консультации кардиолога, невропатолога, онколога.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты проведенных исследований показали, что в клинической картине больных пожилого возраста (основная группа) в отличие от группы сравнения преобладали общие симптомы: слабость, исчезновение аппетита, не редко рвота, понос, ознобы, боли в груди, симптомы интоксикации, апатия, головная боль. Кашель часто отсутствовал или отмечалось легкое покашливание (18 больных – 42,9%), у 21 больного (50%) заболевание протекало на фоне субфебрильной или нормальной температуры. В ряде случаев, ведущим симптомом развития острой пневмонии были быстро нарастающая сердечно-сосудистая недостаточность (18 больных – 42,9%). При объективном исследовании отмечался цианоз кожных покровов лица и губ, учащенное поверхностное дыхание, являющиеся результатом развития легочной недостаточности. Функциональные данные были очень бедны, нередко отсутствовало укорочение перкуторного звука, дыхание становилось жестким. Наиболее постоянным аускультативным симптомом являлись крепитации и мелкопузырчатые хрипы. Со стороны лабораторных данных лейкоцитоз наблюдался реже или был менее выраженным, чем в группе сравнения. Наиболее часто отмечались повышение СОЭ и диспротеинемия. Особо важную роль в диагностике пневмоний у людей пожилого возраста принадлежало рентгенологическому методу исследования.

Обобщая особенности течения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста ещё Н.Д. Стражеско (1939) отмечал, что симптоматика заболевания в старости значительно беднее, чем в зрелом возрасте, все болезни у них протекают вяло, растянуто, механизмы компенсации истощаются быстрее.

Частое отсутствие мокроты и трудности ее получения (отсутствие кашлевого рефлекса, невозможность правильного сбора мокроты) затрудняла этиологическую диагностику. Пневмония у стариков по своему этиологическому спектру существенно не отличалась от пневмоний других возрастных групп. Обычным возбудителем пневмоний в старческом возрасте является пневмококк, гемофильная палочка, стрептококк, наличие смешанной флоры. Тяжелое течение пневмоний наблюдалось в основной группе у 28 (66,6%) пациентов на фоне тяжелых хронических соматических заболеваний, по поводу которых проводили лечение кортикостероидами, цитостатиками, частые и длительные курсы антибиотикотерапии (инфекции мочевых путей).

Следует отметить важность как можно более раннего начала и интенсивности антибактериальной терапии на достаточно длительное время. Антибактериальная терапия сочеталась с общеукрепляющим лечением (витаминотерапия), назначением бронхолитиков, дезинтоксикационной терапии. Одновременно с антибактериальной терапией по показаниям назначались сердечно-сосудистые средства – сердечные гликозиды, коронаролитики, противоаритмические средства, антикоагулянты, противогрибковые препараты. Наиболее значимым и ответственным решением, от которого во многом зависит конечный результат и эффективность лечения, являлся выбор первоначального антибактериального препарата и своевременно начатая терапия. При лечении использовали «защищенные» аминопенициллины (ампициллин/сульбактам, амоксациллин/клавуленовая кислота). Наряду с ними использовали цефалоспорины II и III поколения (цефуроксим, цефтазидим). Препаратами выбора были макролиды (кларитромицин, азитромицин, спиромицин). При необходимости использовали сочетанное применение двух антибиотиков, путей введения, длительности. Адекватность выбора первоначальной антибактериальной пневмонии оценивали на вторые - третьи сутки лечения. Ориентировались на температуру, интоксикационный синдром, активность больного, нарушения со стороны ЦНС. При лечении имели в виду сопутствующие заболевания, функциональную недостаточность печени, почек, ожирение, состояние сердечно - сосудистой системы, лекарственное взаимодействие. Нередко возникающая декомпенсация фоновых заболеваний значительно затрудняла диагностику пневмонии, усложнив лечение больного и значительно ухудшив прогноз заболевания.

Выводы. Результаты проведенных исследований показывают, что течение острых пневмоний у пожилых людей и стариков отличается малосимптомностью, зависит от своевременной правильной диагностики, раннего адекватного лечения, сопутствующих заболеваний, состояния реактивности организма и функциональных возможностей аппарата внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы больных. Лечение этой категории больных должно быть своевременное, комплексное и обязательно стационарное. В комплекс лечебных мероприятий следует включить ЛФК, дыхательную гимнастику.

Список литературы.

1. Синопальников А.И. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией: диагностика, оценка степени тяжести, антибактериальная терапия, профилактика /А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский, О.В. Сивая// Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2001. – Т.3, №4. – С. 355-370.
2. Дворецкий С.В., Лазебник Л.Б., Яковлев С.В. Диагностика и лечение бактериальных инфекций у пожилых. М. Универсум Паблишинг, 1997; 54 с.
3. Яковлев С.В. Лечение инфекций нижних дыхательных путей у больных пожилого возраста. Тер. архив., 1997; 12; 57-63.
4. Дворецкий Л.И. Пневмония у больных пожилого и старческого возраста. Р.М.Ж. 1998; 21:1.

Актуальность. Пневмония – заболевание, с которым сталкиваются врачи почти всех специальностей. Пневмония остается одним из самых распространенных инфекционных заболеваний. На протяжении последних лет повсеместно возросло число внебольничных пневмоний (ВП) с тяжелым и затяжным течением (1). Во-первых, это связано с изменением этиологической структуры внебольничных пневмоний, которые приводят к более тяжелому течению; во-вторых, с увеличением в популяции частоты антибиотикорезистентных штаммов возбудителей (2,3). Впервые тема застойной пневмонии была поднята в клинических лекциях С. П. Боткина, в которых он рассматривал причины запоздалой регрессии серого опеченения при пневмонии. Следует отметить, что проблеме затяжной пневмонии уделяется недостаточное внимание. Современная трактовка затяжной пневмонии основана на медленном или неразрешенном пневмоническом процессе, несмотря на лечение. При установке диагноза затяжная пневмония всегда исходит из критериев обычного течения пневмоний. Таким критерием являются лихорадочный период не более 4 дней, купирование кашля на 4-9 сутки, регресс аускультативных признаков пневмонии к концу 1 недели от заболевания, нормализация числа лейкоцитов к 4 суткам и уровня С-реактивного белка (СРБ) к 3-м суткам. Если основываться на критериях обычного течения пневмонии, то становится понятным, почему данная тема столь актуальна в наши дни.

Цель исследования. Выявить факторы риска затяжных пневмоний.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе пульмонологического отделения ГУ НМИЦ РТ «Шахраки шифобахш» за период 2019-2023г. В исследовании участвовали 64 больных в возрасте от 40-70 лет. Из них мужчин 29(45,31%), женщин 35(54,69%). Всем больным проводились общеклинические исследования крови, мочи, исследование мокроты, бактериологический посев мокроты, рентгенография и КТ легких, в том числе в динамике, ЭКГ, УЗИ внутренних органов, профиль температуры тела. Во всех случаях диагноз пневмония был подтвержден рентгенологически. Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу включены 25(39,06%) пациентов без хронических сопутствующих заболеваний, не применявшие за последние 3 месяца антибактериальную терапию. Во вторую группу включены 39(61%) пациентов с ВП с сопутствующими заболеваниями: ХОБЛ 9(23%), СД 4(10,25%), ХСН 5(12,82%), цирроз печени 1(2,54%), злокачественные образования 2 (5,12%), ТВС легких 2(5,12%), перенесшие COVID-19 в тяжелой и среднетяжелой степени тяжести 1-2 года назад 7(17,94%), заболевание ЛОР органов 4 (гайморит 10,25%), пациенты принимавшие за последние 3 месяца антибактериальную терапию более 3х дней 5(12,82%). Пневмония у больных ХОБЛ всегда является признаком, свидетельствующим о тяжелом прогнозе данного заболевания; состояние больных ХОБЛ гораздо ухудшается и болезнь приобретает, как правило, инвалидизирующий характер. Все больные получали традиционную стартовую антибактериальную терапию, при необходимости лечение сопутствующей патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показал, что у большинства больных отмечена поздняя госпитализация в стационар. Поздняя госпитализация у 21 больных (32,8%) объяснялась сложностью диагностики острой пневмонии при развитии на фоне вирусной патологии. В 19(29,7%) случаях была обусловлена поздней обращаемостью в лечебное учреждение. У 11(17,1%) больных поздняя обращаемость связана с самолечением антибиотиками и НПВП. Затяжное течение ОП наблюдалось у 16 больных (25%), из них 8 имело место поздняя госпитализация (на 6-14 день заболевания). Почти во всех случаях затяжного течения пневмоний имело место неадекватный подбор антибиотиков, нерациональная их комбинация и отсутствие ступенчатой терапии, и лечение сопутствующей патологии.

В первой группе пациенты после 3-х недельного лечения отмечали хорошее самочувствие, восстановление аппетита, нормализацию температуры, постепенный регресс основных клинических проявлений заболевания. Объективно со стороны легких - отсутствие аускультативных изменений и симптомов легочной недостаточности. Нормализовались все острофазовые показатели (лейкоциты, отмечалось снижение СОЭ и С - реактивный белок). В течение 4 – х недель получено рентгенологически подтвержденное разрешение инфильтрации в легких. В первой группе летальность не отмечалась. В эту группу вошли больные в возрасте от 40-45 лет, в анамнезе которых нет хронических сопутствующих заболеваний, не применявшие антибактериальную терапию последние 3 месяца. Во второй группе пациентов клинико-лабораторное улучшение наступало гораздо позднее. Отсутствие ответа на терапию в ранние сроки помимо основных причин, таких как неадекватная антибактериальная и инфузионная терапия, недостаточная респираторная поддержка, в большинстве случаев связано с развитием осложнений пневмоний, декомпенсацией сопутствующих заболеваний или сменой возбудителя (нозокомиальной суперинфекции). Такие пациенты требовали тщательного мониторинга, т.к. летальность в группе «не ответивших на лечение» существенно возрастала. Этим пациентам проводились дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с целью выявления осложнений ВП, декомпенсации сопутствующих заболеваний. Зачастую была необходимость пересмотра и усиления режима антибактериальной терапии с учетом полученных результатов микробиологических исследований, интенсификация респираторной поддержки и терапии сопутствующего заболевания. У ряда пациентов отмечалось более медленное разрешение симптомов ВП с отсроченным достижением клинической стабильности: это сопровождалось отсутствием рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких в течение 4-х недель или их прогрессированием (медленно разрешающаяся или не разрешающаяся пневмония). К факторам неадекватного (позднего) ответа на лечение относился пожилой возраст (старше 65 лет), наличие хронической сопутствующей патологии, перенесенная инфекция Covid-19 в тяжелой и среднетяжелой форме, мультилобарная инфильтрация, наличие полостей деструкции, экссудативного плеврита, бактеремия.

Часть пациентов второй группы, особенно при тяжелом течении, не отвечало на лечение, что проявлялось прогрессированием дыхательной недостаточности и необходимостью проведения ИВЛ. В этой группе наблюдалось медленное рентгенологическое рассасывание инфильтрата, динамика клинических и лабораторных данных. Фактически,

почти у всех больных этой группы к моменту выписки из стационара определялся избыточный и нечеткий легочный рисунок с явлениями периваскулярно-перибронхиальной инфильтрации.

Выводы. Затяжная пневмония играет важную роль в современной клинической практике, несмотря на достигнутые результаты в создании нового поколения антибактериальных препаратов. У пациентов с затяжными пневмониями или пневмониями «не ответивших» на антибактериальную терапию, помимо поиска потенциальных причин неэффективности лечения, важное значение приобретает дифференциальная диагностика с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые могут протекать под маской пневмонии.

Список литературы.

1. Чучалин А.Г. Затяжные пневмонии // Пульмонология. 2014 №3 С. 5-10.
2. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых \ А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов, С.Н. Авдеев, И.Е. Тюрин.
3. Авдеев С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония \С.Н. Авдеев, А.Г. Чучалин// Русский мед. журнал.-2001.-Т.9. №5.
4. Гостищев В.К., Харитонов Ю.К. Лечение острых абсцессов легких. РМЖ, В 2001; 9(3-4): 54-103.

Султонова С.С., Зондбоева Н.З., Сангова Ф.Р.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОСКОПИИ У РАБОЧИХ «ТАДЖИК ЦЕМЕНТ»

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

Актуальность. В последние годы в Республике Таджикистан (РТ) регистрируется неуклонный рост хронических неспецифических заболеваний легких, среди которых бронхообструктивные заболевания лёгких занимают третье место в структуре патологии органов дыхания [1, 2]. За последние 10-15 лет в республике в количественном отношении увеличилось число пациентов с бронхиальной астмой, обусловленной совокупностью влияния как экологических факторов, так и вредных производственных факторов. Нередко загрязнение атмосферного воздуха промышленными выбросами, аллергенами растительного и животного происхождения зачастую становятся причиной патологии лёгких среди рабочих в зоне влияния вредных выбросов. Современное производство цемента сопряжено с неизбежным выбросом в атмосферу микрочастиц с размерами до 4-5 мкм, которые содержат SiO₂, CaO, Al₂O₅, Fe₂O₃, соединения Mn и Cr [3]. Производство пуццоланового и портландцемента, кислотного цемента характеризуются выбросом в воздух более токсичных канцерогенных веществ, способствующих более быстрому формированию пневмокониозов патологии бронхов. Так, по данным статистического отдела Республиканского центра профпатологии РТ за последние 5 лет увеличилась заболеваемость бронхиальной астмы среди работников цементного производства в 3 раза, с изменением нозологических форм с преобладанием тяжелых форм патологии лёгких. Большая часть таких пациентов обращаются за медицинской помощью только на стадиях лёгочной и правожелудочковой недостаточности. Кроме того, ежедневное загрязнение атмосферного воздуха помимо профессиональных сенситизаторов усугубляется влиянием аллергенов растительного и животного происхождения, что создаёт дополнительные трудности в идентификации этиологических причин [4]. В условиях наращивания мощности и временного характера производства цемента в республике становится очевидным важное значение срока начала контакта с профессиональными сенситизаторами не только для рабочих, но и населения проживающего в зоне влияния производства [5, 6]. Вполне понятно, что заболевший рабочий должен незамедлительно покинуть рабочее место из-за тяжести состояния. Сложнее ситуация обстоит с заболеваемостью населения, которое подвержено круглосуточно влиянию вредных факторов производства, а среди них зачастую люди трудоспособного и детского возраста. Вышеизложенные аспекты делают актуальным изучение структуры патологии бронхов и лёгких.

Цель исследования. На основании бронхоскопического метода исследования установить структуру патологии бронхов и лёгких у рабочих дробильного цеха производства цемента.

Материал и методы исследований. За период с 2019-22 г в результате комплексных медицинских осмотров сотрудниками профпатологического центра г. Душанбе было осмотрено 149 рабочих дробильного цеха «Таджикцемент». Всем пациентам проведено обследование по пульмонологическому плану и бронхоскопическое исследование. Среди обследованных пациентов в возрасте от 23 до 47 лет (средний возраст 36,9±1,6 года) мужчин было 135 (90,6%), женщин - 14(9,4%). Все пациенты были уроженцами г. Душанбе и р имели стаж работы более 9 лет. Нормативные данные учитывались результатами обследования 10 здоровых лиц (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований (таблица 1) позволили выявить у 81,2% обследованных явления в той или иной степени выраженности бронхита. Преимущественно наблюдалась картина гнойного эндобронхита (у 61 чел.- 40,9%), явления диффузного эндобронхита (44 чел.- 25,5%). По всей вероятности всасывающиеся газообразные кремниевые частицы вызывают патологические изменения эпителия слизистой бронхов способствующие развитию вторичной инфекции. Анализ эндоскопических исследований проведенный у рабочих завода показал наиболее частую патологию в виде различных характерных изменений бронхов.

Таблица 1.-Результаты бронхоскопических исследований у рабочих «Таджикцемент»

	Характер выявленной патологии	Количество Абс. %	
1	Острый бронхит	11	7,4
2	Катаральный эндобронхит	5	
3	Гнойный эндобронхит	61	40,9
4	Хронический гнойный эндобронхит	4	2,7
5	Диффузный эндобронхит	44	29,5
6	Абсцесс легкого	13	8,7

7	Первичные бронхоэктазы	2	1,3
8	Гипоплазия легкого	6	4,0
9	Трахеобронхомегалия	3	2,0
	Итого	149	100

Примечание: % рассчитан от общего количества обследованных пациентов

Выявленные изменения при эндоскопическом исследовании бронхов соответствуют предположению о ведущей роли воздействия токсических соединений на органы дыхания и свидетельствуют о необходимости проведения более тщательных целенаправленных исследований.

Результаты клинических исследований позволили установить у 71 пациента выраженные симптомы бронхиальной астмы. В зависимости от формы бронхиальной астмы все пациенты были распределены на 2 группы (1-я группа атопическая и 2-я группа инфекционно-аллергическая) (таблица 2). В таблице приведены данные, касающиеся изменений периферической крови и мокроты в обеих группах у 71 больного при обострении болезни, из которой видно, что увеличение количество эозинофилов в периферической крови более 5%, при БА с сочетанной сенсibilизацией форме бронхиальной астмы выявлено в 53,7% случаев.

Таблица 2.-Показатели эозинофилов, лейкоцитов, СОЭ в периферической крови и аллергических стигматов в различных группах больных бронхиальной астмы.

Показатели крови и мокроты	Группа больных бронхиальной астмой	
	I группа (n=41)	II группа (n=33)
Эозинофилия крови:		
5-10%	14 (34,1%)	10 (30,3%)
11-15%	4 (9,8%)	12 (36,4%)
16-20%	2 (4,9%)	4 (12,1%)
более 20%	2 (4,9%)	2 (6%)
всего:	28 (84,8%)	22 (53,7%)
Лейкоцитоз:		
8-10 тыс.	2 (4,9%)	-
11-15 тыс.	-	-
более 15 тыс.	-	-
Всего:	2 (4,9%)	-
Ускорение СОЭ:		
15-30 мм/ч	4 (9,8%)	-
30-40 мм/ч	-	-
более 40 мм./ч	-	-
Всего:	4 (9,8%)	-
Аллергические стигматиты в мокроте	-	-
Эозинофилы	10 (24,4%)	12 (36,4%)
Кристаллы Шарко-Лейдена	4 (9,8%)	2 (6,0%)

Примечание: % рассчитан от общего количества пациентов в группе

У больных эозинофилия отмечена в 84,8% и 54% случаев соответственно. Аллергические стигматиты в мокроте обнаруживались примерно в одинаковом проценте случаев, лейкоцитоз и ускорение СОЭ чаще и более значительны у БА при сочетанной сенсibilизации.

Выводы. В целом, из результатов проведенных исследований выяснилось, что отмечается ряд особенностей в развитии бронхиальной астмы: более половины обследованных (72%) заболели в возрасте до 40 лет; в прошлом перенесли частые инфекционные заболевания (76%); положительный собственный аллергологический анамнез отмечен у 90% больных и в анамнезе преобладал аллергический ринит, лекарственная, пищевая аллергия и крапивница. А так же высокая степень эозинофилии у большинства больных. Следовательно, течение бронхиальной астмы, в условиях множественной сенсibilизации отмечается преобладанием тяжелых форм, частыми осложнениями, патологией других органов и систем, высокой сенсibilизацией организма профессиональными сенситизаторами.

Список литературы

1. Каюмов Х.Б. Особенности этиологической структуры бронхолегочных заболеваний у населения Республики Таджикистан на современном этапе: авторефдисс. к.м.н., 14010.04/Х.Б. Каюмов; Душанбинский гос. мед ун-т. - М., 2009.- 41 с..
2. Зоидбоева Н.З. Современные аспекты грибкового поражения лёгких: ранняя диагностика, лечение, профилактика: авторефдисс. к.м.н., 14010.04/Н.З. Зоидбоева; Душанбинский гос. мед ун-т. - М., 2019.- 40 с..
3. Чомаева М.Н., Байрамкулова Б.О. Геоэкологические аспекты функционирования цементного производства // Известия ДГУ. – 2016. – Т. 10, №3. – С. 124-129.
4. М. Н. Чомаева Экология производства цемента // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2019. №2-1.- С. 119-124.
5. Василик Г. Ю. Цементная промышленность России в 2020 году / Г. Ю. Василик, Е. М. Еремина // Цемент и его применение. — 2020. — № 6. — С. 22–33.
6. Гузь В. А. Российская цементная промышленность в 2019 году / В. А. Гузь, В. И. Жарко, Е. В. Высоцкий // Цемент и его применение. — 2020. — № 1. — С. 20–25.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Кафедра внутренних болезней № 2 и кардиологии Самаркандского государственного медицинского университета.
Самаркандский Филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Самарканд, Узбекистан

Актуальным является изучение психосоциальных факторов с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике кардиоваскулярной патологии.

Цель исследования: оценка адекватности навыков преодоления стресса (копинг-поведение), что может способствовать более успешному лечению. Несмотря на обширные психологические исследования больных гипертонической болезнью (ГБ), в литературе имеются неоднозначные взгляды на характер личности больного с ГБ, на факторы, определяющие его адаптацию к стрессу и к болезни.

Методы исследования. Обследовано 52 больных (26 муж. и 26 жен.) с ГБ II стадии, в возрасте от 38 до 70 лет (средний возраст 44,5г). Давность заболевания от 2 до 9 лет, в среднем 6,6 лет. Контрольная группа здоровых составила 52 чел. (26 муж. и 26 жен.), в возрасте от 30 до 56 лет (средний возраст 44,6г). Все обследованные с высшим образованием, работающие. Всем проведено полное клиническое обследование с использованием лабораторных (общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови - глюкоза, липидограмма, креатинин) и инструментальных методов (ЭКГ, ЭхоКГ, офтальмоскопия), что позволило более четко провести дифференциацию групп, а также психодиагностическое тестирование с помощью методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях». Обработка и анализ результатов проводились с использованием сравнения средних значений количественных данных с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Показатели копинг-поведения и в группе здоровых, и в группе больных соответствуют низкому уровню, что позволяет судить о недостаточном использовании осознанных механизмов адаптации к стрессу. Проблемно-ориентированный копинг (ПОК) более выражен у здоровых ($p < 0,05$), а по шкале «отвлечение» показатели выше в группе больных ($p < 0,05$). При сравнении больных женщин и мужчин: у женщин достоверно преобладают ПОК и эмоционально-ориентированный копинг (ЭОК) ($p < 0,05$), копинг, ориентированный на избегание (КОИ) ($p < 0,01$) и отвлечение ($p < 0,001$). При сравнении групп здоровых и больных женщин: больные достоверно чаще, чем здоровые, используют КОИ ($p < 0,05$) и отвлечение ($p < 0,01$). При сравнении групп здоровых и больных мужчин: при болезни заметно снижается частота использования ПОК ($p < 0,001$), при этом уменьшается в целом использование и других вариантов совладания. Для женщин характерно использование большего спектра копинг-стратегий, чем для мужчин.

Заключение. При планировании и проведении лечебных мероприятий у пациентов с гипертонической болезнью II стадии следует учитывать их психологические особенности, что позволит достичь большей приверженности к терапии. Необходимо дифференцировать психологические аспекты лечебной работы в зависимости от пола пациентов.

Список литературы

1. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., & Тогаева, Б. М. (2019). Особенности клинического течения бронхиальной астмы у лиц молодого возраста. *Том-iii*, 359.
2. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф., Алиева, А., Хошимов, Д., & Орипов, С. (2014). Левофлюксаии в комплексной терапии больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. In *молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 229-229).
3. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Абдиева, Г. А. (2022). Covid-19 билан касалланганда юрак кон томир асоратлари ривожланиши хавфи билан артериал гипертензиянинг ривожланиши ва клиник кечилишининг узишга хос хусусиятлари. *Журнал биомедицины и практики*, 7(4).
4. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Абдиева, Г. А., Хайдарова, Д. Д., & Тогаева, Б. М. (2022). covid-19 билан оғриган беморларда гипертония касаллиги ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг коморбидлигида клиник кечилишининг ўзишга хослиги ва замонавий диагностикаси. *журнал биомедицины и практики*, 7(4).
5. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хайдарова, Д. Д., Абдиева, Г. А., & Тогаева, Б. М. Клиника характеристика прогрессирования артериальной гипертонии с риском сердечно сосудистных осложнений при COVID-19. *Polish Science Journal*, (1), 34.

Таджикинов Т.Б., Исаева М.Б., Собиров Ш.М.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

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

Актуальность. Невропатия лицевого нерва преимущественно в возрасте 30 -50 и 60 – 70 лет с одинаковой частотой среди мужчин и женщин в среднем у 20 – 32 на 100 000 человек в год в общей популяции. Рецидив заболевания возникает у 3 – 11% пациентов. Невропатия лицевого нерва в большинстве случаев является идиопатической и носит название паралича Белла (ПБ). Причиной развития патологии также могут быть травмы (перинатальная, перелом височной кости, огнестрельные раны, проникающие повреждения), неврологические нарушения (лакунарный или стволовой инсульт, синдром Гийена – Барре, миастения, рассеянный склероз), неопластические процессы (шваннома, менингиома, гемангиома, малигнизация околоушной железы), ятрогенные манипуляции (хирургические вмешательства на головном мозге, среднем ухе, в области сосцевидного отростка, околоушной железы), инфекции (вирусные:

ветренная оспа, опоясывающий лишай, ВИС; отит среднего уха; остеомиелит основания черепа; болезнь Лайма), сосудистые расстройства, метаболические нарушения (сахарный диабет, беременность, дефицит витамина А), генетические заболевания (синдром Мелькерссона Розенталя, болезнь Альберс – Шенберга, синдром Мёбиуса, синдром Гольденхара). По течению заболевания выделяют острую стадию продолжительностью до двух недель, подострую – до четырех недель, хроническую – более 4 недель. При ПБ прогноз восстановления функции в значительной степени зависит от времени начала клинического улучшения от момента развития заболевания: если в течение первой недели, то можно ожидать полный регресс симптомов в 88% случаев, второй недели – в *3%, третьей недели – в 61%. Выздоровление наблюдается у 71% всех пациентов; у 94% - с парезом мимических мышц в дебюте заболевания и у 61% - с пlegией.

Современная медицина предлагает различные консервативные и реабилитационные способы лечения. Клинических рекомендаций относительно применения физической терапии в остром периоде идиопатической или любой другой невropатии ЛН нет. Однако, в случае сохраняющейся слабости мимических мышц пациентом с невropатией ЛН рекомендовано назначать физическую терапию.

Таким образом, из выше изложенного исходит, что невropатия ЛН является распространённой проблемой, которая приводит к серьезным функциональным, эстетическим, социальным проблемам, значимо ухудшает качество жизни. В настоящее время не существует единого утвержденного алгоритма лечения и реабилитации невropатии ЛН, строящегося на принципах доказательной медицины, однако одним из самых эффективных способов реабилитации ЛН является сочетание медикаментозной терапии и ЛФК.

Цель исследования. Улучшение результатов восстановительной терапии больных с невropатией лицевого нерва за счет пассивной ЛФК с использованием клейкой лентой.

Материал и методы исследования. Поставленная цель достигается путём проведения лечебной физкультуры с использованием клейкой лентой и оценивается по шкалам Yanagihara и SunnybrookFacialGradingSystem.

Способ осуществляется следующим образом: Пациент находится в положении лежа на спине или сидя. Процедура проводится в два этапа: первый этап – клейкую ленту накладывают вертикально, начиная от средней части шеи до волосистой части лба и натягивают с перерывами в течение часа. Второй этап – клейкую ленту накладывают на проекцию пораженных мышц натягивая кожу: первую ленту наклеивают по середине подбородка натягивая закрепляют за ухом. Вторую ленту наклеивают в угол рта и натягивая закрепляют за ухом. Третью ленту наклеивают над глазом, а четвертую в области верхнего века и обеих лент натягивая, закрепляют к виску. Пятую ленту наклеивают над бровью, образуя складки кожу лба, натягивают и закрепляют на границе волосистой части лба (рисунок 2). Ленты оставляют на 1 час потом снимают. Намазываем кремом для лица места от лент. Процедуру желательно проводить после лечебной физкультуры лица. Данную методику проведения пассивной гимнастики проводят после 10 дней от начала болезни, в стадии восстановительного лечения. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторяют процедуру через 20 дней.

Предлагаемый способ возможен для применения практически у всех пациентов с невropатией ЛН. Изобретение позволит улучшить результаты восстановительной терапии больных с невropатией лицевого нерва за счет пассивной ЛФК с использованием клейкой ленты.

Результаты исследования и их обсуждение. По предложенной методике эффективно были обследованы, диагностированы и пролечены 93 больных с невropатией лицевого нерва: 53 женщин и 40 мужчин. Возраст больных от 20 до 65 лет.

Интенсивное лечение комплексом физиотерапевтических процедур назначали сразу же при поступлении пациентов в стационар. Все больные получали лечебную физкультуру. Все физиотерапевтические процедуры проводили на пораженную половину лица. В результате комплексного применения методов физиотерапии с использованием клейкой ленты в более короткие сроки отмечался регресс неврологических проявлений заболевания: уменьшалась асимметрия лица, восстанавливалась способность закрывать глаз, собирать в складку кожу лба, нахмуривать брови. У больных восстанавливалось чувство вкуса, повышался тонус мышц лица на пораженной половине лица, уменьшался перекос лица в здоровую сторону. Неврологическая симптоматика уменьшилась по всем используемым шкалам.

Выводы.

Результаты исследования показали положительные стороны данного метода, которыми являются:

1. Ранний и своевременный метод реабилитации.
2. Своевременно проводить профилактику синкинезий.
3. Простота проведения метода, даже в районных и амбулаторных условиях.
4. Низкие трудовые и временные затраты на лечение.
5. Быстрое восстановление больного.

Литература

1. Акулов М.А., Орлова О.Р., Орлова А.С. Коррекция функции мимической мускулатуры после поражения лицевого нерва в остром и отдаленном периодах. РМЖ. 2016;24(14):902-906.
2. Toffola ED, Furini F, Redaelli C, Prestifilippo E, Bejor M. Evaluation and treatment of synkinesis with botulinum toxin following facial nerve palsy. DisabilRehabil. 2010;32(17):1414-1418. <https://doi.org/10.3109/09638280903514697>

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга, из-за значительной распространённости и тяжёлых последствий для состояния здоровья населения, являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем в большинстве экономически развитых и развивающихся стран [2].

Ежегодно во всем мире регистрируется около 15 миллионов случаев инсульта. По экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает второе место в мире среди причин смертности [4]. Из них 5 млн. умирает и ещё 5 млн. остаётся со стойкими неврологическими нарушениями, и большинство из них нуждается в постоянном уходе. В то же время, ВОЗ подчёркивает, что до 80% всех смертей от инсульта, заболеваний сердца и сахарного диабета можно предупредить [2]. Актуальность проблемы острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) обусловлена распространённостью инсультов у лиц трудоспособного возраста (около 20%) [3].

Значимость инсульта как медико-социальной проблемы повышается с каждым годом во всём мире, что связано с увеличением среднего возраста населения, а также с повышением в популяции числа людей с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Прогрессирование неврологических симптомов в острый период ишемического инсульта является распространённым осложнением инсульта с повышением частоты летальности. По данным доступной литературы нарастание неврологической симптоматики после начала ИИ расценивается как ремиттирующее или прогрессирующее (прогрессирующее) течение инсульта или как «инсульт в развитии» (в стадии прогрессирования) в отличие от завершённого инсульта [1].

Таким образом, одним из важнейших направлений изучения мозгового инсульта является изучение особенностей развития и протекания данного типа ишемического инсульта.

Цель исследования. Выявить клинические особенности, уточнить факторы риска и разработать рекомендации по профилактике прогрессирующего ишемического инсульта.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино и включало в себя ретроспективно-проспективный метод исследования пациентов регистром мозгового инсульта. Были получены данные о больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан, за период с 1 января 2022г. по 31 декабря 2022 г. с подтвержденным клиническим диагнозом ОНМК, по ишемическому типу. Анализ историй болезни пациентов, который учитывал пол, возраст, основной и сопутствующие диагнозы, клинические симптомы, степень тяжести COVID-19, лекарственную терапию на амбулаторном и госпитальном этапах, данные лабораторных и рентгенологических обследований в период госпитализации, продолжительность госпитального периода, исход заболевания. В работе мы использовали следующие оценочные шкалы неврологического статуса больных (если они были указаны в ИБ):

- для оценки уровня сознания использовали шкалу комы Глазго,
- неврологический статус с оценкой неврологического дефицита оценивали по шкале NIHSS
- стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания
- модифицированную шкалу Рэнкина-MRS.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего под нашим наблюдением находились 23 больных с ИИ, у с прогрессирующим типом течение инсульта. Возраст больных: от 22 и старше до 81 лет. ПИИ в возрасте до 50 лет выявлен у 13,3% больных. В возрасте от 51 до 60 лет было 34,4% пациентов, а в возрасте от 61 до 70 лет процент пациентов было 43,6%, в возрасте старше 71 года количество больных уменьшается, что составляет 8,7 больных. Из 23 больных в острейшем периоде (в течение 21 дня от начала заболевания) в 34,7% случаях был летальный исход. Таким образом наши данные и данные литературы указывают, что именно данный тип инсульта дает высокую летальность.

В большинстве случаев заболевание развилось остро, с апоплектиформным началом и прогрессированием на протяжении двух-трех дней. Определили, что у больных ПИИ старт болезни было острым и подострым, а также иметь и медленно прогрессирующее нарастание неврологической симптоматики в течение нескольких дней и даже недель.

Выводы.

Выявлены недостатки ведения больных с ИИ на догоспитальном этапе, предложены меры по усовершенствованию ведения больных с ПИИ на догоспитальном этапе. На основании полученных данных разработан алгоритм мероприятий по профилактике ишемического инсульта с учётом специфических факторов риска.

Список литературы:

1. Тургумбаев Д.Д. Особенности клинического течения при прогрессирующем ишемическом инсульте [Текст] / Д. Д. Тургумбаев // Науч. мед. журн. «Авиценна». XXXI Междунар. науч. мед. конф. «Современные мед. исслед.». Сб. ст. конф. 8 апр. 2019. – Кемерово, 2019. – С.15 -18. <https://avicenna-idp.ru/vypuski/>
2. Факторы риска, цереброваскулярная и кардиальная патология, выявляемые при скрининге открытой популяции / М.А. Кравченко [и др.] // НигахдориитандурустииТоҷикистон. – 2015. – № 1. – С. 14-21.
3. Cerebral Vascular Disease and Neurovascular Injury in Ischemic Stroke. Hu X, De Silva TM, Chen J, Faraci FM. Circ Res. 2017 Feb 3;120(3):449-471. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308427.
4. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. Mayowa O. Owolabi, Amanda G. Thrift. www.thelancet.com/public-health Published online October 28, 2021 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00230-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00230-9) 1.

Таджидинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Абдурахмонзода Т.А.
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

Актуальность. За последние годы отмечается рост числа детей с поражением центральной нервной системы. Одним из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы является детский церебральный паралич (ДЦП). ДЦП во всех странах мира занимает одно из ведущих мест в структуре хронических болезней детей и имеет тенденцию к увеличению его распространенности [1].

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет до 80%. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждения определенных структур мозга, но и более поздние формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности [2-4]. Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Отмечается клиническая и патогенетическая общность между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом [5].

При ДЦП отмечается задержка и нарушения формирования всех сторон речи: лексической, грамматической фонетико – фонемитической. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Тонус мышц языка повышается, затрудняется дыхание, голосообразование, произвольное открывания рта, движения языка вперед и вверх. Это зависит от выраженности тонических рефлексов. Побочные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. В связи с недостаточностью кинетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положения и движения органов артикуляции и конечностей. Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности [3].

Все перечисленные факторы определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральным параличом. Различные нарушения двигательной сферы обуславливает разнообразие речевых расстройств.

Цель исследования. Оценить эффективность реабилитации и логопедической коррекции больных с детским церебральным параличом.

Материалы и методы исследования. В детском неврологическом отделении НМЦ РТ находились на стационарном лечении 994 больных детей с ДЦП с 2018 по 2022 гг. Возраст больных составил от 6 месяцев до 15 лет. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составляли больные в возрасте до 7 лет, вторую группу старше 7 лет. Всем больным были проведены клинико – лабораторные и неврологическое обследование, а также ЭЭГ, глазное дно, компьютерная томография головного мозга. Все больные были осмотрены логопедом и были проведены логопедические занятия.

Результаты исследования и их обсуждение. Из всех обследованных мальчиков было 602 (60,9%), девочек 392 (39,4%). Большую половину больных составили сельские - 770 (77,5%) детей, из города были 224 (22,5%) детей.

Из всех форм ДЦП больше было больных с двойной гемипаретической формой (398), гемипаретической формой было 320 детей, синдром Литтля составила 204 детей, атонико – астатической формой болели 72 детей.

Первую группу составили 809 детей, в возрасте до 7 лет, вторую группу составили 145 детей, в возрасте до 15 лет. При обследовании в обеих группах было выявлено следующие особенности: у больных с ДЦП отмечается различной степени нарушения двигательной сферы, нарушения речи, интеллекта, расстройства концентрации внимания, судорожные припадки. Наиболее значительным для больных с ДЦП в социальном плане наряду с двигательными нарушениями (100%) являются нарушения артикуляции речи (76%). Поэтому при лечении больных ДЦП особый акцент делают на улучшение кровоснабжения мозговой и мышечной ткани, нормализация мышечного тонуса, уменьшение дистрофических изменений в пораженных мышцах, уменьшение контрактур и особенно на коррекцию нарушенных функций артикуляционного аппарата, что влияет на повышение качества жизни.

При логопедическом обследовании у 67,4% больных отмечается дизартрия, у 7,04% анатрия, у 1,51% больных заикание, у 186 (18,7%) больных речь и устные способности были в пределах нормы. У 60 (6,03%) больных с гемипаретической формой наблюдалась пед. запущенность.

Дизартрия в основном наблюдалась у больных с двойной гемипаретической формой, и у некоторых больных с гемипаретической формой ДЦП. У детей с тяжелой степенью двойной гемипаретической формы ДЦП (13,4%) наблюдалась непонятная речь – тяжелая степень нарушения звукопроизношения. У них наблюдалась спастико – ригидная форма дизартрии. У 86, 6% больных звукопроизношения была понятна только близким или окружающим (форма дизартрии спастико-паретическая). Анатрия наблюдалась у больных с атоническо- астатической и тяжелой степенью гемиплегической формой ДЦП. У 15 больных с диплегической и гемипаретической формой ДЦП наблюдалась заикание. В основном, по словам родителей заикание у них проявлялось на фоне психических травм (испуг, различные волнения или переживание). В литературе описана особенность заикания при церебральном параличе преобладание клонико – тонических судорог в дыхательной и артикуляционной мускулатуре.

Всем больным в обеих группах был сделан логопедический массаж артикуляционного аппарата, а также были проведены логопедические занятия. Наряду с логопедическими занятиями была проведена нейропсихологическая абилитация.

Кроме логопедической коррекции всем больным было проведено комплексное реабилитационные мероприятия. При генерализованной спастичности больным было назначено антиспастический пероральный препарат мидокалм. Больным от 6 месяцев до 7 лет мидокалм назначался по 5мг/кг, от 7 до 16 лет по 2 – 4 мг/кг веса в 3 приема. Также больным были назначены препараты улучшающие мозговое и периферическое кровообращение (стугерон, кавинтон, танакан, ксантиноланикотинат); препараты улучшающие метаболические процессы в головном мозге (церебролизин, кортексин, ноотропил, энцефабол, пантогамм), витаминотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапевтические процедуры. У больных 1-ой группы при проведении реабилитационных мероприятий и логопедической коррекции отмечалась положительная динамика в неврологической и логопедической сферах. Тонус мышц несколько снизился, движение в руках и ногах повысилось, больные начали концентрировать внимание через 10 – 12 занятий, когнитивные функции улучшились, речь становилась понятной сначала близким и окружающим, через год более плавной и внятной.

Во второй группе больных отмечались незначительные улучшения в динамике. Но речь у них остается дизартричной, тонус мышц – спастика держится, что затрудняет больных ходить, передвигаться и обслуживать себя.

Выводы. Таким образом, благодаря разработкам многочисленных методик восстановительного лечения двигательных, речевых и психических функций прежде всего у детей первых 2-4 лет жизни с ДЦП значительно возросли возможности улучшения деятельности центральной нервной системы у этих больных. При начатом в первые годы жизни адекватной и систематической восстановительной терапии у 60 – 70 % детей отмечается улучшение в двигательной и речевых сферах. Но возможности реабилитационного лечения у детей с ДЦП 4 – 10л ставших уже инвалидами, значительно меньше, чем у детей раннего возраста.

Литература:

1. Антропова И.М. Психологические особенности детей с гемипаретической формой ДЦП. // Научно – практическая конференция с международным участием. «ДЦП и другие нарушения движения у детей». М.2011. С. 9.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М. «Медпресс – информ» 2013. С.342-349.
3. Головач М.В. О мерах по снижению заболеваемости ДЦП в России. Основные интранатальные причины ДЦП, СДВТ, синдром аутизма и другие нарушения развития ЦНС у детей. Научно – практическая конференция с международным участием. «ДЦП и другие нарушения движения у детей». М.2011. С. 42.
4. Жаренова О.Ю. Логопедическая работа с детьми с ограниченными возможностями (ДЦП). Набереж. Челны 2012.
5. Куренков А.Л., Батышева Т.Т. и др. Лечение спастичности у детей с церебральными параличами. Методические рекомендации №15. М. 2011 С. 34.

Таджидинов Т.Б., Ганиева М.Т., Исоева М.Б.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

Актуальность. В разных странах смертность от ОНМК варьируется от 0,61 до 2,43 на 1000 населения. В мире ОНМК занимают второе или третье место в структуре общей смертности. В остром периоде инсульта умирают 30 %, а в ближайший год после него - 45-48 % больных. Высоки и показатели инвалидизации пациентов, перенесших ОНМК: 75-80 % выживших утрачивают трудоспособность и нуждаются в длительной, дорогостоящей медико-социальной помощи [1,2].

Наиболее перспективным методом лечения ишемического инсульта в первые часы, наравне с тромболитической терапией является применение нейропротекторов. Нейропротективная терапия более сложна и разнообразна. Выделяют первичную и вторичную нейропротекцию. Первичная направлена на подавление нейротоксичности глутамата кальция и свободнорадикального окисления. Проводится с первых минут и продолжается первые 3 дня. Вторичная нейропротекция направлена на ослабление отдаленных последствий ишемии, на блокаду высвобождения провоспалительных цитокинов, молекул клеточной адгезии, торможение прооксидантных ферментов, усиление питания ткани мозга, прерывание апоптоза нейронов. Вторичную нейропротективную терапию начинают спустя 3-6 часов после инсульта и продолжают не менее 7 дней [3,4].

После формирования морфологических инфарктных изменений в веществе мозга все большее значение приобретает репаративная терапия, направленная на улучшение питания здоровой ткани, окружающей зону ишемии, и на активацию образования полисинаптических связей. Однако грань между нейропротективной и репаративной терапией условна. Большинство нейропротекторов обладают и репаративными свойствами. Одним из этих препаратов является магния сульфат.

Магний сульфат является гемодиализатом, повышает пластичность плазматической мембраны нейронов, улучшает кровоток и усиливает метаболические процессы в ЦНС, активирует ретикулярную формацию, оказывает инсулиноподобное действие на изолированные адипоциты жировой ткани, способствует регрессу очаговых неврологических симптомов.

Цель исследования. Изучить эффективность магний сульфата в интенсивной терапии острого периода ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование были включены 48 больных ишемическим инсультом, вызванным нарушением кровообращения в бассейне сонной артерии, госпитализированных в первые сутки после начала инсульта (в т. ч. в первые 6 часов). Диагноз ишемического инсульта устанавливали, если у больного имело место острое (в течение минут или часов) развитие симптомов острых очаговых неврологических нарушений длительностью не менее 24 часов. В исследование не включали больных с тяжелой сердечной недостаточностью.

Больных, включенных в исследование, разделили на две группы - основную и контрольную. Основная группа

(25 больных) получала базисную терапию в сочетании с магнием сульфата (10 мл /сут; продолжительность курса - 7 дней). Контрольная группа (23 больных) получала только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Тяжесть инсульта оценивали по степени нарушения сознания - по шкале комы Глазго.

Эффективность терапии оценивали по шкале Ранкина:

0 баллов - неврологической симптоматики нет;

1 балл - минимальные неврологические нарушения;

2 балла - нарушения, ведущие к ограничениям повседневной активности;

3 балла - умеренные нарушения, ограничивающие самостоятельность больного;

4 балла - нарушения средней тяжести, значительно ограничивающие самостоятельность больного;

5 баллов - больной нуждается в постоянном уходе;

6 баллов - летальный исход.

Неблагоприятными исходами считали смерть больного (6-й балл по шкале Ранкина) и выраженную инвалидизацию (5-й балл по шкале Ранкина).

Результаты исследования и их обсуждение. Как при раннем (в первые 6 часов), так и при отсроченном начале лечения в основной группе доля благоприятных исходов (3 и 4 баллов по шкале Ранкина) была существенно выше, а смертность (6 баллов по шкале Ранкина) - существенно ниже, чем в контрольной группе.

Лечение было наиболее эффективно у больных с тяжелым и среднетяжелым нарушениями сознания. Так, смертность среди больных с тяжелым нарушением сознания (4-8 баллов по шкале комы Глазго) в контрольной группе составила 100 %, а в основной группе - всего 25 %.

Частота благоприятных исходов инсульта (3 и 4 баллов по шкале Ранкина) у больных с легким и умеренным нарушением сознания (13-15 баллов по шкале комы Глазго) также была выше в основной группе.

При раннем применении Магния сульфата у больных с тяжелым ишемическим инсультом наблюдается отчетливая тенденция к улучшению общемозговой симптоматики и неврологических функций. Эта комбинация оказывает пробуждающее действие на больных, находящихся в коме; ускоряет восстановление речи. Успешность терапии данным препаратом зависит от сроков начала лечения и от исходного состояния больного: максимальный эффект наблюдается при начале лечения в период "терапевтического окна".

Выводы. Применение Магния сульфата значительно повышает эффективность терапии ОНМК: снижается смертность и повышается качество жизни больных. Этот препарат при правильном введении не вызывает побочных эффектов.

Литература:

1. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2018. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-4405-4.95.
2. Рахмонов Р.А., Пулодов А.М. Асабшиноси. Учебник. Душанбе – 2011:156-162.
3. Krishnamurthi RV, Ikeda T, Feigin VL. Global, Regional and Country-Specific Burden of Ischaemic Stroke, IntracerebralHaemorrhage and Subarachnoid Haemorrhage: A Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Neuroepidemiology* 2020; 54(2): 171-9. Pasquier F. Leys D. Why are stroke patients prone to develop dementia? *J Neurol* 1997; 244(3):135–42.
4. Lu L, Pan J. The association of hospital competition with inpatient costs of stroke: Evidence from China. *SocSciMed* 2019; 230: 234-45.

Талабова М.М., Боев С.Н., Охонова О.Д.

ПОИСК, ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Актуальность. В современной практической ревматологии накоплено достаточно обоснованных данных, результаты которых свидетельствуют о том, что в структуре избыточной и преждевременной летальности пациентов с ревматоидным артритом (РА) наибольший удельный вес приходится на сердечно-сосудистые осложнения (ССО) обусловленные ранним развитием и ускоренным прогрессированием атеросклероза. и частым присоединением артериальной гипертензии (АГ) (инфаркт миокарда, инсульт, внезапная коронарная смерть) [1-3].

В настоящее время большинство исследователей склоняются к мнению о том, что кардиоваскулярная патология (КВП) у пациентов с РА является мультифакторным патологическим процессом [1,3,4]. В этом аспекте многие авторы предполагают, что в основе атеротромбоза и высокого риска развития КВП при РА и других иммуновоспалительных заболеваниях ревматического профиля лежит комплекс тесно взаимосвязанных между собой факторов, таких как: традиционные факторы риска (ФР) развития ССО, постоянное присутствие кардиоваскулярной токсичности антиревматических препаратов и хроническое аутоиммунное воспаление [3-5].

В литературе последних лет встречается большое число научных работ, посвященных проблеме коморбидности РА и КВП коронарогенного генеза. Однако, несмотря на это большинство исследователей недостаточно полно освещают вопросы, связанные с различными аспектами субклинических кардиоваскулярных нарушений (КВН) при РА и других иммуновоспалительных заболеваниях. Поскольку, предполагается, что именно присутствие субклинических КВН является наиболее значимым как в диагностическом, прогностическом, и, что не менее важно в терапевтическом плане, вопросом в проблеме коморбидности РА и КВП [1-5].

Цель исследования. Активный поиск, спектральный анализ и оценка распространенности субклинических

симптомов КВН у больных РА в сочетании с АГ.

Материал и методы. Всего обследовано 68 больных (59 женщин и 9 мужчин) с достоверным активным развернутым РА, соответствующим классификационным критериям Американской коллегии ревматологов (1987 г.) последовательно проходивших стационарное обследование и лечение в отделениях ревматологии и кардиологии Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджиева, г. Душанбе. Обследованные пациенты (n=68) в зависимости от наличия и отсутствия АГ были разделены на две группы. В I группу вошли 27 больных РА без АГ, во II – 41 пациент с РА в сочетании с АГ.

С целью поиска и идентификации субклинических симптомов КВП всем пациентам I и II группы проводилось: а) дуплексное сканирование сонных артерий (при этом измеряли толщину комплекса интима-медиа - КИМ и верифицировали наличие атеросклеротических бляшек – АТБ и определяли показатели индекса жёсткости В - stiffnessindex β) – характеризующие состояние местной ригидности стенки сосудов); б) холтеровское мониторирование (ХМТ) ЭКГ; в) ЭхоКГ в М-, В- и доплер-режимах).

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований (таблица 1) показали увеличение толщины КИМ и наличие АТБ у значительной части (у 29,6 и 18,5% соответственно) больных РА без АГ и у подавляющее большинство (70,5 и 51,3% соответственно) больных РА с АГ в сравнение с данными контрольной группы. Выявленное нами значительно более высокое количество пациентов с РА в сочетании с АГ у которых толщина КИМ общей сонной артерии (ОСА) превышала значение 75-го перцентиля (что в реальной клинической практике соответствует высокому КВР), составила 68,1% и была значимо выше, чем не только в группе контроля – 16,6%, но и у пациентов I группы – 29,6%, что в целом расширяет и дополняет данные других исследователей [1,2,4].

В процессе анализа и оценки индекса жесткости β ОСА (таблица 1) у обследованных пациентов I и II групп нами, также, как и другими исследователями [1,2,4] было установлено его статистически значимое увеличение у значительной части (33,3%) пациентов I группы и у большинства (55,8%) пациентов II группы.

Согласно данным ХМТ ЭКГ (таблица 1) ишемическая депрессия сегмента ST была выявлена у 22 (53,5%) больных РА в сочетании с АГ (против 33,3% у пациентов без АГ). У обследованных больных РА в сочетании с АГ эпизоды ишемической депрессии сегмента ST были зарегистрированы обычно при физической нагрузке и как правило не сопровождалась субъективными симптомами. В связи с чем указанные ишемические изменения ЭКГ нами, также, как и другими исследователями [1,3,4] были классифицированы как эпизоды безболевого ишемии миокарда (БИМ). Эпизоды суправентрикулярной тахикардии также преимущественно были зарегистрированы у больных РА с АГ (у 12,2% обследованных пациентов).

Полученные нами результаты (таблица 1) и данные литературы свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов I и II группы наиболее распространенными субклиническими ЭхоКГ-изменениями, которые в отдельности являются самостоятельными детерминантами, характеризующими структурно-геометрическое состояние левых отделов сердца (ЛОС), а в совокупности, - формируют отличительные особенности ремоделирования ЛОС [2-4], являются: гипертрофия левого желудочка (преимущественно по концентрическому типу), диастолическая дисфункция левого желудочка, фиброз структуры аортального и митрального клапанов, уплотнение и расширение аорты, гемодинамически незначимые клапанные пороки сердца, функциональная митральная регургитация. При этом было установлено, что наиболее высокая частота встречаемости вышеперечисленных ЭхоКГ-изменений субклинического характера имела место у больных РА в сочетании с АГ (II группа).

Таблица 1. Спектр и частота встречаемости субклинических кардиоваскулярных симптомов у больных I и II группы

Показатель	I (n=27)	II (n=41)
Увеличение толщины КИМ ОСА, n (%)	8 (29,6)	29 (70,5)
Наличие атеросклеротических бляшек, n (%)	5 (18,5)	21 (51,3)
Увеличение индекса жёсткости β ОСА, n (%)	9 (33,3)	23 (55,8)
Наличие БИМ, n (%)	6 (22,2)	22 (53,5)
Эпизоды СВПТ	1 (3,7)	5 (12,2)
Адгезивный перикардит, n (%)	7 (22,5)	16 (48,6)
Гипертрофия левого желудочка, n (%)	5 (18,5)	37 (89,9)
Диастолическая дисфункция левого желудочка, n (%)	6 (22,2)	19 (46,2)
ГНКПС, n (%)	4 (14,8)	10 (24,3)
ГЗКПС, n (%)	2 (7,4)	7 (17,0)
Функциональная митральная регургитация, n (%)	5 (18,5)	11 (26,7)
Расширение и уплотнение аорты, n (%)	8 (25,8)	37 (89,9)

Примечание: ГНКПС и ГЗКПС-гемодинамически незначимые и значимые клапанные пороки сердца; СВПТ – суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

Выводы.

1. Субклинические кардиоваскулярные симптомы у пациентов с высокоактивными формами РА без и с АГ имеют широкий спектр, отличаются высокой распространенностью, чрезвычайной гетерогенностью и неоднородной значимостью в оценке тяжести и прогноза болезни.

2. Наиболее высокая частота встречаемости субклинических кардиоваскулярных симптомов наблюдается у больных РА в сочетании с АГ, что свидетельствует о том, что АГ у пациентов с РА обычно становится активным инициатором прогрессирования и осложненного течения атеросклероза и ремоделирования ЛОС.

Литература

1. Оценка кардиоваскулярного риска у больных ранним ревматоидным артритом в рамках исследования РЕМАРКА (предварительные данные) / Д.С. Новикова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2015. - №53 (1). – С. 24 – 31.
2. Параметры ремоделирования сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом на фоне терапии методжем-том/ Л. Дунгени [и др.] // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – №5-1. – С.124.
3. Лисицина Ю.И. Ремоделирование левых отделов сердца у больных ревматоидным артритом/ Ю.И. Лисицина, Л.Н. Шилова, А.В. Александров // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. - №1 (69). – С. 134-136.
4. Хасанзода С.М. Анализ и оценка особенности структурно-функционального ремоделирования сонных и коронарных артерий у больных ревматоидным артритом в зависимости от наличия ишемической болезни сердца / С.М. Хасанзода // Авчи Зухал. – 2022. - №2. – С. 148-157.
5. Хасанзода С.М. Комплексная оценка состояния КВС у больных РА до начала активной контролируемой терапии, основанной на принципах стратегии «Treattotarget» / Ё.У. Саидов, О.Д. Охонова // Авчи Зухал. – 2020. - №3. – С. 46-54.

Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д., Мухиддинов А.И.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ COVID-19

Кафедра Внутренние болезни №2 и кардиологии Самаркандского Государственного Медицинского Университета.
Узбекистан, Самарканд

Актуальность: Коронавирус, получивший 11.02.20 наименование SARS-CoV-2, попадает в организм человека через рецепторы ангиотензин превращающего фермента 2-го типа (АПФ-2) и может поражать альвеолярные клетки 2-го типа, предопределяя диффузное альвеолярное повреждение легких, клинически проявляющееся как вирусная двусторонняя пневмония и острый респираторный дистресс-синдром. Актуальность проблемы хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) обусловлена широкой распространенностью заболевания, высоким уровнем смертности, большими экономическими затратами, связанными с лечением больных. Развитие воспаления при этом заболевании и его прогноз во многом определяются состоянием иммунной системы. Дефекты в состоянии иммунной системы способствуют персистенции воспалительного процесса в легких, являясь частой причиной обострений заболевания, снижают эффективность проводимой терапии. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из ведущих причин снижения качества и продолжительности жизни, являясь нерешенной в настоящий момент медико-социальной проблемой, актуальность которой с годами растет.

Цель исследования: разработать тактику ведения больных на основании изучения течения хронической обструктивной болезни легких у больных с пневмонией Covid-19

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в 2020 и 2021 годах в специализированных отделениях центра борьбы с COVID-19 города Самарканда, в условиях стационара, среди пациентов с COVID-19. В исследование были включены 128 больных с ХОБЛ, которые получали лечение в г. Самарканде в отделениях специализированного центра по борьбе с COVID-19 и были разделены на три группы.

Первая основная группа пациентов состояла из 96 пациентов, с Covid-19 и ХОБЛ которые получали стандартное лечение. Из них 51 (53,1%) были мужчины и 45 (47,1%) - женщины. Группу сравнения составил 94 пациента с Covid-19 без ХОБЛ. Их средний возраст составил $61,8 \pm 1,2$ года, из них - 49 (52,1%) мужчин и 45 (47,8%) женщины. Контрольную группу составили 28 добровольцев здоровые лица.

Диагноз COVID-19 с пневмонией установили на основании характерных для этого заболевания эпидемиологических, лабораторных, клинко-рентгенологических данных. Диагноз ХОБЛ выставлялся на основании критериев GOLD-2016. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Оценка анамнеза жизни и заболевания была проведена при госпитализации больных. Анализ динамики лечения проводили с помощью клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования. Анализировали данные рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрии, оценивали функцию внешнего дыхания (ФВД). У исследуемых больных в процессе лечения определяли уровень содержания в крови маркера воспаления сывороточного С-реактивного белка (СРБ).

Клинические исследования были проведены на основе тех же критериев и включали следующее: жалобы пациентов и анамнез больного, продолжительность и факторы риска ХОБЛ, продолжительность лихорадки, общие признаки, клиническое развитие и наличие катаральных симптомов, а также все клинические признаки Covid-19.

Всем пациентам была проведена пульсоксиметрия для измерения насыщения крови кислородом. Пульсоксиметрия проводилась неинвазивным методом для определения насыщения капиллярной крови кислородом.

Результаты и их обсуждение: У всех наших пациентов, которые наблюдались, был проведен общий анализ крови, биохимический анализ, и со всеми полученными показателями было проведено сравнение между группами, включая лейкоцитарную формулу, в результате существенной разницы не было обнаружено. При наблюдении между группами в восстановительном периоде заболевания появилась достоверная разница в RDW - ширина распределения эритроцитов. В основной группе она составил $15,5 \pm 0,4$ в группе сравнения - $12,4 \pm 0,1$.

Воспаление, в виде активности адренергических механизмов привели к изменениям в процессе развития клеток эритропоэза и изменении объема эритроцитов. Увеличение RDW- ширина распределения эритроцитов у наших пациентов в основной группе возможно связано с повышением активности нейроэндокринной системы у пациентов с заболеваниями дыхательной системы, что приводит к увеличению количества показателей в этой группе (Таблица 1).

Таблица 1

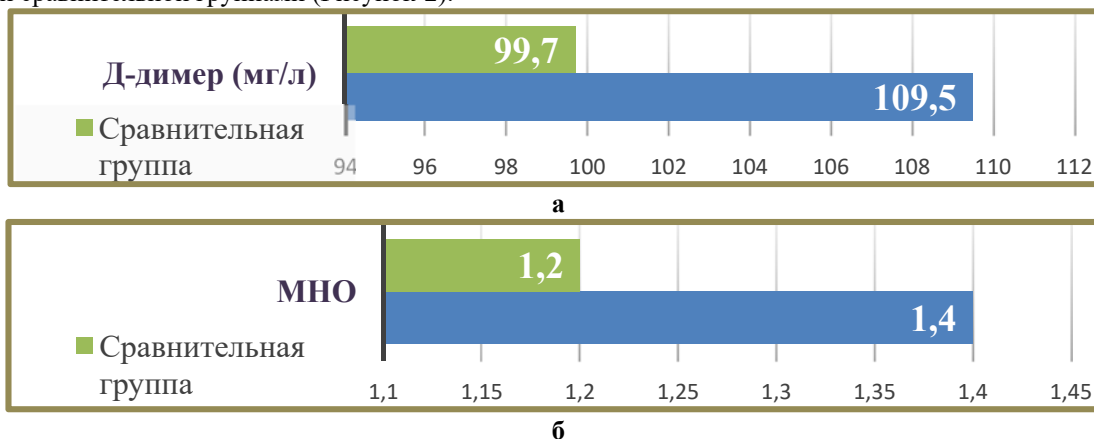
Показатели гемограммы в группах пациентов, перенесших Covid -19 (в единицах измерения)			
№	Показатели	Основная группа (n=96)	Сравнительная группа (n=94)
1	Гемоглобин (г/л)	149,8	141,4
2	Средняя концентрация Нб в эритроцитах (г/л)	332,4	324,3
3	Гематокрит (%)	51,2	49,2
4	Эритроциты (10^{12} /л)	4,7	4,4
5	Тромбоциты (10^9 /л)	252,2	248,1
6	Средний объем эритроцита (мкм ³)	89,4	87,8
7	Средний объем тромбоцита (фемтолитр)	9,3	9,1
8	Среднее содержание Нб в эритроците (пг)	34,1	31,2
9	Показатель анизоцитоза (ширина распределения) эритроцитов (%)	15,5	12,4

Исследование уровней С-реактивного белка (СРБ), ферритина и глюкозы в период выздоровления дало следующий результат: полученные показатели были выше в основной группе пациентов и достоверно отличались по сравнению с группой сравнения (Рисунок 1).



Рисунок-1. Показатели биохимического анализа (а, б, в, д) крови в группах пациентов с Covid -19

При исследовании полученных показателей коагулограммы, включая показатели время активированного тромбопластина, фибриногена, протромбина, МНО, Д-димера, не было отмечено существенной разницы между основной и сравнительной группами (Рисунок-2).



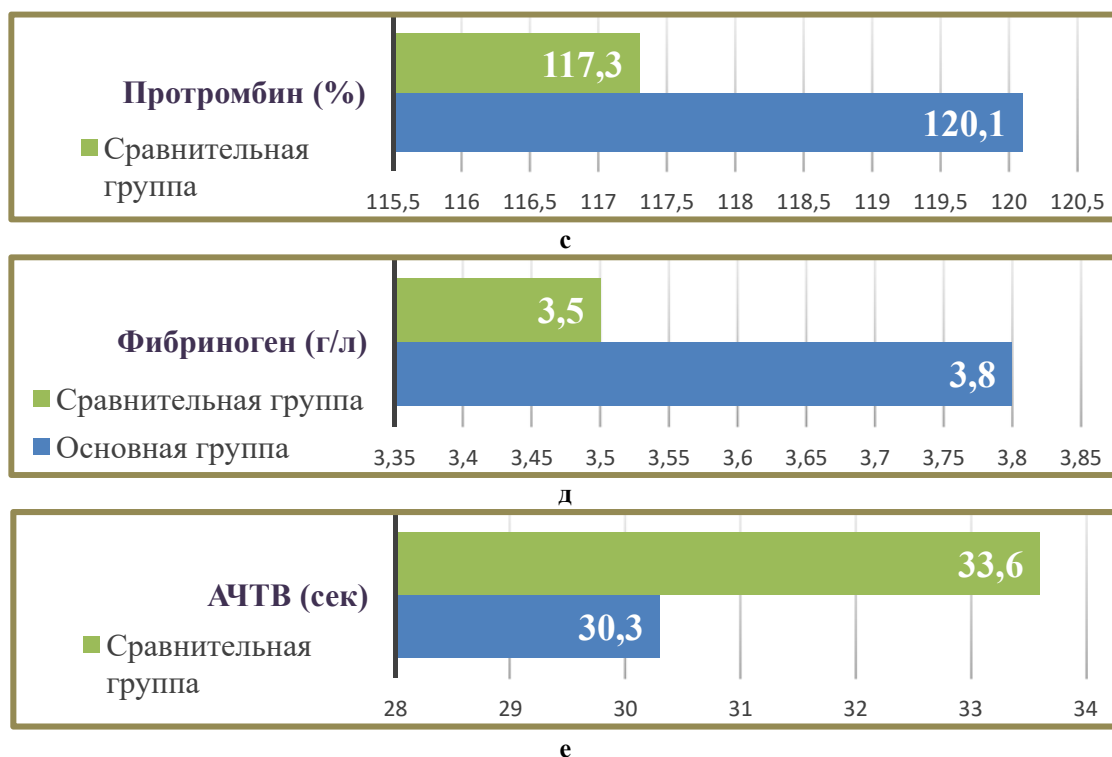


Рисунок 2. Показатели коагулограммы в группах пациентов, перенесших Covid-19 (а, б, с, д, е)

Сравнительная оценка показателей устойчивости к физической нагрузке, клинического статуса и качества жизни пациентов, перенесших Covid-19 на фоне ХОБЛ", показатель устойчивости к физической нагрузке пациентов в нашем исследовании оценивался на основе результатов теста с 6-минутной ходьбой (Таблица 2).

Таблица 2

Показатели теста с 6-минутной ходьбой (в метрах)

Группы	Период лечения	Показатели
	До	32,6±12,54
	После	398,6±10,6*
	До	334,6±13,54
	После	358,2±11,5
	До	346,8±11,46
	После	402,4±13,3*

Примечание: *- достоверность различий до и после лечения сопоставимых показателей в группе ($p < 0,05$)

Приведенные выше данные показывают, что пациенты обеих основных групп на начальном этапе имели примерно одинаковую толерантность к физической нагрузке. Результаты этих функциональных тестов показывают, что симптомы хронической дыхательной недостаточности (ХДН) преобладали в обеих группах. Между группами не было обнаружено значительных статистических различий, хотя среднее расстояние было больше в соотношении с тестом 6-минутной ходьбы в основной группе. Таким образом, исследование проводилось на основе лабораторных показателей, данных полученных из анамнеза пациента, и функциональных тестов, которые дополняли друг друга и показали схожие результаты.

Выводы: У пациентов в основной группе наблюдаются более высокие интенсивность респираторных симптомов, значения индекса коморбидности и уровня СРБ в крови, более низкие спирометрические параметры по сравнению с показателями больных с сравнительной группе. При изучении данных коагулограммы, включая показатели фибриногена, протромбина, МНО, Д-димера, не было отмечено заметной разницы между основной и сравнительной группами. Однако в нашем наблюдении у пациентов в основной группе показатели СРБ долгое время были высокими. Медленное повышение уровня СРБ, даже при сопоставлении с подходящими показателями и даже превышении его, значительно увеличивает риск данной патологии. Воспалительный процесс усугубляет последствия заболевания и является дополнительным фактором риска развития данного процесса.

Список литературы

- Баздырев Е.Д. Коронавирусная инфекция - актуальная проблема XXI века //Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2020. Т. 9. № 2. С. 6-16.
- ВОЗ. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временное руководство от 28 января 2020 г. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
- Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 7 (03.06.2020).

17. Голухова Е.З., Соколова Н.Ю., Булаева Н.И. Взгляд кардиолога на проблему пандемии новой коронавирусной инфекции covid-19 (обзор литературы) //Креативная кардиология. 2020. Т. 14. № 1. С. 5-15.
18. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Дошнин В.Л., Котовская Ю.В., Кравчук Ю.А., Педь В.И., Сас Е.И., Сыров А.В., Тарасов А.В., Тарзимова А.И., Ткачёва О.Н., Трухан Д.И. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный консенсус 2020 //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19. № 4. С. 135-172.

Тишкова Ф.Х., Ёдгорова М.Дж., Мирзокалонова М.Дж.
ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КАК ФАКТОР РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
 НИИПМ МЗ и СЗН РТ

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

Актуальность. В последнее десятилетие увеличилось число неразвивающихся беременностей в Республике Таджикистан, следовательно Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений современной медицины.

Неразвивающаяся беременность это комплекс патологических симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона).

При сроках беременности более 15-16 недель на первый план выходят причины неразвивающейся беременности (НБ) инфекционной природы. Вопрос об этиологической роли бактериально-вирусного фактора остаётся открытым. Одни исследователи считают, что инфекция - одна из наиболее значимых причин как спорадической, так и периодической неразвивающейся беременности и играет ключевую патогенетическую роль для спорадического, но не ПНБ.

У большинства женщин с ПНБ на фоне хронического эндометрита отмечено присутствие в эндометрии 2-3 и более видов облигатно-анаэробных микроорганизмов и вирусов, в 86,7% случаев наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии, что может служить причиной активации иммунопатологических процессов. Особое внимание уделяют вирусным инфекциям, персистенция которых в организме приводит к изменениям в иммунной системе, развитию хронического тромбофилического состояния, аутоиммунных заболеваний. Смешанная персистентная вирусная инфекция (вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус, парвовирус В19, Эпштейна-Барра, энтеровирусы) встречается у больных с ПНБ достоверно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом. Указывают на роль кампилобактерной инфекции в патогенезе ПНБ. Бактериально-вирусная колонизация эндометрия является, как правило, следствием неспособности иммунной системы и неспецифических защитных сил организма (система комплемента, фагоцитоз) полностью элиминировать инфекционный агент.

Цель исследования. Изучить структуру вирусных заболеваний у беременных женщин, как причину неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. Нами было исследовано 35 беременных в анамнезе антенатальной гибели плода (I группа) и 20 беременных с физиологическим течением беременности контрольная группа (II группа). Все беременные прошли полное клиническое обследование в условиях Городского Центра здоровья №12 и №15. Всем женщинам проведены полное клинико-лабораторное обследование: Общеклинические, гематологические, биохимические, гормональные и серологические лабораторные исследования, которые выполнялись в отделении клинической лабораторной диагностики НИИПМ МЗ и СЗН РТ.

Гормональный профиль был изучен с определением содержания 17β-эстрадиола, прогестерона, тестостерона и β-хорионического гонадотропина (ХГ), пролактина в плазме периферической крови. При подозрении на дисфункцию щитовидной железы определяли уровни тиреотропного гормона, Т3, Т4. Применялись иммуноферментные методы с использованием стандартных коммерческих наборов фирмы «HumanGmbH» (Германия).

Наличие возбудителей TORCH-инфекций, передаваемые половым путем (хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, парвовирус В 19, Эпштейна- Барра, аденовирусы) определяли с результатами выявления антител классов IgG и IgM в периферической крови с помощью ИФА. Полученные данные позволяли судить о клиническом варианте течения вирусной инфекции (первичный эпизод первичной инфекции, первичный эпизод вторичной инфекции, рецидив инфекции, вирусоносительство). Присутствие IgM к указанным возбудителям расценивали как доказательство активации соответствующей инфекции на момент исследования.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе, несмотря на отрицательные результаты бактериологического и ПЦР анализов, бактериальная условно-патогенная микрофлора в количестве 103 колониеобразующих единиц (КОЕ) и/или грибы рода Кандида выявлялись у 10% пациенток. В основной группе в 100% случаев была выявлена микрофлора, представляющая возможную этиологическую значимость при неразвивающейся беременности. К ней относили штаммы, считающиеся патогенными в любой степени присутствия и условно-патогенные микроорганизмы, высеваемые в количестве >104КОЕ, а также возбудителей TORCH-инфекции (Герпес, ЦМВ, Вирус Эпштейна -Барра и ПВИ В19).

Результаты исследований приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Инфекционные агенты	Основная группа n=35	Группа сравнения n=20
ВПГ	100%	0
ЦМВ	100%	0
Уреаплазмы	82%	2.8%
Микоплазмы	76%	1.3%
Хламидии	54%	0

Эпидермальный стафилококк	56%	1.8%
Энтеробактерии	38%	0
ПВИ В19	5.7%	0

Как видно из таблицы, наиболее частыми представителями TORCH-инфекции у респонденток основной группы являлись: ВПГ 2 - у 100%, ЦМВ - у 100% , уреаплазма - 82%, микоплазма - 76%, хламидии – у 54% и ПВИ В19 у 5.7% беременных.

Результаты бактериологического анализа свидетельствовали о наличии эпидермального стафилококка у 56% женщин, энтеробактерий - у 38%, возбудителей TORCH - у 100% пациенток, причем смешанного характера, как, вирусно-вирусная так и вирусно-бактериального характера выявлено у всех 100% респонденток.

Учитывая выраженное тератогенное действие патогена, представлялось важным определить чувствительность к парвовирусу В19 беременных женщин, составляющих группу риска. Интерпретировали результаты по таким значениям:

<i>Результат</i>	<i>Интерпретация</i>
<i>IgG +, IgM -</i>	<i>Перенесенная в прошлом инфекция (нет риска для плода)</i>
<i>IgG +, IgM +</i>	<i>Инфекция в течение последних 7-120 дней (возможен риск для плода)</i>
<i>IgG -, IgM +</i>	<i>Острая инфекция (максимальный риск для плода)</i>

При отсутствии специфической профилактики наличие IgG-антител к парвовирусу В19 указывает на перенесённое ранее заболевание и наличие защиты от инфекции.

На присутствие IgG-антител к PV В19 тестировали 166 сывороток крови беременных женщин.

В Худжанде в возрастной группе 18–25 лет IgG-антитела к PVB19 выявлены у 10 из 22 (47,6%) обследованных женщин, к 36-ти годам этот показатель возрос до 73,7 %. В Душанбе в возрастной группе от 18 до 25 лет только 10 из 28, то есть 35,7% обследованных женщин, имели иммунитет к парвовирусу В19. В возрастной группе 26–35 лет этот показатель возрастал до 58,8%. Незначительное уменьшение количества серопозитивных лиц в старшей возрастной группе связано с естественным ослаблением иммунитета спустя десятилетия после инфицирования.

Результаты сгруппированы по трём возрастным группам: 18–25, 26–35 и 36–45 лет и представлены в табл. 2.

Таблица 2

Определение IgG-антител к PVB19 в сыворотках крови беременных женщин

Возраст, лет	город	количество исследованных сывороток	Из них IgG + к PV В19 абс. число
18-25	Душанбе	28	10 (35,7%)
	Худжанд	22	10 (45,5%)
26-35	Душанбе	34	20 (58,8 %)
	Худжанд	36	22 (61%)
36-45	Душанбе	27	13 (48,2%)
	Худжанд	19	14 (73,7)
Итого	Душанбе	89	43 (48,3%)
	Худжанд	77	46 (59,7%)
		166	89 (53,6%)

Полученные результаты являются предварительными, но свидетельствуют о широком распространении парвовирусной инфекции.

Распространение парвовирусной инфекции можно оценить и по уровню коллективного иммунитета. Группу риска, помимо людей с заболеваниями крови, составляют женщины репродуктивного возраста. В связи с этим популяционный иммунитет к парвовирусу В19 изучали у беременных женщин, проживающих в г. Худжанд и г. Душанбе в возрасте от 18 до 45 лет, вне зависимости от срока гестации. В каждой возрастной группе выявлены как серопозитивные, так и серонегативные к PV В19 лица. При этом в г. Худжанде в каждой возрастной категории количество лиц, переболевших ранее инфекционной эритемой, было выше, чем в г. Душанбе. Обращает на себя внимание тот факт, что существенная доля женщин наиболее активного репродуктивного возраста (18–35 лет) не защищена против парвовируса PV В19.

Выводы. Исследованиями выявлены, что все 35 женщин имеющих в анамнезе неразвивающийся беременность, имеют смешанную вирусно-вирусную и вирусно – бактериальную инфекцию, в том числе ПВИ В19 в 5.7% случаев, которая приводит к эндокринопатиям и как следствие, к задержке внутриутробного развития и гибели плода. В возрастном аспекте серопозитивность к ПВИ В19 среди женщин детородного возраста в Душанбе составила от 35-50%, а среди женщин Худжанда от 45 до 74%, соответственно.

Таким образом, исследование показало, что на течение беременности влияет не только гормональный фон беременной, но и её соматическое здоровье. Следовательно, женщинам репродуктивного возраста для нормального вынашивания беременности и рождения здорового потомства, необходимо пройти полный комплекс обследования и оздоровления.

Литература:

1. Роль инфекции в развитии неразвивающиеся беременности/Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормакова и др. Москва 2012
2. Ближайшие и отдалённые исходы угрозы прерывания беременности в первом триместре/И.М.Ордянец, А.А. Гащенко и др. Москва 2010
3. Неразвивающаяся беременность: основные причины abortивного исхода//Молодой ученый №3 (241), 2019

4. Матвеев В.А., Процаева Н.В., Самойлов Е.О., Ермолович М.А. 2008. Клинико-лабораторная характеристика В 19 - парвовирусной инфекции. Инфекционные болезни 6;3, 33-37.

Тягушева Е.Н., Чернова Н.Н., Китаева Л.И.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ВИТАМИННОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИВОЛЖСКОГО И СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ

Кафедра диетологии, эндокринологии, гигиены с курсом неонатологии ФГБОУ ВО "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва",
Медицинский институт. Россия

Актуальность.

В настоящее время, процесс обучения в высшем учебном заведении, особенно в медицинском ВУЗе, характеризуется высокой интенсивностью труда и многообразием форм и методов образования. [1]. Информационные и эмоциональные стрессы, а также сопутствующая подготовка, предъявляют определенные требования к состоянию здоровья студентов. Согласно исследованиям ряда авторов, питание студентов является нерациональным и неадекватным, не соблюдаются принципы количественной и качественной характеристики рациона, сбалансированности по отдельным нутриентам, нарушена режимность [2]. Оценка витаминного статуса студентов медицинских вузов ПФО и СФО по данным о поступлении витаминов с пищей позволяет проанализировать регулярность употребления витаминсодержащих продуктов, и установить факторы риска снижения витаминного статуса в зависимости от региональных особенностей. Все студенты страдают дефицитом одного или нескольких витаминов, что ведет к снижению показателей умственной и физической работоспособности. Это может быть обусловлено рядом причин, такими как неправильное, нерациональное или вредное питание. А также различные стрессовые ситуации, способствующие нарушению нормального питания, частности – недостаточное питание (гипотрофия) или же, наоборот повышенный аппетит.

Цель исследования.

Оценка витаминного статуса организма студентов Приволжского федерального округа (ПФО) и Сибирского федерального округа (СФО) по уровню обеспеченности витаминами.

Материалы и методы исследования.

Было проведено одномоментное поперечное исследование витаминного статуса у 178 студентов медицинских вузов ПФО и СФО из них 76 лиц мужского пола и 102 девушки в возрасте от 18 до 25 лет методом анкетирования с помощью Google-форма. В ходе исследования респонденты были разделены на 2 группы: 1-студенты-медики ПФО (n=108), 2-студенты-медики СФО (n=70).

Результаты исследования и их обсуждение.

По данным анкетирования у 3,7% ПФО наблюдался выраженный дефицит массы тела, тогда как в СФО таких студентов не было. Нормальная масса тела была продемонстрирована одинаково часто как в ПФО, так и в СФО 71,4% и 74,7% соответственно. Однако студенты, находившиеся в состоянии предожирения и ожирения 1 степени были больше в СФО в 1,5 раза ($p<0,05$). Средняя ИМТ в 1 и 2 группах не отличались 21,23 кг/м² и 22,73 кг/м², что соответствовали норме. Мы провели тестирование студентов-медиков для того, чтобы предположить возможную недостаточность витаминов. Установлено, что нерациональное и неадекватное питание у студентов привело к изменениям в витаминном статусе, что проявлялось снижением содержания в организме витаминов В1, В3, В12. У 80% студентов СФО достоверно больше вероятность развития витаминной недостаточности по В1, В3, В12 ($p<0,01$).

Следующим этапом работы было рассмотрение частоты употребления в пищу витаминсодержащих продуктов. К продуктам, содержащие витамин А относятся говяжья печень, морковь, листовые овощи. 40% и 50% респондентов 1 и 2 групп соответственно употребляют данные продукты несколько раз в неделю. Тогда как 20% вовсе не включают их в свой рацион.

Расчетные данные, полученные анкетно-опросным методом, свидетельствуют о широкой распространенности среди студентов крайне низкого потребления в пищу цитрусовых, шиповника, сладкого перца. Более 50% всех респондентов отметили, что употребляют в пищу данные продукты несколько раз в месяц. Всего 3% студентов как 1, так и 2 группы принимают витамин С содержащие продукты каждый день.

В настоящее время большое внимание уделяется жирорастворимому витамину Д, который регулирует содержания кальция и фосфора в крови. Опрос респондентов показал, что 46% студентов ПФО и СФО принимали витамин Д содержащие продукты несколько раз в неделю.

Радует, что около 40% всех респондентов едят яйца, мясо, молочные продукты каждый день (рис.1).

Оценивая регулярность употребления витамин В1 содержащих продуктов, необходимо сказать о 20% студентов обеих групп, которые отмечали отсутствие данных продуктов в своем рационе. Один раз в неделю принимают 40% и 45% студентов 1 и 2 групп соответственно, что, совмещая с вопросом о наличии симптомов, можно говорить о возможной недостаточности как студентов ПФО, так и СФО, среди студентов СФО статистически больше ($p<0,05$).

Витамин В2, который участвует в ОВР и содержится в таких продуктах как яйца, субпродукты, зелень. По результатам опроса 26% и 15% принимали в пищу каждый день. А также 37% студентов СФО употребляли раз в неделю.

Более 50% респондентов ПФО отмечают употребление в пищу В12 содержащие продукты, тогда как СФО всего 20%. Объединяя данные с анализом опроса про симптомы по данному витамину, можно предположить, что студенты медики как ПФО, так и СФО имеют недостаточность по данному витамину, однако респонденты СФО достоверно чаще ($p<0,05$).

Ниацин, участвующий в обмене белков жиров и углеводов, содержащийся в печени, горохе, грецких орехах и др. продуктах. По результатам предыдущих ответов о наличии симптомов недостаточности, 70% респондентов СФО ответили положительно. Корреляционно можно подтвердить данные результаты исходя из наличие 46% ответов об

отсутствие в рационе таких продуктов как печень, бобовые.

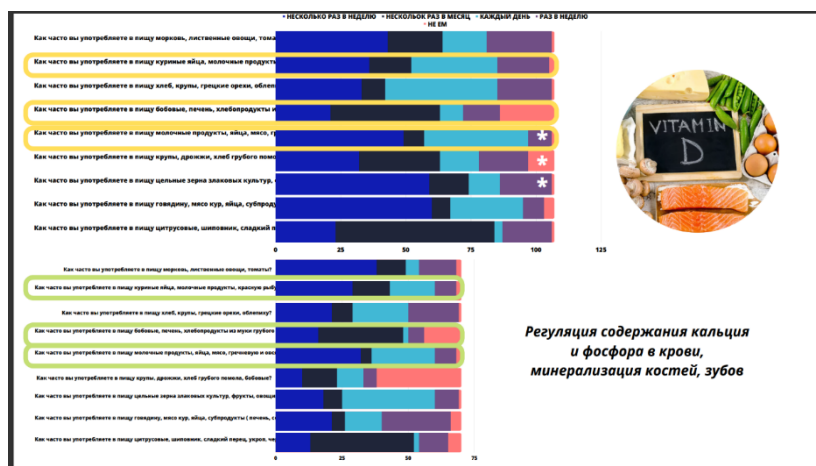


Рисунок 1. Анализ респондентов по приему витамин Д содержащих продуктов.

На вопрос об употреблении витаминных комплексов, студенты 1 группы ответили позитивно в 28% случаев, тогда как в СФО было более 50% ($p < 0,05$).

Собственная оценка витаминного статуса представляет субъективное осознание обеспеченности. В ходе анализа результатов мы разделили 1 и 2 группу на возрастные подгруппы, что дали неодинаковые результаты. Так в ПФО в возрасте 18–20 лет студенты оценивают статус на оценку 3 и 4, тогда как СФО 24,1% и 44,4% оценивают как 2 и 3 б. Среди более старшей возрастной группы в ПФО и СФО чаще всего оценивали как 4 балла. Статус как отлично, оценивали всего 8% всех респондентов (рис.2).



Рисунок 2. Оценка витаминного статуса.

Выводы.

Таким образом, 80% студентов СФО имели риск дефицита витаминов В1, В3, В12. Не исключается риск недостаточности витамина С при оценке регулярности употребления витаминсодержащих продуктов, однако респонденты не отмечают наличие симптомов дефицита витаминов. На вопрос об употреблении витаминных комплексов больше позитивно ответили студенты СФО. Витаминный статус большинства опрошенных студентов можно считать выше среднего. Студенты ПФО и СФО в возрасте 18–20 лет одинаково часто оценивали свой витаминный статус на 3 балла, однако в старшей возрастной группе преобладала оценка 4.

Список литературы

1. Мухамадеев И.Г. Современные организационные формы обучения в вузе. Высшее образование сегодня. 2018; №5: 37-40.
2. Найдюк В.Д., Либина И.И., Васильева М.В. Гигиеническая характеристика качества питания студентов медицинского вуза. Молодежный инновационный вестник. 2018; Т. 8. №3: 43-44.

Узакова Г. З.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМАХ РОЖИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра инфекционных заболеваний СамГМУ, Самарканд, Узбекистан

Актуальность.

Проблема рожи связана с постоянным ростом числа заболеваний среди населения и не имеет тенденции к снижению [3,4,5,7]. Ежегодно около 100 миллионов человек в мире болеют проказой. Рожа – распространенное инфекционное заболевание, лечение которого в поликлинике проводят врачи различных специальностей (инфекционисты, терапевты, хирурги, дерматологи, физиотерапевты) [3,6]. В настоящее время наблюдается, что патологический процесс преимущественно локализуется на ногах, рецидивы заболевания (до 60%) и формирование

хронической лимфовенозной недостаточности со слоновостью ног в результате невыявленной болезни приводит к инвалидизации и значительному ухудшению качества жизни пациентов. Заболевание чаще отмечается в трудоспособном возрасте [1,2,4,5,6]. Нередко заболевание возникает на фоне снижения иммунитета. Антибактериальная терапия занимает важнейшее место в комплексном лечении у больных с рожой. Пенициллины играют важную роль в этиотропном лечении болезни рожи. Однако в последние годы уровень резистентности к пенициллину продолжает повышаться по сравнению с *S. aureus*. Пенициллинрезистентные штаммы чувствительны к ванкомицину, менее чувствительны к триметопримсульфаметоксазолу.

Достигнуты определенные успехи в изучении отдельных аспектов рожи, однако некоторые аспекты этой патологии до настоящего времени изучены недостаточно. Антибактериальные препараты недостаточно эффективны при лечении болезни рожи, не предотвращают рецидивы заболевания, а в ряде случаев наблюдаются побочные эффекты антибактериальных препаратов. Терапевтическая эффективность антибиотикотерапии при роже ограничена на ранних стадиях заболевания. Кроме того, при рецидивирующих формах рожи проникновение препаратов в очаг воспаления затрудняется из-за развития ангиопатии и склеротических процессов в коже. В зависимости от тяжести заболевания и частоты рецидивов при лечении рожи применяют разные виды антибиотиков: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины II, III и IV поколений, макролиды. Таким образом, несмотря на существование определенных стандартов лечения, лечение этого заболевания остается проблемой. Поэтому мы проанализировали эффективность антибиотиков при рецидивирующих видах рожи в Самаркандской области.

Цель исследования.

Проанализировать эффективность антибиотиков при рецидивирующих видах рожи в Самаркандской области.

Материалы и методы исследования.

Заболеваемость рожи проводилась в период с 2014 по 2019 годы. Ретроспективно проанализирован анамнез пациентов, лечившихся с диагнозом МКБ-A46.0 «Рожа» в Самаркандской областной клинической инфекционной больнице. Диагноз был поставлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования были проанализированы 62 больных рожой. Возраст пациентов преимущественно от 18 до 78 лет. Распределение больных по возрасту у мужчин: 18 – 25 (4,2%), 26 – 50 (5,6%), 51–60 (34,3%), 61–78 (22,5%). У женщин: 18-25 (7,9%), 26-50 (8,5%), 51-60 (8,5%), 61-78 (8,5%).

По данным научных публикаций, среди больных рожой преобладают люди, занимающиеся физической работой, данная ситуация нашла отражение и в нашем исследовании. Заболевание чаще всего встречалось у лиц, занимающихся сельским хозяйством и активным образом жизни (76,8%), реже (23,2%) – у лиц, занимающихся умственным трудом.

В отличие от других исследований, в нашем исследовании не было сезонности заболевания корью. Стрептококковая инфекция может быть источником серьезной инфекции у больных тонзиллитом, скарлатиной и отитом. В ходе нашего исследования при анализе анамнеза больных установлено, что в 23,4% случаев они имели контакт с больными тонзиллитом, в 19,8% - с больными скарлатиной, в 26,7% - с больными острым средним отитом. и в 1/3 случаев причину заболевания установить не удалось. Провоцирующими факторами в первичном звене здравоохранения были микротравмы (35,6%), тонзиллит (35,7%) и гнойные процессы на коже (28,7%). Поэтому изоляция больных стрептококковой инфекцией играет ключевую роль в рецидиве заболевания.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и классификации В.Л. Черкасова (1986) больные были разделены по местным симптомам процесса: у 22,8% больных была эритематозная форма заболевания, у 47,6% - эритематозная-буллезная, у 29,6% диагностирована эритематозно-геморрагическая форма. По нашим данным, буллезная и геморрагическая формы заболевания составляют большинство больных рожи. Эритематозно-буллезная и эритематозно-геморрагическая формы заболевания чаще всего выявлялись у лиц пожилого возраста на фоне таких патологий, как сахарный диабет, микотические заболевания, ожирение, варикозное расширение вен. В редких случаях больные рецидивирующими рожами получали бицилинотерапию, физиотерапию совместно с иммунокорригирующей терапией в течение года после заболевания. В ходе анализа выяснилось, что это способствует уменьшению рецидивов заболевания.

По тяжести заболевания у больных преобладали среднетяжелые и тяжелые формы заболевания (90,4%). Тяжелые формы наблюдались преимущественно у больных с сопутствующими заболеваниями. Под наблюдением первичное наблюдение зафиксировано у 56,7% больных, у 43,3% больных заболевание наблюдалось повторно. Диагноз «рецидивирующая рожа» может быть поставлен при наличии не менее трех рецидивов в год. Из анамнеза 45,6% больных часто болеют рецидивирующими рожами, причем у 54,4% больных рецидивы заболевания выявлены в редких случаях. У больных рецидивирующими рожами отмечено обострение хронических заболеваний кожи, хронического тонзиллита, синусита, повышенная стрессоустойчивость.

По распространению местного процесса местная форма заболевания выявлена у 87,3% больных, а мигрирующая форма заболевания - у 13,7% больных. Согласно анализу 27,6% на ногах, 47,6% на руках, 24,8% на лице обнаружено. Наши данные согласуются с данными литературы.

У обследованных больных (100%) заболевание начиналось остро, наблюдались интоксикация, лихорадка, нарушения сна, регионарный лимфаденит (табл. 1).

Таблица №1

Основные клиничко-лабораторные признаки рожи

№	Клинические признаки	%
1.	Лихорадка	92,8
2.	Усталость	95,2
3.	Нарушение сна	26,2

4.	Субфебрильная температура тела 37 – 38 °С	11,4
5.	Повышение температуры тела до 38,1 – 39°С.	38,4
6.	Температура тела от 39,1°С до 40°С.	39,4
7.	Головная боль	88,1
8.	Наблюдение боли, покраснения, повышения температуры, зуда в области воспаления	100
9.	Регионарный лимфаденит	95,2

У 95,2% больных отмечалась интоксикация, слабость, у 92,8% - малярия, у 88,1% - головная боль, у 26,2% - нарушение сна. Регионарный лимфаденит выявлен у 95,2% больных. Многие больные жаловались на парестезии, зуд или местное повышение температуры тела, умеренную боль в пораженных участках кожи.

У всех больных наблюдалось повышение температуры. У 11,4% больных была температура до 38°С, у 38,4% больных - температура до 39°С, у 39,4% больных - лихорадка от 39,1°С до 40°С, у 10,8% больных - температура 40°С и выше.

По данным многих авторов, 70-75% больных раком имеют сопутствующие заболевания. Частота их встречаемости у больных рецидивирующей рожой составляет более 90%, у больных рецидивирующими рожами - около 50%, а у больных первичной формой заболевания - 30-32%.

В нашем исследовании у 80,9% обследованных больных имелись следующие сопутствующие заболевания: анемия II-III степени - 12,5% больных, артериальная гипертензия - 13,4% больных, хронический тонзиллит - 8,4%; хронический колит - 3,9%; полиартрит - 11,3%; ожирение - 9,7%; варикозное расширение вен - 8,3%; ишемическая болезнь сердца - 18,4%; сахарный диабет - 8,7%; микоз стопы 3,4%; цирроз печени - 7,8%; миома матки - 4,2%.

В общем анализе крови наблюдался сдвиг лейкоцитоза влево - 42,8%, ускорение СОЭ - 42,8%, снижение гемоглобина - у 100% больных.

Бактериологический анализ крови дал положительный результат у 25,6% больных. В настоящее время в связи с широким применением антибиотикотерапии в клинической практике выделить стрептококки из воспалительного процесса кожи у больных рожой практически невозможно.

Всем пациентам проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и симптоматическая терапия. Антибактериальная терапия занимает важнейшее место в комплексном лечении больных. Пенициллины до сих пор используются при лечении рожи. Но даже при этом имеются сопутствующие заболевания, а при тяжелых формах заболевания антибиотики пенициллиновой группы не дают достаточных результатов. Парентеральную терапию назначают при тяжелом течении заболевания, при развитии осложнений (абсцесс, флегмона и др.). В ходе исследований в последние годы широко использовались следующие антибактериальные средства:

1. Амоксициллин/клавуланат, ампициллин или пенициллин 18,4%
2. Макролидные антибиотики 12,6%
3. Цефазолин и пенициллины 21,3%
4. Цефотаксим или Цефтриаксон 14,7%
5. Цефтриаксон сульбактам, цефепим сульбактам 9,8%
6. Цефепим или цефепим сульбактам 8,6%
7. Антибиотики фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) 14,6%

При лечении рожи эти антибиотики применялись парентерально. Перед началом антибиотикотерапии сравнивали выраженность синдрома интоксикации и местные проявления заболевания у больных (таблица № 2).

У пациентов, получавших цефтриаксон сульбактам, цефепим сульбактам, цефепим или цефепим сульбактам, фторхинолоновые антибиотики (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин), отмечалось значительное уменьшение интоксикации и диаметр гиперемии кожных булл. Значительного снижения этих показателей у пациентов, получавших пенициллин, не наблюдалось.

Таблица 2.

Основные симптомы эффективности применения различных схем антибиотикотерапии

Используемые антибиотики	Клинические признаки рожи							
	Степень интоксикации		Гиперемия кожи, см		Буллы, см		Отек, см	
	Исходный	Через 7 дней	Исходный	Через 7 дней	Исходный	Через 7 дней	Исходный	Через 7 дней
Амоксициллин/клавуланат, ампициллин или пенициллин	3,1±0,12	2,9±0,1	8,9±0,17	8,7±0,16	7,6±0,18	6,9±0,19	2,9±0,1	2,4±0,09*
Макролиды	2,7±0,1	2,5±0,09	8,8±0,19	7,3±0,15*	7,9±0,21	6,9±0,2*	3,0±0,08	2,5±0,06*
Цефазолин и пенициллины	2,9±0,08	1,8±0,09*	8,6±0,2	7,3±0,19*	7,4±0,19	6,7±0,27*	3,2±0,1	2,6±0,08*
Цефотаксим или цефтриаксон	3,0±0,07	1,6±0,07*	8,5±0,14	6,1±0,2*	7,9±0,11	6,1±0,21*	3,4±0,12	2,3±0,1*
Цефтриаксон сульбактам, цефепим сульбактам	3,1±0,12	2,0±0,1	8,9±0,17	4,7±0,16	7,6±0,18	5,9±0,19	2,9±0,1	1,4±0,09*
Цефепим или цефепим	2,7±0,1	1,9±0,09	8,8±0,19	4,3±0,15*	7,9±0,21	4,9±0,2*	3,0±0,08	1,2±0,06*

сульбактам								
Фторхинолоны	2,9±0,08	1,8±0,09*	8,6±0,2	4,3±0,19*	7,4±0,19	4,7±0,27*	3,2±0,1	1,6±0,08*

*Примечание: Достоверность разницы показателей до и после лечения: * $p < 0,05$.*

Сравнительный анализ показал, что в течение заболевания при применении цефтриаксон-сульбактама, цефалеперзон-сульбактама и фторхинолонового ряда антибактериальных препаратов наблюдалась быстрая положительная динамика и уменьшалась выраженность синдрома интоксикации. При применении пенициллина, амоксициллина, макролидов ожидаемой нами эффективности не наблюдалось. Выраженность синдрома интоксикации несколько уменьшилась, но уменьшения местных симптомов заболевания не отмечено. Пенициллин оказался наименее эффективным в наших исследованиях. Синдром интоксикации, гиперемия и диаметр булл на фоне лечения пенициллином оставались практически неизменными.

Пенициллин, который был рекомендован в качестве препарата первой линии в ходе исследования, оказался менее эффективным при лечении больных рожей, тогда как наибольшую эффективность при лечении рожи показали цефтриаксон и цефалеперзон сульбактам. Эти препараты уменьшают клинические проявления заболевания.

Выводы:

1. Необходимо правильно выбирать системные антибиотики при лечении и профилактике рожи. При этом с целью предотвращения рецидивов заболевания рекомендуется проводить лечение дополнительных заболеваний и применять иммунокорригирующую терапию, бициллинотерапию, физиотерапию.
2. В последние годы в ходе исследований в случаях, когда группа пенициллинов оказалась недостаточно эффективной при тяжелых формах заболевания, хорошие результаты при лечении рожи показали также антибиотики группы фторхинолонов цефтриаксон и цефалеперзон сульбактам.

Список литературы.

1. Орзикулов А.О., Рустамова Ш.А., Жураев Ш.А. "Клинико-лабораторные особенности течения рожи на современном этапе. Журнал "Достижения науки и образования" 2020, №9 (63). С.61-66.
2. GZ Uzakova Characteristics of clinical course of erysipellatous disease in recent years // Проблемы биологии и медицины, 2023, №3.1 (145) 399-402
3. D. N., Zakirovna U. G., Abdjalolovna S. D. Post-covid syndrome in new coronavirus infection //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 1106-1112.
4. Ярмухамедова Н. А. и др. Функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с хроническими формами бруцеллеза //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58). – С. 56-60.
5. Ярмухамедова М., Ачилова М., Узакова Г. Клиническая характеристика бруцеллеза в самаркандской области //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 3 (89). – С. 120-123.

Умарзода С.Г., Туменова Б.Н.,

КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПОНЯТИЕ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Таджикистан
Национальная ассоциация по снижению вреда факторов риска для здоровья человека, Казахстан

Актуальность. Согласно ВОЗ, каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти в мире. Более 85% «преждевременных» случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем доходов. В структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на сердечнососудистые заболевания (ежегодно умирают 17,9 миллионов человек), раковые заболевания (9 млн. случаев), респираторные заболевания (3,9 млн. случаев) и диабет (1,6 млн. случаев). На эти четыре группы заболеваний приходится 80% всех случаев смерти от НИЗ. Стоимость услуг систем здравоохранения по лечению НИЗ при переходе в хроническую стадию уже является высокой и, по прогнозам, будет увеличиваться. Экономический анализ свидетельствует, что увеличение распространенности НИЗ на 10% приводит к снижению годового экономического роста на 0,5%.

Цель исследования. Изучить опыт зарубежных стран по внедрению концепции снижения вреда факторов риска НИЗ

Материал и методы. Анализ статистических данных по НИЗ в разных странах, а также нормативно-правовых документов по здравоохранению, включая Концепцию снижения вреда.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с резолюцией №66/2 Генеральной Ассамблеи ООН от 24/12/2012 употребление табака, чрезмерное употребление алкоголя, нездоровое питание, отсутствие физической активности и их детерминанты определены в качестве наиболее опасных и известных видов источников неинфекционных заболеваний. По оценкам Global Burden of Disease Collaborative Network в Казахстане доля НИЗ в структуре смертности в 2016 году составила 84,1%, травм – 10,4%, инфекционных, материнских, неонатальных и пищевых заболеваний – 5,5%. Возникновению этих заболеваний, в первую очередь неинфекционных, способствуют факторы риска. В Казахстане наибольшее количество смертей в возрасте 15-49 лет приходится на употребление алкоголя и табакокурение. В возрасте 50-69 лет, источником наибольшего количества смертей являются – повышенное артериальное давление и курение.

По оценкам, в 2015 году правительство Республики Кыргызстан потратило 3,7 млрд. сомов на лечение 4 основных НИЗ: рак, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет и хронические респираторные заболевания. В целом текущие экономические последствия для экономики Кыргызстана, связанные с НИЗ, составляют 17,1 млрд. сомов в

год, что эквивалентно 3,9% годового ВВП страны. Основными факторами риска развития вышеперечисленных НИЗ являются курение табака, чрезмерное употребление алкоголя, нездоровое питание и отсутствие физической активности. На сегодняшний день 1 из 9 (11,4%) взрослых кыргызов в возрасте 25-64 лет испытывает недостаток физической активности, уделяя менее 150 минут в неделю физической активности средней интенсивности. Уровень физической активности ниже у женщин, чем у мужчин, а также ниже у тех, кто живет в городских районах. Около половины (53,6%) всей физической активности связано с работой, другая часть связана с транспортом (42,7%), оздоровительная физическая активность практически отсутствует (3,7%). Исследование также показало, что треть взрослого населения (33,1%) страдает избыточным весом и четверть (23,1%) - ожирением.

Примерно 79 процентов всех случаев смерти в Узбекистане приходится на неинфекционные заболевания, а главной причиной преждевременной смерти остаются болезни сердечно-сосудистой системы. Более одного из четырех граждан страны умирает от НИЗ, не достигнув 70-летнего возраста, то есть преждевременно. Примерно у трети взрослого населения страны наблюдается гипертензия, а одной пятой части взрослого населения угрожает инфаркт или инсульт. Более того, свыше четверти мужчин в стране курят и примерно половина взрослого населения имеет избыточный вес или страдает от ожирения». По данным 2016 года, неинфекционные заболевания, ежегодно обходятся экономике Узбекистана оценочно в 9,3 трлн сумов, что эквивалентно 4,7% от валового внутреннего продукта страны. В 2017 году в общей структуре стандартизованных по полу и возрасту показателей причин смертности первое место занимали болезни системы кровообращения (69 процентов), в числе которых ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и их осложнения (инфаркт миокарда, инсульт головного мозга). За ними следуют злокачественные новообразования (8 процентов), сахарный диабет (3 процента) и хронические заболевания органов дыхания (3 процента).

В Таджикистане, как и во всем мире, в связи с быстрой и неорганизованной урбанизацией, глобализацией нездорового образа жизни и старения населения, наблюдается рост уровня заболеваемости и смертности населения от НИЗ. По данным Центра медицинской статистики и информации МЗСЗН РТ в 2020 году среди причин смертности населения сердечно-сосудистые заболевания имели лидирующую позицию (16.220 случаев смерти), на втором месте онкологические заболевания (3221 случаев смерти), на третьем месте сахарный диабет (2029 смертей) и хронические обструктивные респираторные заболевания на четвертом месте (1934 случаев смерти). По результатам исследования, проведенным в Республике Таджикистан, пагубному воздействию табака подвергается 13,5% взрослого населения, 10,3% населения употребляют бездымный табак. Свыше 60% населения потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день. 31% респондентов всегда или часто досаливают или добавляют соленый соус к своей пище. У трети населения (34,1%) физическая активность находится на низком уровне, не соответствующем рекомендациям ВОЗ. 76,2% населения проводит досуг пассивно. Каждому третьему (34,9%) жителю никогда не измеряли артериальное давление у каждого третьего человека (32,2%) имеется повышенное артериальное давление.

Важным способом борьбы с НИЗ является целенаправленная деятельность по сокращению воздействия факторов риска. Есть недорогостоящие решения, которыми правительства и другие заинтересованные стороны могли бы воспользоваться для сокращения воздействия поддающихся изменению факторов риска. Концепция снижения вреда (КСВ) - это одна из стратегий общественного здравоохранения, которая направлена на уменьшение негативных социальных и физических последствий, связанных с различными небезопасными поведением человека, таких как чрезмерное употребление алкоголя, наркомания, курение, малоподвижный образ жизни, неправильное питание и ожирение. Снижение вреда (англ. «Harm reduction») — подход, направленный на сохранение здоровья, уменьшение негативных последствий образа жизни и на изменение поведения человека на более безопасное. Концепция снижения влияния факторов риска (снижения вреда) впервые получила широкое признание в работе с лицами, имеющими зависимость от наркотиков, употребление которых сопряжено с множеством негативных явлений, в том числе заражением парентеральными инфекциями (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ), передозировками, криминальным поведением. Услуги по снижению влияния факторов риска входят в поддержку, то есть четвертый компонент континуума услуг здравоохранения, и охватывают людей, которые не могут вылечиться (избавиться) от факторов риска, некоторые из которых классифицируются как заболевания (например, алкогольная зависимость). Вопрос о том, что эффективнее — частичное снижение вреда или полный отказ от факторов риска, является риторическим: полное устранение фактора риска является лучшей альтернативой. Вместе с тем, снижение вреда во многих случаях становится единственной возможностью, особенно когда очевидно, что человек не готов полностью отказаться от фактора риска. Очевидно, что концепция снижения факторов риска направлена для той категории общества, которая не планирует кардинально менять свой образ жизни. То есть целевой группой мер по снижению вреда являются лица, не способные самостоятельно или с посторонней помощью полностью исключить фактор риска. Если человеку не безразлично его здоровье, но при этом он не готов бросить курить, перестать употреблять алкоголь, есть высококалорийную пищу и регулярно ходить в спортзал, это не говорит о его/ее «обреченности» на вечную борьбу с заболеваниями. Напротив, это весомый повод для того, чтобы найти компромисс и создать для своего организма комфортные условия, которые позволят снизить вред, наносимый фактором риска, при незначительных изменениях образа жизни. Рациональная коррекция факторов риска позволяет впоследствии добиться снижения заболеваемости, уменьшения числа обращений за экстренной помощью, инвалидизации, преждевременной смертности и увеличения доли «экономически активного населения».

Международная ассоциация по снижению вреда (IHRA) сообщает что по состоянию на 2022 год 105 стран в мире в той или иной степени поддерживают программу снижения вреда от наркомании в своих национальных политиках. В этом списке присутствуют все страны Центральной Азии, кроме Туркменистана, а по многовекторности программ лидируют развитые страны. Худшие показатели у стран Южной Америки и некоторые регионы Африки. Согласно отчету ООН World Drug Report 2021, в 2019 году количество людей, употребляющих наркотики составило около 275 млн человек, что на 22% больше от аналогичного показателя на 2010 год. За последние 40 лет концепция снижения вреда стала применяться в развитых странах в отношении неинфекционных заболеваний, а последние 5 лет

одобрили данную концепцию и успешно начали реализовывать РФ, Казахстан, Узбекистан, Кыргызстан, Монголия и др. По исследованиям, которые были проведены в Казахстане, только формирование культуры правильного питания и переключения на более здоровые продукты или менее вредную альтернативу может принести 218,7 млрд. тенге положительного экономического эффекта. В отношении профилактики НИЗ, помимо традиционных мероприятий, внедрение в практику Концепции снижения вреда стало бы эффективным дополняющим инструментом и может оказать положительный экономический эффект, снизить как финансовую, так и административную нагрузку на систему здравоохранения, в целом сэкономить государственные расходы, повысить благосостояние народа и заложить крепкий фундамент для будущего поколения.

Выводы. Назрела необходимость в разработке и принятии Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ для Таджикистана. Для этого, необходимо выстроить механизмы партнерства между Министерством здравоохранения, научным сообществом и представителями гражданского общества. Для продвижения вопроса КСВ в стране необходимо постоянное повышение осведомленности и реализация комплекса мер на всех уровнях. Со стороны медицинских работников необходима активная и непрерывная пропаганда правильного образа жизни и здоровых привычек среди жителей страны. Нужно, чтобы наши граждане понимали все риски реально и могли ответственно подходить к собственному здоровью.

Литература:

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>)
2. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
3. World Health Organization. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2016 (https://www.euro.who.int/_data/as-sets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf)
4. Q. Wang, J. J. Shen, M. Sotero, C. A. Li, and Z. Hou, "Income, occupation and education: are they related to smoking behaviors in China?" PloS One, vol. 13, no. 2, 2018
5. Popova L. Sugar-sweetened beverage warning labels: Lessons learned from the tobacco industry. J Calif Dent Assoc. 2016; 44(10).

Умаров А.А., Сохибов Р.Г., Умарова С.А.

ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

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

Актуальность. В последние годы большой интерес вызывает проблема взаимодействия между артериальной гипертонией (АГ) и депрессивно-тревожными расстройствами. Сочетание указанных заболеваний утяжеляет имеющиеся проявления каждого из них в отдельности, значительно снижает качество жизни больных и ухудшает прогноз [1,2,3]. Между депрессивными расстройствами и патологией сердечно-сосудистой системы имеются сложные отягчающие друг друга взаимодействия. Структурные изменения сердца и сосудов при АГ зачастую неотделимы от возрастных изменений особенно у лиц пожилого и старческого возраста [4,5]. В литературе мало специальных работ, посвященных изучению взаимосвязи и взаимовлияния депрессивных расстройств и особенностей ремоделирования миокарда левого желудочка у лиц пожилого возраста страдающих АГ. В связи с чем исследования в этой области являются весьма актуальными.

Цель исследования. Изучить характер взаимосвязи и взаимовлияния депрессивных расстройств, а также особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у лиц пожилого возраста страдающих АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 лиц в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст $67,5 \pm 1,8$ года). Основную группу составили 46 больных АГ из них было 22 мужчин и 14 женщин, средний возраст - $68,8 \pm 5,3$. Продолжительность заболевания - в среднем $11,6 \pm 1,7$ года. Контрольную группу (КГ) составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимы по возрасту и полу. Структурно-функциональное состояние миокарда изучалось методами эхокардиографии (Эхо КГ) по стандартной методике. Измерялись основные параметры: толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП, мм) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ, мм); конечный систолический (КСР, мм) и диастолический (КДР, мм) размеры, конечный диастолический (КДО, мл) и конечный систолический (КСО, мл) объемы ЛЖ; систолическая и диастолическая функция ЛЖ; относительная толщина стенок (ОТС) ЛЖ. У всех больных и лиц контрольной группы психоэмоциональный статус оценивался методом анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой под шкале. Выделяли 3 области его значений: 0-7 - «норма»; 8-10 - «субклиническая тревога/депрессия»; 11 и выше - «клинически выраженная тревога/депрессия».

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием статистической программы Statistika 6.0 (StatSoft, USA) Достоверность различия средних величин устанавливали с помощью t- критерия Стьюдента.

Полученные результаты и их обсуждение. У пациентов КГ группы, в целом, не выявлено расширение отделов сердца, не были отмечены нарушения локальной и общей сократительной способности ЛЖ, фракция выброса (ФВ) во всех случаях превышала 50%. Нормальная геометрия ЛЖ в группе контроля отмечалась у 24 (80%) лиц. Изменений геометрии ЛЖ отмечено у 6 (20%). При этом в 5 (16,7%) случаев это была концентрическая гипертрофия миокарда и у одного пациента с нормальным уровнем АД имелось эксцентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ. При анализе показателей диастолической функции ЛЖ среднее значение отношения Е/А в контрольной группе составило

1,02±0,13, время изоволюмического расслабления - 0,10±0,02с. Среди пациентов КГ группы 16,7% имели нарушения диастолической функции миокарда ЛЖ по типу нарушения релаксации. У лиц пожилого возраста с нормальным уровнем АД отмечена незначительная структурная перестройка миокарда - его ремоделирования по типу концентрической гипертрофия с сохранением систолической функции. Концентрическая гипертрофия способствует развитию диастолической дисфункции миокарда ЛЖ с нарушением релаксации.

В группе больных АГ с коморбидной депрессией течение АГ на фоне имеющегося тревожно-депрессивного расстройства проходило тяжелее. Жалобы были, в основном, на головные боли, головокружение, усталость, раздражительность, бессонницу, вспышки гнева, ощущение пустоты, ухудшение общей работоспособности, отсутствие проявления интереса к окружающим событиям. Расширение границ сердца влево отмечено у 16 больных, тоны сердца были ритмичными, ЧСС в среднем равнялась 76,7±1,48 уд. в мин. Средние значения САД и ДАД в группе составили соответственно 183,1±9,91 мм рт. ст. и 76,5±8,02 мм рт. ст. При исследовании психоэмоционального статуса было выявлено у 24 больного (52,5%) наличие «субклинической тревоги/депрессии» (9 баллов) и у 22 (47,5%) больных «клинически выраженная тревога/депрессия» (13 баллов).

Результаты исследования морфофункциональных параметров миокарда ЛЖ представлены в таблице 1. Выявлено значимое отсутствие благоприятной динамики морфофункциональных параметров сердца у больных АГ с депрессией по сравнению с лицами КГ. У больных в целом, не отмечено заметное расширение камер сердца, отсутствовали нарушения местной и общей сократительной функции ЛЖ. ФВ ЛЖ в среднем по группе превышала 50%, однако, при сопоставлении с данными КГ, ударный объем (УО) и ФВ ЛЖ имели тенденцию к снижению (71,3±9,65 и 61,4±4,55 у больных против 77,8±4,86 и 64,6±5,22 КГ соответственно). Такая же тенденция была отмечена и в отношении степени укорочения переднезаднего размера (ΔS , %) ЛЖ 39,4±3,49 против 36,2±7,28. Данные изменения, возможно, связаны с ухудшением сократительной функции и систолической дисфункцией. Выявлены достоверные отличия ТЗС и ТМЖП. Оба показателя были выше в группе АГ с проявлением аффективных расстройств. В целом, гипертрофия миокарда встречалась в группе больных достоверно чаще, чем в контрольной группе (92,5% против 20,0%). Нормальная геометрия ЛЖ была отмечена лишь у 5 больных (7,5%). Среди нарушений геометрии ведущее место занимала концентрическая гипертрофия ЛЖ - у 23 больных (52,5%).

Таблица № 1.

Структурно-функциональные параметры миокарда левого желудочка у лиц контрольной группы и больных АГ пожилого возраста с коморбидной депрессией

Показатель	КГ n=30	Группа АГ n=46
	M ± m	M ± m
УО (см3)	77,8 ± 4,86	71,3 ± 9,65
ФВ, %	64,6 ± 5,22	61,4 ± 4,55*
КСР ЛЖ (мм)	27,1 ± 1,56	30,3 ± 3,18
КСО ЛЖ(см3)	31,7±1,79	37,4 ± 3,41*
КДР ЛЖ (мм)	48,1 ± 2,27	47,7 ± 3,39
КДО ЛЖ (см3)	115 ± 6,14	115,9 ± 11,8
ТЗС ЛЖ (мм)	10,0 ± 0,61	11,3 ± 1,10*
ТМЖП (мм)	9,93 ± 0,69	11,2 ± 0,91
ΔS , %	39,4 ± 3,49	36,2 ± 7,28*
ОТС ЛЖ	0,41 ± 0,02	0,47 ± 0,03
ИММ ЛЖ (г/м2)	107,8 ± 6,41	124,8 ± 13,7*
Е/А	1,02 ± 0,13	1,08 ± 0,12

*- p <0,05

Распространенность эксцентрической гипертрофии была значительно выше и отмечена у 18 больных (40,0%) против (13,4%) КГ. В зависимости от длительности заболевания, степени повышения систолического АД, и клинически выраженной тревоги/депрессии, была отмечена тенденция к нарастанию числа больных с гипертрофией ЛЖ сердца, особенно с эксцентрическим ее вариантом. Данные изменения, возможно, способствуют ухудшению сократительной функции ЛЖ и латентному проявлению систолической дисфункции. Результаты диастолической функции ЛЖ больных АГ с коморбидной депрессией существенно не отличались от показателей КГ.

Таким образом, у лиц пожилого возраста ИСАГ с проявлением аффективных расстройств происходит более выраженная структурная перестройка миокарда - его ремоделирования, возрастание доли эксцентрической гипертрофии ЛЖ и скрытой систолической дисфункции. Данные структурные изменения имеют определенную зависимость от длительности заболевания, степени повышения систолического АД, наличия депрессии и могут иметь неблагоприятное

прогностическое значение. Выяснение указанных обстоятельств способствует более глубокой интерпретации патогенетических звеньев данной проблемы, оптимизации лечения, что, на наш взгляд, имеет важное теоретическое и не меньшее практическое значение.

Литература

1. Аведисова А. С. Депрессия и тревога - диагностика и лечение. Изд. группа Servier, 2002. 14 с.
2. Оганов Р.Г. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. -2011.-№2.-С.59-66.
- 3.Ларина В.Н. Тревожно-депрессивное состояние у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / В.Н.Ларина, Б.Я.Барт // Кардиология. -2012.-№10.-С.26-31.
4. Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. / Г.В. Погосова // Кардиология. - 2012.-№12.-С.4-11.
5. Brown J.M. Risk of Coronary Heart Disease Events Over 15 Years among Older Adults with Depressive Symptoms /J.M.Brown [et al.] // Am. J. GeriatrPsychiatry. -2011.-19.-P.721-729.

Умаров А.А., Умарова С.А., Назарова Г.О.

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

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

Актуальность. В настоящее время имеются убедительные данные доказательной медицины о снижении риска сердечно-сосудистых осложнений при лечении артериальной гипертонии в старших возрастных группах. Однако, гипотензивную терапию у лиц пожилого и старческого возраста все же следует проводить с особой осторожностью [1,2,3]. Возрастные изменения внутренних органов способствуют тому, что у данной категории больных значительно увеличивается частота побочных реакций при применении лекарственных средств [4,5].

Цель данного исследования. Изучить частоту и характер побочных проявлений различных групп гипотензивных препаратов при лечении больных артериальной гипертонией старших возрастов.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели изучены истории болезни больных артериальной гипертонией, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГМЦ №1 г. Душанбе за период с 2013 по 2023 гг. Анализированы 380 истории болезни: из них 252 больных гипертонической болезнью II – III ст., 128 - изолированной систолической артериальной гипертонией. Женщин было -222, мужчин- 158 в возрасте от 60 до 81 года.

В зависимости от получаемого гипотензивного препарата все больные подразделены на 5 групп. Первую составили больные получавшие β-адреноблокаторы, вторую – антагонистов кальция, третью – диуретики, четвертую – ингибиторов ангиотензина превращающего фермента и пятую – препараты центрального действия (антагонисты α₂ – рецепторов). Длительность гипотензивной терапии обычно составляла от двух до четырех недель. В нижеприводимой таблице представлены результаты наших наблюдений по изучению побочных проявлений гипотензивной терапии по перечисленным группам.

Частота побочных эффектов лекарственных средств

№ гр.	Гипотензивные средства	Общее число больных	Количество больных с побочным эффектом	Побочные проявления
1.	β - адреноблокаторы	92	11 11,9%	Бронхоспазм, брадикардия, А-V блокады
2.	Антагонисты кальция	74	15 20,3%	Жар, покраснение лица, головная боль, отеки, сердцебиение, запоры
3.	Диуретики	66	13 19,6%	Слабость, парестезии, подергивание мышц.
4.	Ингибиторы АПФ	89	9 10,1%	Сухой кашель, нарушение вкусовых ощущений
5.	Центрального действия	59	12 20,3%	Сонливость, сухость во рту, симптом отмены и «ускользания»

Полученные данные свидетельствуют о том, что побочные действия лекарственных средств отмечены в среднем у 15,8% больных. При этом наибольший процент приходит на группы больных, получавших препараты центрального действия, антагонистов кальция и диуретики.

Выводы. Результаты исследования диктуют целесообразность назначения фиксировано-комбинированных ги-

потензивных препаратов при лечении артериальной гипертензии у лиц пожилого и старческого возраста. Гипотензивную терапию следует проводить начиная с малых, половинных доз, постепенно подбирая оптимальную их дозировку, позволяющую поддерживать нормальные цифры артериального давления и не вызывающую нежелательные проявления.

Литература

1. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. 2-е русское издание. Под ред. Ч.Кери, Х.Ли и К.Велтге. Пер. с англ. – М. Практика – Липпинкотт, 2000. – 879с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в IV т./под ред. Акад. РАМН, проф. В.Н.Ярыгина, проф. А.С.Мелентьева. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. – Т.III. Клиническая гериатрия, – 896с.
3. Гургенян С.В., Ватинян С.Х. Многофакторный генез ремоделирования левого желудочка при эссенциальной артериальной гипертензии. Кардиология. 2013; 5: 36-42.
4. Лазуткина А.Ю. Горбунов В.В. Прогностическая значимость факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и поражений органов мишеней для возникновения резистентной артериальной гипертензии. Тер. Архив. 2015; 4: 19-23.
5. Flachskampf FA, Biering-Sorensen T., Solomon SD. et al. Cardiac imaging to evaluate left ventricular diastolic function. JACC Cardiovasc Imaging 2015; 8(9): 1071-1093.

Ураков К.З., Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б.

ФЕБРИЛЬНЫЕ НЕЙТРОПЕНИИ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

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

Актуальность. Исходы терапии опухолевых заболеваний кроветворной ткани у взрослых сегодня находятся в зависимости от сопроводительной терапии и профилактики инфекционных осложнений [1]. Более того, учитывая успехи в таргетной терапии и внедрение новых лекарственных средств и режимов химиотерапии, выживаемость пациентов с ранее не излечимыми заболеваниями повысилась, а относительный вклад инфекций в структуру летальных исходов сохранился. Современные схемы цитостатической терапии позволили получить удовлетворительные результаты в лечении больных с острым лейкозом (ОЛ), особенно в плане острого миелоидного лейкоза (ОМЛ) [4-6]. Однако полученные результаты химиотерапии (ХТ) зачастую сопровождается тяжёлыми инфекционными осложнениями, частота которых достигает 85% [5, 6]. Внедрение новых технологий и разработок в схемы лечения больных с ОМЛ на всех этапах лечения в клиники, позволили достичь хороших результатов, и увеличить период ремиссии [2]. Однако на фоне этих успехов остаются высокие риски возникновения дисфункции органов и систем, с тяжёлыми септическими процессами, при длительном применении химиотерапии [3].

Вероятность инфекционных осложнений до и после проведения программной химиотерапии может достигнуть 60-90%. При этом одним из частым проявлением септического процесса в период гранулоцитопении является лихорадка без выявления инфекционного очага и возбудителя инфекции [2]. В основном микробиологическое подтверждение септического процесса получают в период угнетения или нарушения в системе кровообращения, когда выделены микроорганизмы из гемокультуры. Проведение клинико-лабораторных исследований [3, 5] указывают на то, что более 50% эпизодов гипертермии при заболеваниях систем крови были неясной этиологии, только 48% клинико-лабораторных и бактериологических данных указывали о наличии инфекции.

Модернизированные схемы ХТ и адаптированная поддерживающая терапия дали возможность реально повысить показатели 5-летней выживаемости у детей с ОМЛ. На фоне этих достижений повысилась вероятность возникновения серьёзных инфекционно-воспалительных осложнений в связи с пролонгированной гранулоцитопенией [1]. Наиболее ярким клиническим симптомом воспалительного процесса в стадии гранулоцитопении является гипертермия неустоенной этиологии, когда невозможно установить очаг и возбудителя инфекции, очень редко встречаются клинически и микробиологически верифицированные источники. Спектр микробов, которые участвуют в развитие септицемии у детей ОЛ, периодически подвергается изменениям. В середине 70-х годов преобладали грамотрицательные микроорганизмы, а в конце XX века – наоборот, грампозитивные. В последние годы преобладают грамотрицательные микроорганизмы, в основном за счет энтеробактерий (*E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.* и др.), и микроорганизмы не вырабатывающие ферменты (*P. Aeruginosa*, *A. Baumannii* и др.) [3]. Свыше 50% штаммов *P. Aeruginosa* и *A. Baumannii* считается устойчивым к карбапенемам, а показатель выработки бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) у этих бактерий достигает 40-60% [3]. Выработка БЛРС приводит к устойчивости энтеробактерий к антибиотикам. В последние годы эффективность цефалоспоринового ряда снизилась, по причине масштабного распространения микробов с выработкой БЛРС.

Цель исследования. Изучить и анализировать особенности течения инфекционных осложнений у пациентов с острыми миелобластными лейкозами обусловленные программной индукционной полихимиотерапией и определить тактику антибактериальной терапии в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

Материал и методы исследования. Нами было проведено ретроспективный анализ инфекционных осложнений индукционной полихимиотерапии 38 историй болезней, пациентов с ОМЛ, наблюдавшиеся в гематологическом отделении ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2018 по 2022 годы, в возрасте от 15 до 75 лет. Лиц мужского пола – 14(36,8%), женского – 24 (71%). Медиана возраста – 42 года.

Диагноз и вариант острого лейкоза был выставлен на основании общего анализа крови с подсчётом тромбоцитов, полного исследования биохимических тестов, инструментальных методов исследований (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ и КТ органов брюшной полости), миелограммы, цитохимического и гистохимического исследования пунктата костного мозга.

В клинической картине у всех больных дебютировала выраженная лейкозная интоксикация, гипертермия, у 19 (50%) больных геморрагический синдром различной степени тяжести. Геморрагический синдром различной тяжести наблюдали у 24 (63,16%) больных, выраженная оссалгия, стерналгия и миалгия наблюдали у 12 (31,6%) больных. Инфекционный синдром (острые пневмонии, гнойные ангины) встретились у 8 (21%) больных, явления нейтролейкоза у 1 (2,63%) больного. Гиперпластический синдром (гепато-спленомегалия) наблюдали у 3 (7,9%) больных.

В общем анализе крови исследуемых количество лейкоцитов варьировал в пределах от $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$ до $126,7 \cdot 10^9/\text{л}$. У 1 (2,63%) пациента в дебюте заболевания диагностирована нейтролейкемия, связанная с поздним обращением (через 2,5 месяцев от начала заболевания). В группу риска входили 5 (13,15%) пациентов с уровнем лейкоцитов $30,0 \cdot 10^9/\text{л}$ и более.

Статус нейтропении устанавливался при снижении абсолютного количества нейтрофилов менее 1000 клеток в микролитре. Инфекционные осложнения диагностировались с учетом состояния больных при ежедневном их наблюдении (записи в дневниках истории болезней), а также с применением дополнительных лабораторно-инструментальных исследований.

Всем пациентам в качестве индукционной и консолидирующей терапии ОМЛ применялась полихимиотерапия (ПХТ) по программе «7+3» с идарубицином - 4 (11%), даунорубицином - 34 (89%). Средний уровень лейкоцитов до начала лечения – $28,6 \cdot 10^9/\text{л}$.

Результаты и их обсуждение. В результате проводимого исследования нами выявлено постцитотоксические инфекционные осложнения у 35 пациентов (92,1%). У 27 пациентов (55,3%) после первого курса индукционной полихимиотерапии достигнуто полная клинико-гематологическая ремиссия. У 3 пациентов (7,9%) значительно улучшились клинико-гематологические показатели, но в миелограмме количество бластных клеток составляли выше 5%. Из-за развития токсического гепатита у 1 пациента (2,63%) и глубокой аплазии костного мозга с развитием тяжелого геморрагического синдрома у 6 пациентов (15,79%) на 4-5 сутки индукционной терапии, во избежание возможного развития фатального исхода и других неблагоприятных прогностических исходов, цитостатическая терапия была отменена. Один пациент (2,63%) умер из-за развития нейтролейкоза.

На фоне проведенного лечения уровень лейкоцитов снижался в среднем до $0,79 \cdot 10^9/\text{л}$. Фебрильная нейтропения развилась у 22 пациентов (58%). При бактериологическом исследовании крови результаты посевов были стерильны у 30 пациентов (79%). У 8 пациентов (21%) в крови были выявлены возбудители *Staphylococcus hominis*, *Enterococcus faecium*, *Bacillus cereus*, *Candida* соответственно. Сроки восстановления лейкоцитов в среднем на 21 день. После проведенного лечения уровень лейкоцитов в среднем составил $1,9 \cdot 10^9/\text{л}$. После проведенной терапии ремиссия не получена у 8 пациентов (21%). Посевы крови на стерильность выявили возбудителя только в 35% случаев.

Выводы. Таким образом, эмпирическое назначение антибактериальных препаратов при ОМЛ при наличии фебрильной нейтропении оправдано. Основу для назначения составляют клинические показатели и состояние пациентов. Отрицательные ответы результаты посевов не являются определяющими у больных ОМЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Долгосрочные РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОМЛ ПО ПРОТОКОЛУ ОМЛ-10: Российское многоцентровое рандомизированное исследование / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова, В. В. Троицкая [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2016. – Т. 61, № 1-S1. – С. 65 – 73.
2. Отдаленные результаты наблюдения больных хроническим миелолейкозом в ремиссии без лечения / А. Н. Петрова, Е. Ю. Чельшева, И. С. Немченко [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2023. – Т. 68, № 1. – С. 21-34.
3. Результаты терапии рецидивов острого миелоидного лейкоза у детей и подростков, получавших терапию первой линии по протоколу «ОМЛ-ММ-2006» / И. И. Калинина, Д. А. Венев, О. В. Горонкова [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2023. – Т. 68, № 2. – С. 152-165.
4. Султангазиева, С. Е. Осложнения лечения ОМЛ по программам "7+3" и "7+3+VP16" / С. Е. Султангазиева // Иммунология гемопоэза. – 2007. – Т. 4, № 1. – С. 90-96.
5. Характеристика инфекционных осложнений у больных миелодиспластическим синдромом высокого риска (МДС) и острым миелобластным лейкозом с изменениями, связанными с миелодисплазией (ОМЛ-МД) при поступлении / А. Е. Блудова, А. В. Кохно, Г. А. Клясова, Е. Н. Паровичникова // Гематология и трансфузиология. – 2023. – Т. 68, № S2. – С. 6-11.
6. Quantitative study of BAALC- and WT1-expressing cell precursors in the patients with different cytogenetic and molecular AML variants treated with Gemtuzumab ozogamicin and hematopoietic stem cell transplantation / N. N. Mamaev, A. I. Shakirova, T. L. Gindina [et al.] // Cellular Therapy and Transplantation. – 2021. – Vol. 10, No. 1. – P. 55-62.

Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т., Шоназарова М.А.

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

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

Актуальность. Острые лейкозы занимают ведущее место по частоте встречаемости среди гемобластозов. Не благоприятность исходов больных острыми лейкозами во многом обусловлено возникновением геморрагических осложнений после проведения химиотерапии [2]. Данный вид осложнений возникает у больных острыми лейкозами вне зависимости от вида и стадии заболевания, значительно ухудшает качество их жизни, влияет на исход болезни, понижая выживаемость больных после проведенного лечения [3].

Геморрагический синдром – это важнейшее проявления острых лейкозов (ОЛ). Он вызван тромбоцитопенией, повышением проницаемости стенки сосудов, расстройством питания сосудов, дефицитом свертывающих факторов (нарушение синтеза плазменных факторов свертывания крови из-за инфильтрации печени бластами). Бластные клетки

выделяют тканевой фактор и активированные факторы свертывания, раковые прокоагулянты, а также производя множество фибринолитических антифибриновых средств. Существенную роль имеет выделение цитокинов и других метаболитов вызывающих дефект эндотелия сосудов и усиливающих адгезию и агрегацию тромбоцитов [1, 3, 4].

Одним из тяжелых осложнений острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) является геморрагический синдром, который препятствует проведению терапии в полном объеме. Клиническая картина сопровождается кровоточивостью слизистых оболочек (десневые, носовые, маточные, кишечные кровотечения), петехиальная сыпь на коже, реже наблюдается гематурия, кровоизлияние в мозг [3].

Наряду с геморрагическим синдромом, наблюдаются также тромботические осложнения при ОЛЛ, выявлена дисфункция эндотелия и активация внутрисосудистого свёртывания при физиологическом уровне естественных антикоагулянтов. Это состояние может разрушить любой неблагоприятный фактор: инфекция, воздействие антрациклиновых антибиотиков, глюкокортикоидные средства, цитостатические препараты [1, 3].

Цель исследования. Изучить геморрагический синдром у больных с острым лимфобластным лейкозом на фоне проведения полихимиотерапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 67 больных с ОЛЛ, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» за 2021 год. Из них мужчин было 38, женщин 29. Контрольную группу составили первично поступившие больные, их было 34 человека. Во вторую группу вошли 25 больных, получивших ПХТ по схеме Хельцера. 9 больных отказались от проведения ПХТ по различным причинам (из-за крайне тяжелого состояния больных, материально бытовых условий). Диагноз ОЛЛ был выставлен на основании развернутого общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов, стерильной пункции с цитохимическим исследованием костного мозга на миелограмме, биохимических анализов, мочевины, креатинина, общего анализа мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ исследований органов брюшной полости, рентгенологических исследований легких.

Согласно классификации Н. Дабберха, оценивали тяжесть геморрагического синдрома по четырем степеням: I – умеренно выраженный геморрагический синдром (единичные петехии на коже конечностей и туловища, в местах инъекций), II – те же проявления + петехии и гематомы на лице, десневые кровотечения, кровоточивость в местах инъекций, III – выраженный геморрагический синдром, аналогичный геморрагическому синдрому I и II степени + кровоизлияния в нёбо, склеры глаз, глазное дно, IV – массивный геморрагический синдром I, II, III типа и почечное, маточное, желудочно-кишечное кровотечение, носовые кровотечения. Степень тромбоцитопении оценивали по классификации В.А. Аграненко: легкая – $60-100 \times 10^9/\text{л}$, умеренная – $20-60 \times 10^9/\text{л}$, и глубокая – менее $10-20 \times 10^9/\text{л}$.

Результаты исследования. При проведении нашего исследования среди 34 первично поступивших больных с ОЛЛ выявлено большое поступление мужчин 55,9% по сравнению с женщинами 44,1%. ОЛЛ выявлялся больше в молодом возрасте 16-25 лет, и 26-45 лет (Таблица 1).

Таблица 1. Распределение первичных больных ОЛЛ по возрасту и полу

Пол	Группа больных (n=34)						Всего
	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66-75 лет	
Мужчины	6	4	3	1	4	1	19 (55,9%)
Женщины	3	2	4	2	4	-	15 (44,1%)
Всего	9	6	7	3	8	1	34 (100,0%)

После проведения ПХТ больным с ОЛЛ также отмечалось большее количество мужчин, 64,0%, по сравнению с женщинами, 36,0%. Бóльшее количество выявлялось в возрастной категории 16-25 лет, 10 больных. В возрасте 66-75 лет ни среди мужчин ни среди женщин ОЛЛ не встретился (Таблица 2).

Таблица 2. Распределение больных ОЛЛ по возрасту и полу после проведения ПХТ

Пол	Группа больных (n=25)						Всего
	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	66-75 лет	
Мужчины	8	2	1	2	3	-	16 (64,0%)
Женщины	2	1	-	3	3	-	9 (36,0%)
Всего	10	3	1	5	6	-	25 (100,0%)

Самое большое поступление больных было в декабре (9 больных), в январе (12 больных) и в феврале (9 больных), в холодное время года, в апреле (10 больных), в июне (13 больных), в июле (9 больных), в сентябре (14 больных), в жаркое время года. После проведения ПХТ у 3 больных наступила постцитостатическая энтеропатия, токсический гепатит возник у 3 больных, гепаторенальная недостаточность у 1 больного.

Геморрагический синдром при острых лейкозах обусловлен тромбоцитопенией, повреждением печени и стенок сосудов [1, 3].

При проведении нашего исследования установлена различная степень нарушений тромбоцитов у больных с ОЛЛ.

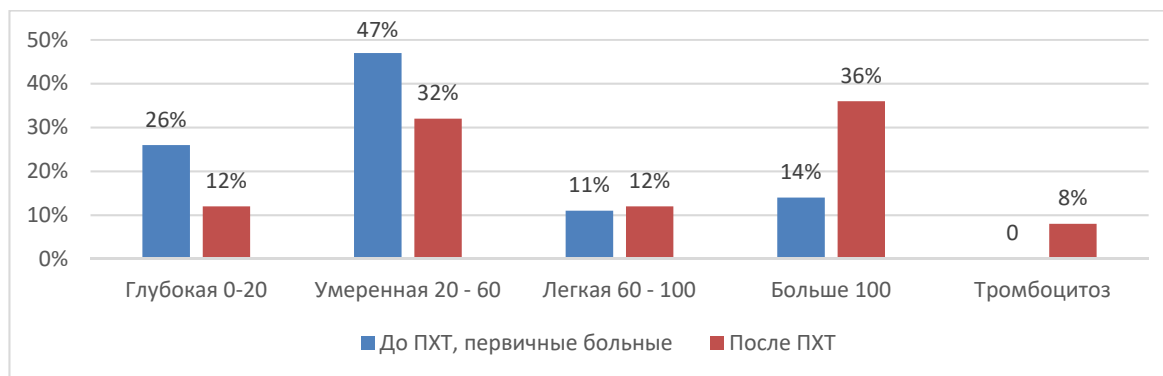


Диаграмма 1. Тромбоцитопения у больных с ОЛЛ до и после проведения ПХТ

При поступлении первичных больных с ОЛЛ отмечалась глубокая тромбоцитопения у 9 больных (26,0%), умеренная тромбоцитопения у 16 больных (47,0%), лёгкая тромбоцитопения у 4 больных (11,0%), тромбоцитов больше 100×10^9 у 5 больных (14,0%).

После проведения ПХТ глубокая тромбоцитопения отмечалась у 3 больных (12,0%), умеренная тромбоцитопения у 8 больных (32,0%), лёгкая тромбоцитопения у 3 больных (12,0%), больше 100×10^9 у 9 больных (36,0%), тромбоцитоз у 2 больных (8,0%). Как в дебюте заболевания до химиотерапии у больных с ОЛЛ, так и после проведения ПХТ у них отмечалась различная степень выраженности тромбоцитопении.

По литературным данным тромботические осложнения при ОЛЛ свидетельствуют о дисфункции эндотелия и активации внутрисосудистого свёртывания [1, 3].

Анализ тромбоцитов до лечения показал, что в I-й стадии умеренно-выраженного геморрагического синдрома отмечались единичные петехии у 8 больных, во II-й стадии петехии с гематомами, с десневыми кровотечениями у 5 больных, в III-й стадии отмечались петехии, кровоизлияния в склеры глаз и в небо у 1 больного, в IV-й стадии петехии, маточные кровотечения, носовые кровотечения у 3 больных. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей у 1 больного.

После проведения ПХТ у больных с ОЛЛ в результате снижения тромбоцитов отмечались: I-я стадия геморрагический синдром с единичными петехиями у 5 больных, во II-й стадии петехии, десневые кровотечения у 3 больных, в III-й стадии петехии, кровоизлияния в небо у 1 больного, в IV-й стадии петехии, носовое кровотечение у 1 больного. Острый тромбоз илеофemorальных вен наблюдался у 1 больного.

Вывод. С целью предупреждения геморрагических осложнений, необходимо провести динамическое наблюдение за состоянием тромбоцитов крови как до начала проведения ПХТ так и после проведения ПХТ больным с ОЛЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирова С.Г. Состояние эндотелия и гемостаза у больных с впервые выявленным острым лимфобластным лейкозом / С.Г. Владимирова, О.Ю. Скольская, Л.Н. Тарасова и др. // Клиническая лабораторная диагностика.- 2012.-№8.-С. 29-33.
2. Рукавицин О.А. Гематология. Национальное руководство. Москва "ГЭОТАР - Медиа" 2015.
3. Скольская О.Ю. Дисфункция эндотелия и нарушение гемостаза в дебюте острого лимфобластного лейкоза у взрослых больных / О.Ю. Скольская, Л.Н. Тарасова, С.Г. Владимирова и др. // Гематология и трансфузиология.-2013.-№1.-Т.58.-С. 28-31.
4. Черепанова В.В. Нарушения гемостаза у больных острым миелобластным лейкозом в процессе полихимиотерапии / В.В. Черепанова, Н.Н. Перевалова, Л.Н. Тарасова // Гематология и трансфузиология.-2004.-№5.-С. 27-33.

Усмонзода Х.Дж., *Эгамова Ш.Б., *Шокирова У.С.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА У БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ.

Кафедра дерматовенерология ГОУ "ТГМУ им.Абuali ибни Сино"

Актуальность. Одной из важных проблем современной дерматологии и стоматологии является изучение патологии полости рта. Находясь под постоянным воздействием внешних факторов, нервной системы, под влиянием импульсов, поступающих из желудочно-кишечного тракта слизистая оболочка полости рта является местом проявления большого числа разнообразных заболеваний, в том числе и большой группы дерматозов. Однако, патологии слизистой оболочки рта уделялось мало внимания как дерматологами, так и стоматологами. Этим можно объяснить актуальность данной проблемы, тем более что выявляемая авторами (42,4) у больных генерализованным пародонтитом разнообразная патология внутренних органов, отягощённость и сочетанность общесоматической патологии(3,5) свидетельствует о тесной взаимосвязи состояния органов полости рта с общим состоянием организма.

Состоянию полости рта зудящими дерматозами до настоящего времени не уделялось внимания. Известно, что заболевания внутренних органов и систем организма, являясь эндогенным фоновым фактором могут способствовать возникновению поражения зубов и пародонта.

Цель исследования – изучить частоту кариеса зубов и заболеваний пародонта у больных зудящими дерматозами и определить нуждаемость в оказании им стоматологической помощи.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 76 больных зудящими дерматозами в возрасте от 16 до 69 лет, мужчин было 33, женщин 43, среди них городских жителей было 55, сельских – 21.

Всем больным проведены общеклинические, лабораторные и дополнительные (УЗИ, эндоскопия ЖКТ) методы исследования. Для оценки стоматологического статуса проведено клиническое обследование полости рта: индекс КПУ, определение степени интенсивности поражения, индекс нуждаемости в лечении др.

Крапивница была диагностирована у 46 пациентов, причем у 24 - острая и у 22 - хроническая, рецидивирующая.

Результаты исследования и их обсуждение.

В процессе обследования выяснилось, что большинство пациентов жалуется на наличие кариозных зубов, кривоточивость десен, зубные отложения и др. Следует отметить, что у некоторых пациентов появление различных стоматологических жалоб совпадала с периодами обострения кожного процесса. При осмотре полости рта обследованных выявлено следующее: у 80% больных нейродермитом был выявлен кариес различной степени интенсивности причем у 13 был выявлен поверхностный кариес, у 17 - средний и у 14 - глубокий.

Заболевания пародонта: пародонтит, гингивит, пародонтит, выявлен у 32 из 30 больных, причём у 6 из них сочетанное поражение зубов кариесом и тканей пародонта. Зубные отложения отмечались у большинства больных. Что касается больных крапивницей - 26 человек, то у 92,3% была острая и у 7,7 % - хроническая, рецидивирующая. Кариес зубов различной степени интенсивности был выявлен у 96,1% больных причем поверхностный - у 4, средний у 32% и глубокий у 64%. Заболевания пародонта выявили у 57,7% больных, причем сочетанное поражение зубов и тканей пародонта составило 26,9%. Зубные отложения наблюдались у 80,8%. В процессе детального опроса больных выяснилось, что у всех 70 больных нейродермитами в анамнезе были различные перенесённые заболевания (ОРЗ, ОРВИ, хронический тонзиллит, болезнь Боткина, брюшной тиф, малярия, хронический гастрит, детские инфекции и др.).

Результаты УЗИ обследования внутренних органов и эндоскопия ЖКТ показало, что у больных выявлена различная сопутствующая патология, чаще хронического характера, что не могло не сказаться на течении как стоматологического, так и дерматологического статуса, т.к. в результате длительного воздействия общесоматических патологий возникают изменения в тканях зубов и пародонта, на коже и слизистых оболочках.

Таким образом, результаты стоматологического обследования больных нейродермитом показало, что большинство (87,5%) обследованных имели кариес зубов различной степени интенсивности, поражение тканей пародонта (у 51,8%), зубные отложения (у 75%), а также выявлена различная сопутствующая патология (у 80,4%), что свидетельствует о тесной взаимосвязи состояния органов полости рта с общим состоянием организма. Помимо лечения основного заболевания и сопутствующей патологии, нередко сочетанной, больные нуждаются в пародонтологической помощи.

Литература:

1. Пашков Б.М. Поражение слизистой оболочки полости рта при различных дерматозах. Методическое пособие. Москва, 1973. 1-19.
2. Ибрагимов Т.И. Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма регионарного кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями. Т.И.Ибрагимов Российский стоматологический журнал 2002-№1 - С.12-14.
3. Beck J.D. 1 Periodontal disease and cardiovascular disease II J.D. Beck, R. Garcia, G/ Heiss. II J Peridontal.-2006. – Vol.67.- P.II23-II37E.
4. Абрамов А.А. Анализ соматического статуса у пациентов кафедры стоматологии ЦВД. СПб МАПО. II материалы XIX и XX Всероссийских научно- практических конференций А.А. Абрамов – Москва, 2008, с 310-312.
5. Артюнов С.Д. Клиника – морфологические взаимосвязи потерь минеральной плотности кости при заболеваниях пародонта на фоне соматической патологии. С.Д.Артюнов, А.Л.Верткин, О.В.Зйратянц II Институт стоматологии – 2008 -№2 (39) –С.88-90.

Усмонзода Х.Д., Эгамова*Ш.Д., Косумшоева

К.Б. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ.

Таджикский государственный медицинский университет. Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Актуальность. За последние годы выявлено, что факторы свертывания крови содержатся во всех тканях и жидкостях организма. Эти соединения играют важную роль в гемостазе, воспалительных и репаративных процессах.

Цель.

Изучить наиболее важные показатели свёртывающей и антисвёртывающей системы крови больных некоторыми дерматозами. Под нашим наблюдением находилось 50 больных, из них нейродермитом - 20, экземой - 30. Основную группу составляли больные в возрасте от 20 до 33 лет. Женщин было 32 (64%), мужчин - 18 (36%).

Время рекальцификации плазмы определяли по Бергероф и Рока в модификации Балуды. Этот показатель отражает свертывание крови в целом и фазу тромбопластинообразования.

В контрольной группе (30 здоровых лиц) время рекальцификации плазмы составило в среднем $94 \pm 2,6$ сек.

Протромбиновый индекс определяли Квинку в модификации В.Н.Тугулокова, причем выявляли концентрацию не только протромбина, но и всего протромбинового комплекса. По нашим данным он был равен в среднем $74,2 \pm 2,0\%$.

Концентрацию фибриногена определяли суховоздушным Р.А.Рутберга. В контрольной группе она составила $292,0 \pm 13,0$ мг%.

У больных нейродермитом время рекальцификации плазмы от 1 из 20 было нормальным, у 10 - удлинённым и у 9 - укороченным против нормы. В среднем время рекальцификации плазмы равнялось $92 \pm 3,5$ сек.

Протромбиновый индекс у 4 больных был в пределах нормы у 14 - отмечалось гиперпротромбинемия (до 95%), у 2 - гипопротромбинемия (до 67,5%). Средний показатель протромбинового индекса оказался достоверно выше ($81,3\%$) против нормы ($74,0 \pm 2,0\%$).

Концентрация фибриногена повышена у 13 из 20 больных (до 594 мг%), снижена - у 7. При определении средних величин концентрация фибриногена выявлена гиперфибриногенемия (340 ± 37 мг%) по сравнению с показателями контрольной группы (292 ± 13 мг%).

Результаты исследования данных свёртывающей системы крови у больных экземой показали, что у 2 больных из 30 время рекальцификации плазмы было в пределах нормы, у 10-удлинно, у 18- укорочено против нормы ($94,0 \pm 2,6$ сек).

В среднем время рекальцификации плазмы у больных экземой равно $90,0 \pm 1,6$ сек.

Протромбиновый индекс у 6 больных экземой был в пределах нормы, у 21- отмечалась гиперпротромбинемия (до 10%), у 3 - гипопротромбинемия (до 16%). Определение средних величин протромбинового индекса выявило достоверное увеличение ($P < 0,001$), протромбина в крови ($86,4 \pm 2,5\%$) против ($74,0 \pm 2,0$) показателя контрольной группы.

Концентрация фибриногена была в пределах нормальных величин лишь у 3 из 30 больных, у 22 она оказалась повышенной (до 770 мг%) и у 5- сниженной (до 44 мг%), т.е. отмечена гипофибриногенемия.

В среднем концентрация фибриногена равна $353,0 \pm 56,0$ мг% против $292,0 \pm 13$ мг%.

Таким образом, у протромбинового индекса больных нейродермитом И концентрации выявлено фибриногена, увеличение а Время рекальцификации плазмы находилось на уровне нижней границы нормы.

У больных же экземой выявлено укорочение времени рекальцификации плазмы, увеличение протромбинового индекса и концентрации фибриногена.

В связи с тем, что время рекальцификации плазмы даёт возможность судить о первой фазе свёртывания крови, протромбиновый индекс о второй, а количество фибриногена - о третьей, можно считать, что при нейродермите лишь первая фаза коагуляции была в пределах нормы, а вторая и третья фаза, а при экземе и первая выражали тенденцию к гиперкоагуляции.

Выявленные сдвиги коагуляционной способности крови больных нейродермитом и экземой типа гиперкоагуляции можно объяснить нарушениями обменных процессов и нервной регуляции процессов свёртывания крови, что не противоречит этиопатогенезу данных дерматозов.

В связи с тем, что свёртывающая система крови находится в динамическом равновесии с антисвёртывающей системой и взаимосвязана с ней, мы исследовали гепариновое время и фибринолиз.

При определении средних величин показателей противосвёртывающей системы установлено, что гепариновое время у больных нейродермитом и экземой было на уровне нижней границы нормы и соответственно составляло $40 \pm 1,9$ сек. $41 \pm 3,4$ сек., фибринолиз же достоверно удлинён ($P < 0,01$), т.е. заторможен (соответственно: $4,1 \pm 0,2$ часа; $4,6 \pm 0,2$ часа).

Сравнительный анализ показателей свёртывающей противосвёртывающей системы крови при нейродермите и экземе показал, что направленность изменений в системе гемостаза однотипна: активация свёртывающего звена и депрессия фибринолиза.

Следовательно, при изученных дерматозах происходит нарушение физиологических взаимоотношений и равновесия свёртывающих противосвёртывающих механизмов единой биохимической системы.

Результаты лечения.

Исследование показателей свёртывающей и противосвёртывающей системы крови у больных нейродермитом и экземой проводилось и после лечения. При этом больные получали десенсибилизирующую, антигистаминную, седативную и витаминную терапию. Местное лечение назначалось в зависимости от кожного статуса (анилиновые красители, примочки, присыпки и мази).

Результаты исследования показателей гемостаза после лечения были следующими: время рекальцификации плазмы у больных нейродермитом и экземой стало в пределах нижней границы нормы, соответственно: $93,0 \pm 3,2$ сек. и $93,0 \pm 3,0$ сек.; протромбиновый индекс нормализовался ($83,0 \pm 3,0\%$, $94,6 \pm 2,7\%$); концентрация фибриногена имела склонность к нормализации во всех исследуемых группах (309 ± 21 мг%; 349 ± 20 мг% против исходных данных 340 ± 37 мг% и 353 ± 56 мг% соответственно);

Гепариновое время у больных нейродермитом ($37 \pm 2,0$ сек.), а при экземе почти нормализовалось ($39 \pm 2,6$ сек.); фибринолиз же имел тенденцию к нормализации, достоверно приближаясь к верхней границе нормы у больных нейродермитом ($P < 0,01$) и экземой ($P < 0,001$), соответственно составляя $3,4 \pm 0,1$; $3,5 \pm 0,1$.

Следовательно, проведенное лечение не только не оказывало отрицательного влияния на показатели свёртывающей и противосвёртывающей системы крови, а, наоборот, способствовало их нормализации без назначения дополнительно антикоагулянтной терапии.

Нормализация выявленных сдвигов шла параллельно с регрессом клинических проявлений болезни, что значительно улучшало качество жизни этих больных.

Выводы

1. При нейродермите и экземе выявлены изменения основных фаз свёртывающей и противосвёртывающей систем крови, выражающие склонность к гиперкоагуляции.
2. Сдвиги коагуляционной способности крови при нейродермите и экземе однотипны: активация свёртывающего звена и депрессия фибринолиза.
3. Отклонения в системе гемокоагуляции возможно объясняются нарушениями обменных процессов и нервной регуляции процессов свёртывания крови и позволяют предположить об определенной роли в патогенезе данных дерматозов.
4. Проведенное лечение больных нейродермитом дополнительной антикоагулянтной клинических проявлений болезни терапии и наряду способствовало экземе с без регрессом нормализации показателей свёртывающей и противосвёртывающей систем крови, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Литература:

А.А. Маркосян 1966; Б.А. Кудряшков 1971; Л.А. Ляпина 1972; Б.И. Кузник; соавтором Х.Д. Усмонзода, Ш.Д.Эгамова, К.Б.Косумшоева.

Фаридов А.А., Баходуров К.А., Абийиров Ф.А.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В», «С» И ВИЧ ИНФЕКЦИИ У НОВОБРАЧНЫХ

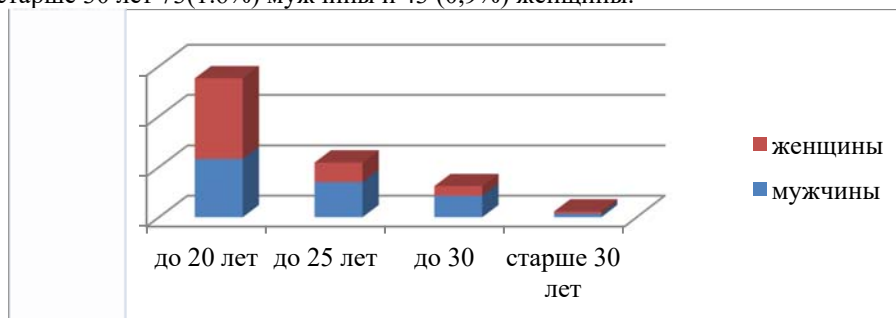
Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. Вирусные гепатиты, по-прежнему, остаются огромной медико-экономической проблемой, как глобального здравоохранения, так и отдельных стран, включая Российскую Федерацию (РФ). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), предположительно 325 млн. человек в мире живут с хронической инфекцией, вызванной вирусами гепатитов «В» (ВГВ) или «С» (ВГС). В Глобальном докладе ВОЗ о вирусных гепатитах (WHO. Global hepatitis report, 2017) отмечается, что сегодня подавляющее большинство инфицированных людей не имеют доступа к необходимому для спасения их жизни тестированию и лечению. В результате, миллионы из них находятся под угрозой медленного прогрессирования хронического гепатита до стадии цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы и обусловленного этими состояниями летального исхода. Гемоконтактные гепатиты являются причиной 96% всех случаев смерти от вирусных гепатитов.

Абсолютно очевидны серьезные проблемы, связанные с инфицированием вирусами гепатита «В», «С»: высокая частота формирования хронических форм, характеризующихся широким спектром клинических вариантов и исходов заболевания от неактивного носительства с низким уровнем вирусемии до хронического гепатита с выраженной активностью и возможностью формирования неблагоприятных исходов цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. От цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы ежегодно в мире погибает около 1 млн. человек. Приблизительно у одной трети населения Земли выявляются маркеры перенесенной инфекции вирусом гепатита В и у 350 млн. человек – маркеры текущей хронической инфекции. Заболеваемость хроническим гепатитом «С» составляет приблизительно 40,0 на 100 тыс. населения в России. В общей структуре хронических вирусных гепатитов доля гепатита С составляет около 80%.

Цель исследования. Выявление у новобрачных наличия вирусных гепатитов В, С и ВИЧ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования были использованы 4490 обследуемых в оздоровительных учреждениях района Мир Саид Али Хамадони в течение последних трёх лет, из которых 2258 (50,3%) составили мужчин 2232 (49,7%) женщины возрастом до 30 лет. Из них до 20 лет составили 1164 (25,9%) мужчины и 1597 (35,5%) женщин, до 25 лет 702 (15,6%) мужчин и 389 (8,6%) женщин, до 30 лет 424 (9,5%) мужчины и 193 (4,3%) женщины, старше 30 лет 73 (1,6%) мужчины и 43 (0,9%) женщины.



Все обследуемые прошли экспресс тесты на вирус гепатита «В», вирус гепатита «С» и ВИЧ инфекцию.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате нашего исследования мы выявили, что из общего числа обследовавшихся гепатит В был выявлен у 17 (0,4%), из них 7 мужчин и 10 женщин, из которых до 20 лет были 1 мужчина и 1 женщина, до 25 лет 1 мужчина и 3 женщины, до 30 лет 3 женщины и 5 мужчин, старше 30 лет 2 мужчин и 1 женщина. С гепатитом «С» не было выявлено ни одного больного. С ВИЧ инфекцией было выявлено 2 мужчин.

Выводы. По нашим выводам, выявление вирусных гепатитов «В», «С» и ВИЧ инфекции у новобрачных является одним из важных звеньев создания здоровой семьи и предупреждения в дальнейшем разводов и развалов семей в обществе.

Литература

1. Встречаемость латентного (HBsAg-негативного) хронического гепатита В среди пациентов кабинетов инфекционных заболеваний поликлиник Санкт-Петербурга / А. В. Семенов, С. С. Вашукова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2011. - № 3. – С. 90-94.
2. Интерпретация результатов выявления маркеров вирусного гепатита В / А. В. Семенов // Справочник зав. КДЛ. - 2012. - № 11. - С.26-37.
3. И.Г. Никитин, И.Е. Байкова (и др.) «Противовирусная терапия хронического гепатита С: современное состояние проблемы и перспективы», Ж. «Лечение и профилактика» 2012, №2 (3), 77-87 с.
4. Этиологические, эпидемиологические, патогенетические и клинические аспекты вирусного гепатита С»: Учебное пособие для врачей – инфекционистов, студентов лечебного профиля. Составители: Фигурнов В.А., Баранов А.В.; г. Благовещенск, АГМА, 2008 .
5. И.Г. Никитин, И.Е. Байкова (и др.) «Противовирусная терапия хронического гепатита С: современное состояние проблемы и перспективы», Ж. «Лечение и профилактика» 2012, №2 (3), 77-87 с.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. За последние десятилетия XX века, в период научно-технической революции, кардинально изменились условия и сам процесс труда. Автоматизация производства, развитие транспорта, улучшение условий жизни привели к снижению двигательной активности большинства людей. Среди причин, вызывающих нарушения осанки, называют различные факторы окружающей среды и индивидуального развития. Наиболее распространенными причинами нарушений осанки являются недостатки двигательной активности и гиподинамии, и как следствие, недостаточное развитие связочно-мышечного аппарата: слабость мышц туловища, спины и брюшного пресса.

Нарушение осанки у детей это – изменения физиологического положения позвоночника, обусловленные структурными и функциональными изменениями в опорно-двигательном аппарате. Нарушения осанки у детей могут проявляться сутулостью, асимметрией позвоночника, болями в грудной клетке или спине, головными болями, астено-вегетативным синдромом.

Нарушения осанки встречаются у 2,1 % детей раннего возраста; у 15-17 % дошкольников; у 33% учащихся средней школы и у 67 % старших школьников. При своевременном проведении оздоровительных мероприятий нарушения осанки у детей являются обратимыми, однако в запущенных случаях могут привести к ограничению подвижности грудной клетки и диафрагмы, снижению амортизационной функции позвоночника, нарушению деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Нарушения осанки у детей могут являться предшественниками таких заболеваний опорно-двигательного аппарата, как сколиоз, остеохондроз, межпозвоночная грыжа. Именно поэтому вопросы профилактики нарушений осанки у детей являются актуальными для современной педиатрии.

Дефекты осанки у детей могут носить врожденный или приобретенный характер. Врожденные нарушения осанки у детей связаны с внутриутробным нарушением формирования позвоночника.

Приобретенные нарушения осанки встречаются в 90-95% случаев и обычно выявляются у детей, имеющих астеническое телосложение. Непосредственными причинами, приводящими к нарушению осанки у детей, могут выступать неблагоприятные социально-гигиенические условия: недостаточная физическая активность (гипокинезия), несоответствие учебной мебели (стола, стула) росту ребенка и низкая освещенность рабочего места, ношение портфеля в одной и той же руке и пр. Все перечисленные факторы способствуют длительной неправильной фиксации положения и выработке навыка патологической установки тела.

Степень нарушения осанки у детей может быть различной. При I степени отмечаются незначительные изменения осанки, которые можно устранить путем целенаправленной концентрации внимания ребенка. II степень нарушений осанки у детей характеризуется более выраженными деформациями, которые возможно устранить с помощью разгрузки позвоночника в горизонтальном положении или подвешивания ребенка за подмышечные впадины. При нарушениях осанки III степени у детей отмечаются деформации позвоночника, которые невозможно устранить путем разгрузки позвоночника. У дошкольников обычно наблюдаются нарушения осанки I-II степени; у детей школьного возраста – II-III степени.

Основная роль в коррекции нарушений осанки у детей принадлежит лечебной физкультуре, массажу, лечебному плаванию.

Цель исследования. Целью данного исследования являлось изучение влияния лечебной физкультуры, массажа и оздоровительного плавания при нарушениях осанки детей школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 детей (5 мальчиков, 5 девочек) в возрасте от 10 до 15 лет с 1-2 степенью нарушения осанки. Все они предъявляли жалобы на боли в спине, быстрое утомление, головные боли, ухудшение зрения.

Всем пациентам, с учётом индивидуального физического развития и степени нарушений, были составлены комплексы лечебной гимнастики, которые были направлены на укрепление мышц спины и формирование естественного мышечного корсета.

Специальные физические упражнения сочетались с общеразвивающими упражнениями для верхних и нижних конечностей, дыхательными упражнениями. На начальных этапах лечения физические упражнения выполнялись в основном лежа на спине, на боку, на животе, стоя в упоре на четвереньках, что позволяло сохранить правильное положение всех частей тела, в дальнейшем — в положении стоя и при ходьбе.

Кроме этого, всем пациентам был назначен массаж позвоночника с целью снятия болевого синдрома. 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.

Плавание, в том числе и лечебное, является прекрасным средством профилактики и исправления нарушений осанки. Механизм действия прост, во время плавания снижается статическая нагрузка на позвоночник, нивелируется дисбаланс мышц спины, приводящий к искривлениям позвоночника. В то же время, активное движение ног в воде в безопорном положении укрепляет стопы и предупреждает развитие плоскостопия.

Во время плавания создаются прекрасные условия для улучшения работы системы органов кровообращения: увеличивается количество кислорода, поглощаемого всеми органами и тканями организма, усиливается венозный отток от ног, сокращаются почти все мышцы тела. Плавание развивает сердечно-сосудистую систему и в значительной степени укрепляет весь организм

Курс лечебной гимнастики проводился в течение 3-х месяцев, 3 раза в неделю, с продолжительностью занятия

45 минут. За это время было проведено 3 курса массажа по 10 дней. Также в течение месяца пациенты занимались оздоровительным плаванием.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведённого лечения наблюдалась тенденция к уменьшению интенсивности проявлений болевого синдрома, исчезли головные боли, повысилась двигательная активность, мозговая деятельность, улучшилась осанка.

Выводы. Длительное применение комплексного лечения средствами лечебной физкультуры, которые включали в себя выполнение определённых комплексов физических упражнений, направленных на укрепление мышечного корсета, а также массажа и лечебного плавания дали хорошие результаты по восстановлению осанки у детей и общего самочувствия. При этом стоит отметить, что необходимо соблюдение регулярного и длительного лечения для достижения хороших результатов.

Список литературы:

5. Епифанов В.А. Учебник: Лечебная физическая культура и спортивная медицина / Епифанов В.А. // М.: Медицина, 2019.
2. Вилесов А., Медников Н, Соколова Е. Учебно-метод. пособие: О формировании осанки у детей/ Вилесов А., Медников Н, Соколова Е.// Медицина, М.2018.
3. Безруких, М.М. Возрастная физиология: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер.- М. : Академия, 2012.
4. Бородич, Л.А. Занятия плаванием при сколиозах у детей и подростков / Л.А. Бородич, Р.Д. Назарова. М. : Просвещение, 2018.
5. Дукальский, В.В. Игры в воде при обучении плаванию / В.В. Дукальский, Е.Г. Марьяничева. Краснодар : КГАФК, 2007.
6. Иванов, С.М. ЛФК при заболеваниях в детском возрасте / С.М. Иванов, И.Р. Назарова, К.А. Заславская. М. : Медицина, 2013.

Мубоширова Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

Актуальность. 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 (Г.Ф.Ланг, 1938, А.Л.Мясников, 1954, Н.Н.Куршаков, 1956 и др.).

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.

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.

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, коронаро-расширяющие, 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 тд.

Выводы. Таким образом, наблюдения показывают, что применение МИЛ-терапии с помощью аппарата «Милта-Ф» несколькими курсами, положительно влияет на состояние организма при гипертонической болезни.

Хабибзода Х.Х., Рахмонов Э.Р., Гадойбоев М.Р.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан

Актуальность. COVID-19 – инфекционное заболевание, вызываемое новым коронавирусом SARS-CoV-2. ВОЗ впервые узнала о новом вирусе 31 декабря 2019 года, получив сообщение о группе случаев заболевания «вирусной пневмонией» в городе Ухань Китайской Народной Республики. 30 января 2020 г. вспышка новой коронавирусной инфекции была объявлена чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения международного значения («a public health emergency of international concern»). С тех пор, новый коронавирус быстро распространяется, вызывая глобальную пандемию, которая ложится тяжелым бременем на мировую систему здравоохранения и экономику. В марте 2020 г. ВОЗ объявила о пандемии COVID-19. На 10 мая 2021 года с момента начала пандемии совокупное число зарегистрированных случаев заболевания во всем мире составляет более 158 миллионов человек, а случаев смерти – более 3,3 миллионов [1-2].

С апреля 2020 г. во всем мире стало появляться всё больше сообщений о том, что при COVID-19 страдает свертывающая система крови. При тяжелых формах COVID-19 развивается гипервоспаление, возникает гиперкоагуляция, тромботическая микроангиопатия, тромбоз и ДВС синдром. В настоящее время установлено, что под влиянием вируса SARS-CoV-2 отмечается активация системы комплемента по лектиновому пути, который приводит к очень быстрому возникновению мембраноатакующего комплекса. Многие исследователи указывают на особое свойство вируса SARS-CoV-2 – тропность к эндотелию сосудов с развитием эндотелиита с последующим тромбозом сосудов легких и других органов. Вирус SARS-CoV-2 имеет рецептор ангиотензин-превращающего фермента 2 типа (ACE2) – рецептор для проникновения коронавируса. ACE2 содержится в клетках легочного альвеолярного эпителия, энтероцитах тонкой кишки, в эндотелиальных клетках артерий и вен. В результате рецептор-опосредованного эндоцитоза и последующей репликации SARS-CoV-2 происходит деструкция эндотелиальных и эпителиальных клеток, что приводит к высвобождению цитокинов, фактора Виллебранда, ингибитора активации плазминогена I-го типа, что в свою очередь усиливает и воспаление, и тромбообразование. Связывание SARS-CoV-2 с ACE2 сопровождается активацией, экспрессией тканевого фактора (TF), что усиливает процессы гемокоагуляции. При активации системы комплемента образуются молекулы C3a, C5a, активирующие тромбоциты и экспрессию тканевого фактора на эндотелиоцитах и моноцитах. А продукты расщепления C3a и C5a участвуют в образовании мембраноатакующего комплекса и ускоряют образование фибринового сгустка, способствуют гиперкоагуляции и в конечном итоге приводят к развитию тромбозов, как в микроциркуляторном русле, так и в крупных сосудах [3-5].

Цель исследования. Оценить особенности нарушения системы гемостаза при тяжелом течении COVID-19.

Материалы и методы. Исследование было проведено ретроспективным анализом 45 историй болезни пациентов с тяжелым течением COVID-19, которые были госпитализированы в ГУ Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе за период 2020-2022. В нашем исследовании мы использовали данные лабораторных анализов, оценивая показатели тяжести заболевания и возрастные особенности пациентов. Методами исследования были определение количество тромбоцитов, аутокоагулограмма, тромбиновое время, МНО, АЧТВ, тромбо-тест, фибриноген, протромбиновое время, протромбиновый индекс, Д-димер.

Результаты исследования. В период пандемии COVID-19 в ГУ ГКИБ было госпитализировано много пациентов, среди которых для исследования мы выбрали 45 пациентов с тяжелым течением заболевания. Среди них 33 пациента (73,3%) были мужчины и 12 (26,7%) – женщины. Средний возраст составил 59,4 года. Мы проанализировали показатели системы гемостаза у этих пациентов. По коагулограмме были выявлены следующие средние показатели: количество тромбоцитов $168 \pm 4,3$ тысяч/мл, аутокоагулограмма - $11,4 \pm 2,1$ секунд; тромбиновое время - $24,3 \pm 3,1$ секунд; МНО - $1,09 \pm 0,3$; АЧТВ - $31,2 \pm 1,9$ секунд; тромбо-тест -III; фибриноген - $3,72 \pm 0,8$ г/л; протромбиновое время - $19,2 \pm 1,9$ секунд; протромбиновый индекс - $86,2 \pm 1,2\%$; Д-димер - $504,8 \pm 27,3$ нг/мл. Проведенные исследования показали следующее: у больных с тяжелым течением COVID-19 происходит нарушение системы гемостаза. Комбинация тромбоцитопении, удлинения протромбинового времени и повышенного уровня Д-димера предполагает ДВС-синдром, однако его проявления отличаются от проявлений, наблюдаемых при сепсисе, где тромбоцитопения гораздо более выражена, а повышение уровня Д-димера не достигает уровня, наблюдаемого при COVID-19. Полученные данные свидетельствуют о том, что коагуляция связанная с COVID-19, представляет собой комбинацию ДВС-синдрома тромботической микроангиопатии легких, которая оказывает значительное влияние на дисфункцию органов у большинства пациентов с тяжелым течением заболевания. Это может быть связано с повышенной активацией системы свертывания крови и/или снижением фибринолитической активности. Выявленные показатели, такие как удлинение времени свертывания, изменение МНО и АЧТВ, а также повышенные значения Д-димера, свидетельствуют о нарушениях гемостаза и гиперкоагуляции. Дальнейшие исследования необходимы для более глубокого изучения механизмов нарушения системы гемостаза при COVID-19 и разработки эффективных методов лечения и профилактики тромботических осложнений.

Выводы. Таким образом, инфекция COVID-19 усиливает проницаемость сосудов, что приводит к отеку легких и активации диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром), легочной ишемии, гипотаксической дыхательной недостаточности. Доказательством которого служат изменения показателей гемостаза, такими как тромбоцитопения, удлинения протромбинового времени и повышенного уровня Д-димера что свидетельствует у пациентов тяжелой формы COVID-19.

Список литературы:

1. Коган Е.А., Березовский Ю.С., Проценко Д.Д., Багдасарян Т.Р., Грецов Е.М., Демуря С.А., и др. Патологическая анатомия инфекции, вызванной SARS-CoV-2. Судебная медицина. 2020;6 (2):8–30. doi.org/10.19048/2411-8729-2020-6-2-8-30
2. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020; 18:1094–1099. doi.org/10.1111/jth. 14817
3. Кузник Б.И., Хавинсон В.Х., Линькова Н.С. COVID-19: влияние на иммунитет, систему гемостаза и возможные пути коррекции. Успехи физиологических наук. 2020; 51 (4): 51–63. doi.org/10.31857/S0301179820040037
4. Галстян Г. М. Коагулопатия при COVID-19. Пульмонология. 2020;30 (5):645–657. doi.org/10.18093/0869-0189-2020-30-5-645-657
5. Макацария А.Д., Григорьева К.Н., Мингалимов М.А., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Третьякова М.В., и др. Коронавирусная инфекция (COVID-19) и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Акушерство, гинекология и репродукция. 2020;14 (2):123–131. doi.org/10.17749/2313–7347.132

Хайдарова Д.Д., Таишкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЕ COVID-19 ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра Внутренние болезни №-2 и кардиологии Самаркандского Государственного Медицинского Университета. Узбекистан, Самарканд

Введение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается одной из ведущих причин снижения качества и продолжительности жизни, являясь нерешенной в настоящий момент медико-социальной проблемой, актуальность которой с годами растет. Учитывая, что и ХОБЛ, и COVID-19 вызывают потенциально тяжелое поражение легких, важным представляется изучение влияния инфицирования SARS-CoV-2 на течение, осложнения и исходы ХОБЛ, а также воздействия пандемии на организацию медицинской помощи хроническим пульмонологическим пациентам. Наличие схожих аспектов в патогенезе COVID-19 и ХОБЛ позволяет рассмотреть ряд препаратов базисной терапии ХОБЛ в качестве возможного средства лечения новой коронавирусной инфекции. Появление нового штамма коронавируса в декабре 2019 г. в китайском городе Ухань (провинция Хубэй), его дальнейшее быстрое распространение по миру и формирование пандемии COVID-19, официально объявленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 11.03.20, явились глобальным вызовом для мирового здравоохранения. Коронавирус, получивший 11.02.20 наименование SARS-CoV-2, попадает в организм человека через рецепторы ангиотензин превращающего фермента 2-го типа (АПФ-2) и может поражать альвеолярные клетки 2-го типа, предопределяя диффузное альвеолярное повреждение легких, клинически проявляющееся как вирусная двусторонняя пневмония и острый респираторный дистресс-синдром.

Цель исследования – изучить особенности клинической картины хронической обструктивной болезнью легких при ее сочетании с Covid-19

Материал и методы. Работа была проведена у больных госпитализированных в период 2020 и 2021 годах в отделениях Самаркандского городского специализированного центра по борьбе с Covid-19 у 221 пациентов, получавшем лечение в условиях стационара, у которых был ХОБЛ с COVID-19 группа-А, ХОБЛ без COVID-19 группа-Б и у здоровых. Из 94 пациентов в группе А у 45% был диагностирован ДН II, а у 55% - ДН III. Группа Б состояла из 91 пациента, средний возраст которых составлял 64,1±1,2 года. Из них 53% составляли мужчины и 47% - женщины. Их средний возраст составил 64,8±1,2 года. Всем пациентам в группах было проведено комплексное обследование, которое включало: сбор анамнеза, физикальный осмотр, пульсоксиметрия, измерение АД и веса, клинический анализ крови, коагулограмму с Д-димером, осуществляли рентгенографию грудной клетки и КТ. Клиническое исследование проводилось на основе следующих критериев и включало: жалобы пациентов и анамнез жизни продолжительность и факторы риска ХОБЛ, продолжительность лихорадки общие признаки катаральных симптомов и всех клинических признаков Covid-19 клиническое развитие и вспышка во время болезни а также сопутствующие заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка анамнеза жизни и заболевания была проведена при госпитализации больных. Анализ динамики лечения проводили с помощью клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования. Анализировали данные рентгенографии органов грудной клетки, пульсоксиметрии, оценивали функцию внешнего дыхания (ФВД). Оценку прогноза заболевания и выбора места лечения пациентов с ХОБЛ+COVID-19 проводили в соответствии со шкалой CRB-65 [3]. При анализе клинических данных у больных рассчитывали в баллах индекс коморбидности Charlson [5], выраженность одышки оценивали по шкале MRS (Modified British Medical Research Council) [4], расчет кумулятивного индекса (КИ) в баллах проводили с использованием шкалы выраженности основных симптомов ХОБЛ [9]. В период нахождения в стационаре больные получали стандартное лечение, включавшее ингаляционные бронхолитики, антибактериальные препараты, глюкокортикоиды (по показаниям), кислородотерапию, симптоматические средства. При анализе клинической картины заболевания у больных, включенных в исследование, были выявлены различные сопутствующие заболевания (ИБС, гипертоническая болезнь, цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет и др.). При этом индекс коморбидности Charlson у больных с ХОБЛ+Covid-19 был выше, чем у больных с ХОБЛ ($p<0,05$). Нарушения функции легких у больных с ХОБЛ+COVID-19 были более выраженными. У них значения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) составили (43,5±3,1)% и (26,1±2,5)% соответственно, у больных с обострением ХОБЛ эти показатели были выше и составили (56,7±2,5)% и (36,3±1,6)% соответственно ($p<0,05$). Клинически это проявлялось различной степенью выраженности одышки. Ее интенсивность по шкале mMRS оказалась выше у

больных второй группы, чем у больных первой группы ($p<0,05$). Развитие дыхательной недостаточности у больных, включенных в исследование, сопровождалось нарушениями оксигенации крови. Показатели SpO_2 у больных с ХОБЛ+COVID-19 и ХОБЛ по сравнению со здоровыми были снижены [соответственно $(89,1\pm 2,1)\%$ и $(91,5\pm 2,8)\%$ или $(97,6\pm 1,4)\%$; $p<0,05$]. Достоверных отличий этого параметра между группами больных выявлено не было ($p>0,05$).

В нашем наблюдении среди пациентов основной группы в остром периоде COVID-19 было госпитализировано 24,5%, а среди пациентов группы сравнения 15,3%. В основной группе пациенты госпитализировались через $4,8\pm 0,4$ дней от начала клинических проявлений болезни, а в группе сравнения через $5,7\pm 0,2$ дней. Длительность госпитализации составила $15,6\pm 0,6$ дней в основной группе наблюдения и $12,9\pm 0,3$ дней в группе сравнения. При анализе частоты госпитализации не была получена статистически значимая разница по группам. Однако сроки и продолжительность госпитализации в основной группе были выше и отличались статистически значимо. Пациенты преимущественно указывали на внезапность возникновения клинических симптомов данного заболевания. Иногда отмечался продромальный период с явлениями общего неспецифического недомогания. Весьма типично в клинической картине наличие лихорадки. В основной группе пациентов она отмечалась у 80,6%, у 17,3% гипертермии не отмечено и у 2% заболевание протекало с гипотермией. При этом среди лихорадящих пациентов в основной группе чаще всего цифры достигали фебрильных значений – 37,6%, субфебрильная температура была у 27,6% пациентов и у 15,3% она достигала гектических цифр. Длительность лихорадочного периода колебалась от 1 до 30 дней и чаще всего составляла 7-14 дней.

Одной из отличительных особенностей COVID-19 является развитие различных обонятельных нарушений – дизосмий в виде anosмии, паросмии, гипосмии и, особенно мучительной, какосмии. Также отмечались нарушения вкуса: агевзия, парагевзия. Клинические проявления снижения обонятельной функции принципиально отличаются от подобных наблюдаемых симптомов при других острых респираторных инфекциях. При этом часто расстройства обоняния и вкуса наблюдались даже без заложенности носа и явлений ринита. В нашем исследовании такой симптом как anosмия в основной группе пациентов встречался у 58,1% пациентов. В группе сравнения anosмия возникла в 50,5% пациентов. В среднем он появлялся на 5-6 сутки, а нарушения обоняния сохранялись от 3 до 120 дней. У некоторых пациентов спустя год после перенесенного COVID-19 обонятельная функция не восстановилась. Таким образом, в настоящем наблюдении anosмия достоверно чаще встречалась в группе А, у которых в анамнезе с ХОБЛ

Выводы: Таким образом, необходимость поиска новых терапевтических решений продиктована отрицательными результатами текущих клинических исследований эффективности применения ряда препаратов у больных COVID-19. Перспективным представляется изучение терапевтического воздействия на коронавирус SARS-CoV-2 препаратов базовой терапии ХОБЛ с доказанным противовоспалительным действием на бронхолегочную систему. У пациентов с ХОБЛ+COVID-19 наблюдаются более высокие интенсивность респираторных симптомов, значения индекса коморбидности и уровня СРП в крови, более низкие спирометрические параметры по сравнению с показателями больных с обострением ХОБЛ. У больных с ХОБЛ+COVID-19 по сравнению с больными ХОБЛ снижена Т-хелперная и Т-супрессорная клеточная активность, повышен уровень В-лимфоцитов.

Список литературы

6. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., & Тогаева, Б. М. (2019). Особенности клинического течения бронхиальной астмы у лиц молодого возраста. *Том-iii*, 359.
7. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хасанжанова, Ф., Алиева, А., Хошимов, Д., & Орипов, С. (2014). Левофлоксацин в комплексной терапии больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. In *молодежь и медицинская наука в XXI веке* (pp. 229-229).
8. Ташкенбаева, Э. Н., Мухиддинов, А. И., Хайдарова, Д. Д., Тогаева, Б. М., & Абдиева, Г. А. (2022). Covid-19 билан касалланганда юрак қон томир асоратлари ривожланиши хавфи билан артериал гипертензиянинг ривожланиши ва клиник кечилишининг узила хос хусусиятлари. *Журнал биомедицины и практики*, 7(4).
9. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Абдиева, Г. А., Хайдарова, Д. Д., & Тогаева, Б. М. (2022). covid-19 билан оғриган беморларда гипертензия касаллиги ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг коморбидлигида клиник кечилишининг ўзила хослиги ва замонавий диагностикаси. *журнал биомедицины и практики*, 7(4).
10. Мухиддинов, А. И., Ташкенбаева, Э. Н., Хайдарова, Д. Д., Абдиева, Г. А., & Тогаева, Б. М. Клиникая характеристика прогрессирования артериальной гипертензии с риском сердечно сосудистных осложнений при COVID-19. *Polish Science Journal*, (1), 34.

Хайдарова С.Ф¹, Рахматуллоева З.Р¹, Ходжаева З.Г².

ПРИМЕНЕНИЕ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Институт ботаники физиологии и генетики растений НАНТ

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции занимают ведущее место в структуре детской инфекционной патологии (60–70%). Препаратов, обладающих специфической противовирусной активностью, разрешенных для применения в детской практике, в настоящее время немного. Это химиопрепараты, иммуноглобулины, интерфероны и их индукторы, причем последние обладают комбинированным эффектом (этиотропным и иммуномодулирующим). Спектр антивирусной активности препаратов интерферона широк: грипп и другие ОРВИ, герпетические инфекции, паротитная, цитомегаловирусная инфекция, вирусные гепатиты и др. [1,4]. Преимущества гомеопатических препаратов – отсутствие аллергического и токсического действий, осложнений, привыкания к ним, а также доступность и относительная дешевизна – обеспечивают им стабильную популярность [1,2,3]. В связи с этим нам представля-

лось перспективным проведенное исследование в качестве лечебного средства при ОРВИ у детей препарата «Анаферон детский», состоящего из смеси афинно очищенных антител к γ -интерферону человека в гомеопатических разведениях C12, C30 и C50. Антитела к γ -интерферону в этом препарате подвергнуты потенцированию, позволяющему усилить их биологический эффект. Согласно ранее полученным результатам, потенцированные антитела обладают модифицирующим эффектом по отношению к антигену (в данном случае к γ -интерферону), они регулируют и усиливают его активность [2, 5].

Цель исследования. Изучить применение анаферона детского для лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 120 детей в возрасте от 1 до 5 лет с диагнозом ОРВИ, обратившихся за медицинской помощью в ГУ Городского центра здоровья №12 (ГЦЗ №12), за период с 2022г по 2023г. Из них 60 больные дети, страдающие ОРВИ, получали анаферон детский, а остальные 60 детей не получали. Всем больным детям проводилось температурный профиль, клиника – лабораторное обследование, по показаниям рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении у 60 больных детей отмечалась стойкая лихорадка, которая держалась в течение 2-х суток, кроме того отмечалась повышение t -ры до $37,8^{\circ}$ до $38,2^{\circ}$, кашель, насморк у всех больных детей. Характерным являлось наличие общей интоксикации (головная боль, адинамия, мышечные боли, гиперестезия). Наряду с катаральными явлениями у 24(20%) больных детей отмечался повышение t -ры, насморк, чихание, вялость, у 6(5%) – астматический синдром, у 7(5,8%) – абдоминальный синдром (боли в животе, рвота, учащение стула), у 4(3,3%) – носовые кровотечения. У 6 (5%) больных детей был выявлен синдром первичного сегментарного поражения легких, которые были обнаружены чаще всего при рентгеноскопии, а у 7(5,8%) явления ринофарингита, у 2(1,6%) детей отмечался синусит, ринит у 3(2,5) детей.

В анализе крови: в самом начале болезни имело место кратковременный лейкоцитоз, а затем умеренная лейкопения, лимфоцитоз. Температурная кривая нередко имела двугорбый характер.

Осложнение чаще наблюдалось у детей младшего возраста. Наиболее тяжелым осложнением являлось, бронхит, абдоминальный синдром также ринофарингит. Всем больным детям было назначено анаферон (детская дозировка) и симптоматическая терапия. Анаферон детский назначался согласно инструкции. Детям от 1 года и старше. В 1-й день лечения принимают 8 таблеток по следующей схеме: по 1 таблетке каждые 30 минут в первые 2 часа (всего 5 таблеток за 2 часа), затем в течение этого же дня принимают ещё по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени. На 2-ой день и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в день. Продолжительность ОРВИ составляет от 7 до 14 дней.

У детей, которые получали анаферон t –ра тела держалась в течение суток, а катаральные явления исчезали на 5 – 6 сутки, частота ОРВИ наблюдалась 2 –3 раза в год. У детей, которые не получали, анаферон заболевание принимало затяжное течение и осложнялось 2 – 3 раза чаще, частота ОРВИ у этих больных наблюдалась 6 – 7 раз в год.

Выводы. В процессе терапии у всех обследованных больных отмечена хорошая переносимость, ни в одном случае не было преждевременной его отмены и не выявлено нежелательных явлений.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: Анаферон детский эффективен в лечении детей с ОРВИ.

На фоне лечения Анафероном отмечается уменьшение тяжести и укорочение длительности большинства клинических симптомов (интоксикация, лихорадка, катаральные симптомы), отмечается, более выраженная положительная динамика по сравнению с группой детей которые не получали анаферон. В процессе терапии, у всех обследованных больных отмечена хорошая переносимость, ни в одном случае не было преждевременной его отмены и не выявлено нежелательных явлений. Учитывая высокую эффективность и безопасность, целесообразно включение Анаферона детского в схему лечения ОРВИ и гриппа у детей.

Использование анаферона позволяет существенно снизить заболеваемость ОРВИ у детей, а также способствует более благоприятному течению заболевания, сокращая длительность лихорадки и катаральных явлений.

Список литературы.

1. Кондюрина Е.Г. Профилактика и лечение острых респираторных инфекции у детей с бронхиальной астмой. / Е.Г. Кондюрина., Т.Н. Ёлкина., В.В. Зеленская и др.//Доктор. Ру. 2013. (87). С. 17 – 22
2. Жабер Е.С. Иммуные свойства анаферона и анаферона детского. Антибиотики и химиотерапия. / Е.С.Жабер., Ю.Л. Дугина., О.И. Эпштейн// 2013. 58(5-6). С. 17-23.
3. Образцова Е.А. Эффективность препарата «Анаферон детский» в профилактике острых респираторных инфекций у детей раннего возраста. /Е.А.Образцова., Е.С. Эрман., Л.В. Осидак и др.// детские инфекции. 2013. 2-44. С. 44-48.
4. Коровина Н.А. Оптимизация профилактики и лечения вирусных инфекции у детей. / Н.А. Коровина., А.Л. Заплатников. Идр.// Поликлиника. 2017. 2. С. 8-11.
5. Comeran B et al/ Prolonged illness after infectious mononucleosis is associated with altered immunity but not with increased viral load. J. Infect. Dis. 2016: 664-671.

Хайдарова У.З., Ганиева М.Т., Рабеева Ш.Р.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ

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

Актуальность. На протяжении многих лет симптомы миастении, проявляющиеся в тяжелых случаях нарушениями витальных функций, внушают страх практически всем врачам различного профиля. Несмотря на большой круг публикации по проблемам, связанным с диагностической этой болезни и с показаниями к применению различных видов терапии, информация по критериям диагностики и схеме поэтапного патогенетического лечения недостаточно систематизирована. Миастения (myasthenia gravis, болезнь Эрба-Гольдфлама)-аутоиммунное заболевание, относительно редкое,

хотя существует достаточно оснований считать, что наблюдают его значительно чаще, чем считали ранее (0,5-5 на 100 000 населения). В настоящее время распространенность заболевания составляет 20,3 на 100 000 населения. Миастения может дебютировать в любом возрасте начиная с раннего детства и заканчивая глубокой старостью. Средний возраст начала болезни у женщин -26 лет, а у мужчин -31 год. Соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 1:3 (2). Для подбора адекватного лечения больным миастенией необходимо учитывать особенности течения заболевания. В половине случаев заболевание манифестирует глазными симптомами, а у 80% больных эти симптомы появляются в течение первого месяца болезни. У 10% больных миастенией заболевание начинается со слабости бульбарной мускулатуры, у 10% - со слабости в конечностях, у 10% - с общей слабости, у 1%- со слабости дыхательной мускулатуры. У 40% симптомы генерализуются, при этом генерализация симптомов в 90% этой группы пациентов происходит в течение первого года заболевания. Изолированная же глазная форма начала заболевания (5). на всем протяжении заболевания наблюдается у 15-20% больных (3-4). Чаще заболевание протекает с периодами обострения и ремиссии. Слабость достигает своего максимума первые три года после. Это говорит о необходимости тщательного динамического наблюдения индивидуального подобранного лечения у неврологов при выявлении достоверного диагноза миастении, также течение миастении могут отягощать сопутствующие заболевания в первую очередь заболевания щитовидной железы (опухоли вилочковой железы, гипотиреоз или гипертириоз).

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические критерии и особенности подхода терапии в условиях НМЦ РТ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 13 больных с 2021 по 2022 годы находившихся на стационарном лечении в первом неврологическом отделении НМЦ РТ. Из них 4 больных мужчин, а остальные лица женского пола. Средний возраст составил 43,5 %. Всем больным проводили клинико-неврологическое обследование, включающее сбор жалоб, анамнеза, шкальные методы исследования и диагностические тесты. К сожалению в центре пока не проводится иммунологический тест, где определяют титры антител к ацетилхолиновым рецепторам и антител к мышцам, что существенно облегчило диагностику миастении и позволило бы оценить эффективность различных методов патогенетической терапии.

Результаты исследований и их обсуждение. Наиболее частым симптомом у больных миастенией является патологическая утомляемость со значительным колебанием симптоматики в течении нескольких часов или дней. Симптоматика двигательных расстройств в первую очередь проявлялась у наблюдаемых больных в виде нарушения функции глазодвигательных мышц птозом, диплопией и ограничением подвижности глазных яблок. Они были наиболее часто встречающиеся и самые ранние симптомы у 66% больных. Нередко поражения глазодвигательных мышц длительное время являлись единственными проявлениями миастении у 33% наблюдаемых больных и предшествовали развертыванию болезни, что отмечается и другими авторами (2). Лицевые мышцы поражались у 7,0% наблюдаемых больных и проявлялись в виде гипо- или амимии, что наряду с птозом проводило, симметричных. Нарушение функции жевательных мышц отмечено у одного обследованного пациента у больного рот был постоянно открыт, нижняя челюсть отвила, что значительно затрудняло прием пищи. Слабость мышц языка наблюдалась у 28% больных и проявлялась в виде дизартрии и затруднения формирования пищевого комка. Мышцы конечностей у наблюдаемых больных поражались с различной частотой: чаще (69%) мышцы верхних конечностей, чем нижних (31%), при этом преимущественно страдали проксимальные группы мышц. Повышенная утомляемость и слабость мышц шеи наблюдались у 38% больных, мышц туловища у 8%, что проявлялось в случаях с легкой и умеренной степенью нарушений, только после провоцирующих приемов. В тяжелых случаях в виде свисающей головы, утиной походки, симптома «лесенка» в случаях подъема из положения сидя. В клинической картине миастении у наблюдаемых больных отмечались вегетативные нарушения в 88% случаев в виде гипергидроза, артериальной гипер или гипотонии. По характеру течения миастенического процесса у преобладающего большинства обследованных больных наблюдалось прогрессирующая форма миастении, характеризующаяся неуклонным развитием в течении многих лет. Злокачественная форма заболевания отмечалась в 4% случаев и характеризовалась острым началом, быстрым прогрессированием, развитием бульбарных и дыхательных расстройств быстрой генерализацией миастенических нарушений. В 9% случаев течение заболевания характеризовалось быстрым развитием клинического синдрома в течение нескольких месяцев, последующим стационарным течением на протяжении многих лет. При стационарных формах миастении преобладали локальные миастенические расстройства, главным образом глазодвигательные. По степени генерализации двигательных расстройств генерализованные формы миастении наблюдались в 69%, а локальные в 31% случаев. По тяжести двигательных расстройств выделяли: легкие (36%), средней тяжести (62%), тяжелые (2%). Всем обследованным больным обязательно проводилось прозергиновая проба, которая во всех случаях подтверждала диагноз миастении. Больным также проводилась электромиографическое исследование, которое регистрировало нормальный суммарный вызванный потенциал действия, амплитуда которого уменьшалась при ритмической стимуляции частотой 3-5 т 50 в 1 с. В соответствии с существующими представлениями о механизмах развития миастенической болезни система лечения миастении включает: нормализацию нервно-мышечной передачи: воздействие на вилочковую железу коррекцию аутоиммунных расстройств. Для нормализации нервно-мышечной передачи использовались антихолинэстеразные препараты: прозерин, калимин, нейромидин. В комплексном лечении миастении использовалось тимэктомия (у двоих больных) и лучевая терапия, которые в 40% случаев приводили к улучшению состояния больных. При легких формах течения болезни хирургические лечение не проводилось, а также в случаях наличия тяжелых соматических расстройств и больным старше 55 – летнего возраста. Больным назначались кортикостероиды были индивидуальны до наступления клинического улучшения, что позволяло снижать дозу до поддерживающей.

Выводы. В заключении хочется отметить, что относительно высокая частота нервно- мышечных заболеваний, тяжелая инвалидизация, поражение в молодом зрелом возрасте делают их весьма актуальными. Практика показывает, что своевременная диагностика этих заболеваний особенно важна, так как обеспечивает проведение ранней терапии, способной в корне изменить течение и прогноз болезни.

Список литературы

1. Абасова Г.Б. К вопросу нервно-мышечных заболеваний, связанных с нарушениями нервно-мышечной передачи/Г.Б. Абасов. «Вестник КАЗНМУ»2012.-3-5с.
2. Гехт Б.М. Нервно-мышечные болезни/Б.М.Гехт, Н.А. Ильина.-М.: «Медицина»,1982.-347с.
3. Пулатов А.М. Асабшиниоси/А. М. Пулатов, Р. А.Рахмонов.-Душанбе.: «Полиграф Групп»,2011.-600с.
4. Санадзе А.Г. Миастения и миастенические синдромы: руководство / А.Г. Санадзе. М.: Литтера, 2012.-256с.
5. Yumoto N. Lrp4 is a retrograde singal for presynaptic differentiation at neuromuscular synapses/ N. Yumoto, N. Kim, S. Burden// Nature. 2012.-Vol. 489, No7416. P.438-442191.
6. ZivkovicS. A. Characteristics of late –onset myasthenia gravis-S.A.Zivkovic ,P.R.Clemens, D.Lacomis//J.Neural2012.-Vol. 259, no10.P.2167-2171.

Хайдарова У.З., Давлатмирова Г. Ш., Абдурахмонзода Т.А.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ МИГРЕНЬЮ

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

Актуальность. Головная боль является наиболее частой жалобой, каждый хотя бы однажды ее испытывал, около 10% взрослых периодически ею страдают, 3% имеют хроническую головную боль (1). Одной из важнейших форм головной боли является мигрень. По заключению ВОЗ, в 2000 г. мигрень было на 19-м месте как причина нетрудоспособности в мире у мужчин и женщин и на 12-м месте у женщин (2). По новым данным ВОЗ (2010 г.), головная боль напряжения (ГБН) и мигрень заняла 7-е место (из 289 заболеваний) среди специфических причин нетрудоспособности и вошла в 10 первых расстройств, вызывающих нетрудоспособность в 14 из 21 регионах мира, преимущественно в развитых странах (3). Мигрень стала лидером среди неврологических заболеваний по снижению работоспособности. В популяционном исследовании, проведенном в Российской Федерации, мигрень выявлена в 20,8% наблюдений, головная боль напряжения (ГБН)- в 25,4%, возможная ГБН в 5,5% (4). К сожалению, только четверть пациентов, страдающих мигренью, по данным этого исследования консультировались с врачом. Исследование подтверждает данные о распространении самолечения головной боли, о бесконтрольном применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и комбинированных анальгетиков, что приводит к зависимости от лекарств и развитию абузусной головной боли. Диагностика мигрени нелегкая задача. Несмотря на достижения в организации медицинской помощи в одной из наиболее развитых стран Европы –Германии, и там отмечается трудности ведения пациентов с головной болью. Опрос таких пациентов выявил множество проблем, возникающих при диагностике и лечении мигрени: повторяющиеся исследования, большое число консультаций разных специалистов, ставящих противоречивых диагнозы, частые вызовы скорой помощи, стационарное лечение. Все это приводит к высокой стоимости обследования и лечения больных и несмотря на это к неудовлетворительному результату. Для эффективного ведения пациента с головной болью необходимо установление правильного диагноза уже при первом визите. Это очень важно, так как пациент думает, что страдает сложным и неизвестным заболеванием, трудно поддающимся лечению (3-4). Международная ассоциация по изучению головной боли опубликовала 1-е издание Международной классификации головной боли в 1988 г. и 2-е издание в 2004 г. Данная классификация изменила ведение пациентов с мигренью в соответствии со стандартами идентификации мигрени. Согласно этим критериям, мигрень диагностируется одновременно на основании как подтверждения, так и исключения: подтверждаются признаки мигрени и исключаются признаки вторичной головной боли (4).

Цель исследования. Изучить причины, провоцирующие приступы мигрени.

К нарушениям сна, связанным с головной болью, относились трудности засыпания у 4,4%, у 3,6% сонное апноэ, раннее пробуждение отмечалось в 18%, бессонница 11% дневная сонливость 6,8% тревожные пробуждения во время сна 2,3%, сонливость при вставании 3,7% дней со сниженной или утраченной трудоспособностью. Если число таких дней за 3 мес не превысило 20, это указывает на умеренную трудоспособность, если оно превысило 20 - на выраженную степень.

Результаты исследований и их обсуждение. Большое значение имели факторы, провоцирующие приступы мигрени: изменение погодных условий, алкоголь, различные продукты питания и т.д. Более чем у 50% пациентов приступ развивался под влиянием погодной условий, у 11% изменение погоды послужило триггером 2/3 атак мигрени. Пациенты с ГБН (33,7%) также часто отмечали изменение погоды как причину возникновения головной боли. В процессе исследования были отмечали изменение погоды как причины, провоцирующие приступы мигрени с аурой: интенсивная работа (23,9%), яркий солнечный свет (11,4%), недосыпание (17,2%), пассивное курение, менструация, духи. Такие причины, как гормоны, яркий свет и стресс, отмечены у 62, 47 и 42% пациентов соответственно. Мигрень чаще наблюдалась у женщин, 18% женщин с 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 отмечалось в 18%, бессонница 11% дневная сонливость 6,8% тревожные пробуждения во время сна 2,3%, сонливость при вставании 3,7%.

Эффективность лечения зависела от того, насколько был правильно поставлен диагноз. 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 и профилактическая

терапия. Опросы пациентов с мигренью и результаты клинических испытаний демонстрируют, что наиболее желанным 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 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. Для решения этой задачи необходимо объединение усилий различных специалистов врачей общей практики, неврологов и психотерапевтов.

Список литературы

1. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия: руководство для врачей / А.В. Амелин М. МЕД-пресс-ин-форм, 2011. -265с.
2. Табеева Г.Р. Мигрень/ Табеева Г.Р., Яхно Н.Н.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -620 с.
3. Salomon J.A Common values in assessing health outcomes from disease and injury disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study /J. A. Salomon, T. Vos, D.R. Hogan. -2012. 21-29-44.
4. Ferrari M.D. Triptans in migraine detailed results and methods of a metaanalysis of 53 trails. 2002.-22.633-58.

Хакимова З.Ф., Пачаджанова Х.Н., Холматов З.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Актуальность.

Эшерихиозы - острые кишечные инфекции, вызываемые некоторыми сероварами *E. coli* и проявляется в виде энтеритов и колитов. Проблема эшерихиозов среди детей в Республике Таджикистан является актуальной, так как в настоящее время эшерихиозы среди детей стали встречаться чаще из-за высокой восприимчивости к этой инфекции среди ослабленных детей раннего возраста. Массовая вспышка эшерихиоза была зарегистрирована в таких странах как Германия, Дания, Швеция. По данным Российской Федерации ежегодно регистрируется 17-20 тысяч заболевших острыми кишечными инфекциями, вызванными эшерихиями.

Групповые вспышки заболеваемости связаны с отсутствием иммунитета к данной инфекции. Эшерихиозы по этиологической структуре зависят от типа возбудителя, возраста и иммунного статуса. Эшерихии являются постоянными обитателями человека, но некоторые из них могут поражать пищеварительный тракт. Серовары эшерихий в зависимости от патогенности делятся на энтероинвазивные, энтеропатогенные и энтеротоксигенные кишечные палочки [1-3].

Наиболее эпидемиологическое значение в распространении заболевания являются эшерихиозы, вызванные энтеропатогенными и энтероинвазивными видами. В детских коллективах распространение кишечной палочки среди детей вызвано не соблюдением правил личной гигиены, а также контактно-бытовым путем через загрязненные предметы обихода и игрушки [4-5].

Цель исследования.

Изучить клинико-эпидемиологические особенности эшерихиозов у детей в Республики Таджикистан.

Материалы и методы исследования.

Проведен анализ 21 истории болезни больных с диагнозом эшерихиозы, находившиеся на стационарном лечении в ГКИБ г. Душанбе за период июль по август месяц 2023 года. Диагноз был подтвержден гемограммой, а также копрограммой и бактериологическим исследованием кала.

Из общего количества больных детей мальчиков было - 8 (38%), девочек-13(62%). Сельских жителей было - 4(19%), городских -17(81%). Возраст больных колебался от 1 до 6 лет, в среднем 1,5±1,2 года.

Результаты исследования.

Все больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 16(76,2%) детей с энтеропатогенной формой эшерихиоза, вторая группа 5(23,8%) детей с энтероинвазивной формой эшерихиоза. Все больные с энтеропатогенной формой эшерихиоза поступили в состоянии средней тяжести. Заболевание характеризовалось острым началом с выраженными симптомами интоксикации. Лихорадка была отмечена у 10 (62,5%) больных, субфебрильная лихорадка выявлено у 6 (37,5%) больных. Энтероколит был частым симптомом в данной группе. У больных отмечались боли в животе, локализующиеся вокруг пупка и в области толстого кишечника, а также урчание по ходу тонкого кишечника. У 9 (56,3%) больных рвота носила упорный характер и была многократной, а у 7 (43,7%) больных двухкратной. Испражнения были обильные и водянистые с примесью слизи у всех больных. Заболевание сопровождалось обезвоживанием организма 2 степени при поступлении и характеризовалось сухостью и бледностью кожных покровов, снижением тургора кожи, снижением массы тела и диуреза.

Энтероинвазивная форма эшерихиоза у детей протекала в виде дизентерииноподобного заболевания с пораже-

нием толстого кишечника. Все больные поступали в состоянии средней тяжести. Заболевание начиналось остро с умеренно выраженными симптомами интоксикации. Лихорадка фебрильная была отмечена у 2(40%) больных, субфебрильная у 3(50%) больных. В этой группе у всех боли в животе носили схваткообразный характер и локализовались по ходу толстого кишечника. Испражнения были частые с примесью слизи и крови у 5(100%) больных. В этой группе заболевание сопровождалось симптомами обезвоживания организма 1 степени, которое развилось на 2-3 день болезни.

Все больные получали комплексную терапию, которая включала диету, введением глюкозы, регидратационную терапию с введением солевых растворов в зависимости от степени обезвоживания по плану А при 1 степени обезвоживания и В при 2 степени обезвоживания, энтеросорбенты, пробиотики, препараты цинка. После проведенного лечения у больных отмечалось улучшения состояния в первой группе на 4-5 день болезни, а во второй группе на 6-7 день болезни.

Выводы.

Анализ исследования показал, что пик заболеваемости эшерихиоза среди детей приходится на летний период, чаще всего болели дети раннего возраста, преобладали энтеропатогенные формы эшерихиозов, которые протекали длительно с развитием обезвоживания организма, что требует коррекции лечения.

Список литературы.

1. Аликеева, Г.К. Коли-инфекция в практике врача инфекциониста /Г.К. Аликеева, Н.Д. Юшук // Аналитические обзоры. Ж. Медобразование врачей. - 2013. -№4. - С. 15-22
2. Гончар, В.Н. Эшерихиозы у детей: проблемы диагностики и лечения /В.Н. Гончар, К.Д. Ермоленко// Ж. Клиническая медицина. - 2020. - С. 148-150.
3. Либенко, В.Н. Клинико-эпидемиологические особенности эшерихиозов у детей/ В.Н. Либенко, А.К. Катарбаев // Ж. Вестник. - 2016. - №3.- С. 148-151.
4. Покровский, В.И. Эшерихиозы / В.И. Покровский, С.Г. Пак //Учебник 3-е издание. - 2019. -С. 299-308.
5. Черниязова, С.Б. Эшерихиоз, вызываемый видом *Eshrichia Coli* /С.Б. Черниязова, О.Я. Соколова// Научно-практический журнал «Оренбургский вестник». - 2023. – Т.10. - №1. - С. 15-16.

Халилова Д.А., Каримова Г.Н., Хусейнзода Ш.А.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным воспалительным поражением внутренних органов, которое поражает 0,5-2% населения мира. Наиболее часто РА поражает людей в возрасте 30-50 лет [1]. При РА, наряду с поражением суставов закономерно наблюдается вовлечение в орбиту патологических изменений сердечно-сосудистой системы [2,3,4]. В недавних исследованиях установлено, что развитие широкого спектра кардиоваскулярного континуума у пациентов с РА патогенетически связано как с традиционными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений [5], так и с особенностями иммуновоспалительных механизмов, лежащих в основе патогенеза РА, атеросклероза (АС) и артериальной гипертензии (АГ) [2,3]. Доказано, что АГ является важнейшим модифицируемым фактором риска не только в общей популяции, но и у больных РА. Наличие АГ в 3-6 раз увеличивает риск развития ССО при РА. У пациентов с РА по мере прогрессирования заболевания, присоединения АГ развивается ряд ЭКГ изменений, определяющих тяжесть и прогноз заболевания [1,2,4].

Цель исследования. Изучить и оценить электрокардиографические изменения у больных РА в зависимости от наличия АГ.

Материал и методы. Обследованы 107 больных (91 (85,1%) женщина и 16 (14,9%) мужчин) с достоверным серопозитивным (86) и серонегативным (21) диагнозом РА, в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 46,5±3,4 года). С I, II и III степенью активности было 22, 34 и 47 больных соответственно. Все 107 пациентов были разделены на 2 рандомизированные по полу, возрасту и основным клиническим показателям группы. В первую группу вошли 62 больных РА в сочетании с АГ, во вторую - 45 больных РА без сопутствующей АГ. Помимо клинических появлений, степени активности и тяжести РА оценивались наличие основных ТФР ССЗ, всем пациентам проводилась ЭКГ по стандартной методике.

Результат и обсуждение. У всех 107 пациентов ЭКГ-изменения в различных вариациях были обнаружены у 68 больных (63,2%), спектр и частота встречаемости которых у пациентов РА первой и второй группы представлены в таблице №1. При раздельном изучении частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у пациентов с РА, в зависимости от наличия или отсутствия АГ, выявлены колебания изучаемых показателей, как в количественном, так и в структуральном плане, в широком диапазоне. Из данных таблицы 1 обращает на себя внимание закономерное увеличение частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у больных РА первой группы.

Таблица 1. Спектр и частота встречаемости основных ЭКГ- изменений у больных РА с и без АГ

ЭКГ-изменения	I-я группа (n=62)	2-я группа (n=45)
Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), n (%)	51 (87,3)	16 (35,2)
Желудочковая экстрасистолия(ЖЭ), n (%)	12 (19,2)	4 (8,4)
Предсердная экстрасистолия (ПЭ), n (%)	13 (20,8)	6 (13,2)
НВЖП, в том числе:		
а) неполная блокада правой ножки пучка Гисса, n (%)	18 (28,8)	7(15,4)

б) блокада левой ножки пучка Гисса, n (%)	6 (9,6)	2 (4,4)
ДСПР, n (%)	44 (70,4)	11 (24,2)
НЖПТ, n (%)	5 (8,0)	1 (2,2)
Безболевая ишемия миокарда (БИМ), n (%)	22 (35,2)	8 (17,6)
ЭКГ- признаки инфаркта миокарда (ИМ), n (%)	5 (8,0)	1 (2,2)
ЭКГ- признаки ОРИМ, n (%)	10 (16,0)	2 (4,4)

Примечание: ОРИМ – очагово-рубцовые изменения в миокарде, НВЖП – нарушение внутрижелудочковой проводимости, ДСПР – диффузное снижение процессов реполяризации, НЖПТ – наджелудочковая пароксизмальная тахикардия.

В целом данные, представленные в таблице 1, свидетельствуют о том, что наиболее частыми ЭКГ-изменениями у больных РА были: ГЛЖ, ЖЭ и ПЭ, НВЖП (преимущественно по правой ножке пучка Гисса), БИМ, ДСПР, которые были выявлены у пациентов 1-ой группы соответственно: у 51, 12, 13, 18 и 44 больных и во 2-ой группе – соответственно у 16, 4, 6, 7 и 11 пациентов. Мерцательная аритмия и суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия являлись редкими ЭКГ-изменениями, были выявлены лишь у 8,0% пациентов 1-ой группы. Это были больные с тяжёлыми формами РА с АГ и с многочисленными системными проявлениями, в том числе с поражением сердца. Среди данного контингента у трёх больных имели место пороки митрального клапана.

С учётом частоты встречаемости и клинической значимости выявленных многочисленных ЭКГ-изменений у пациентов РА, наряду с ГЛЖ, серьёзного анализа и оценки требует ишемическое смещение сегмента ST и зубца Т.

Если смещение сегмента ST ишемического характера наблюдалось соответственно у 35,2% и 17,6% обследованных в 1-ой и 2-ой группах, то частота встречаемости «отрицательного» зубца Т преимущественно в отведениях V3-V6, II и AVF была значительно чаще и встречалась соответственно у 41,6% и 15,4% больных 1-ой и 2-ой групп. У 12 пациентов данной категории смещения сегмента ST и зубца Т, как правило, были зарегистрированы после физической нагрузки в период обострения суставного синдрома и в подавляющем большинстве случаев не сопровождалась возникновением болевых ощущений в области сердца. При проведении проб с физической нагрузкой – велоэргометрии, было выявлено, что физическая перегрузка у обследованных лиц часто приводит к появлению экстрасистолических сокращений и сопровождается подъёмом АД при отсутствии болевых ощущений. Подобные изменения на ЭКГ у больных РА можно трактовать как эпизоды (БИМ).

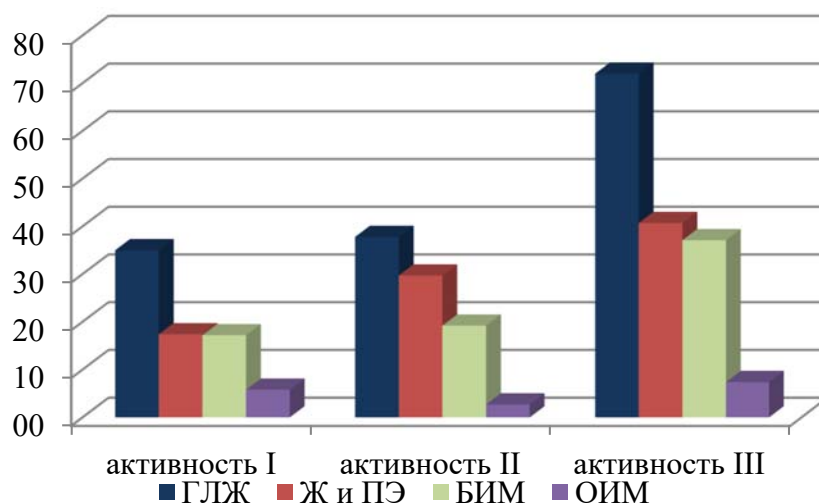


Рис. 1. Частота встречаемости основных ЭКГ-изменений у больных РА в зависимости от степени активности воспалительного процесса

С целью выяснения патогенетических механизмов, лежащих в основе ЭКГ-изменений у пациентов с РА, нами был проведён анализ ЭКГ-нарушений в зависимости от степени активности ревматоидного процесса (рис. 1).

При раздельном изучении частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у больных РА с различной степенью активности воспалительного процесса выявлены колебания изучаемых показателей, как в количественном, так и в структуральном плане, в широком диапазоне. Из данных рисунка 1 обращает на себя внимание закономерное увеличение частоты встречаемости и спектра ЭКГ-изменений у больных РА, по мере нарастания степени воспалительной активности и усугубления тяжести заболевания. Полученные результаты одновременно свидетельствуют и о том, что большинство ЭКГ-изменений наблюдалось у серопозитивных больных РА с длительным анамнезом и наличием висцеральных проявлений заболевания.

У 5 (4,2%) больных в 1-ой группе в процессе наблюдения, по результатам динамического ЭКГ-исследования и консультации кардиологов, был установлен диагноз интрамуральный ИМ. Кроме того, у 10 (8,4%) пациентов 1-ой группы на основе динамического изучения ЭКГ были выявлены очаговые изменения, идентичные таковым при постинфарктном кардиосклерозе.

Выводы. Таким образом, проведённое нами исследование показало, что у пациентов РА в зависимости от наличия или отсутствия АГ частота и спектр ЭКГ-изменений гораздо больше у больных РА с сопутствующей АГ. Кроме того,

по мере нарастания воспалительной активности усугубления тяжести РА увеличивается частота встречаемости и спектр ЭКГ – изменений.

Литература:

1. Ребров А.П. Поражение сердца у больных ревматоидным артритом. Южно-Российский журнал терапевтической практики 2022; 3(1): 15-19.
2. Андрущишина Т.Б. Нейрогуморальный статус больных артериальной гипертонией с гипертрофическим ремоделированием левого желудочка и его динамика при лечении ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента / Т.Б.Андрущишина, Т.Е.Морозова // Российский национальный конгресс кардиологов: сб. мат. конгресса. - М.; 2008. - С. 29-30.
3. Диагностика и лечения артериальной гипертензии при ревматоидном артрите. Газета для врачей ревматология. / 2014 №1(12).
4. Барменкова А.В. 10 – летний фатальный риск сердечно-сосудистых заболеваний и типологические изменения электрокардиограмм у женщин с ревматоидным артритом / А.В. Барменкова, О.Ф. Калев // Российский национальный конгресс кардиологов: сб. мат. конгресса. – М.; 2008. – С.42.
5. Безболевая ишемия миокарда и нарушения ритма сердца у женщин с ревматоидным артритом. Текст научной статьи по специальности «Клиническая медицина» / Новикова Д.С. и др. // 2013г. – №3-4. – С. 34-36.

Хамдамова Д.О.², Бобоходжаева М.О.¹, Рузиев Х.Б.²

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕВОЧЕК ПЕРЕХОДНОГО ВОЗРАСТА НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана», ООО «Лукмони Хаким», Таджикистан

Актуальность. Как правило, на переходный возраст 12-13 лет у большинства девочек приходится время начала месячных. Это связано с общим ухудшением состояния здоровья – подросток может находиться в общем подавленном состоянии, у него развиваются перемены в поведении, агрессивность. Некоторые жалуются на боли в животе, менструации проявляются болезненно. В ряде случаев это может потребовать внимания со стороны врача, потому что потенциально может говорить о самых разных проблемах. С психологической точки зрения здесь также можно говорить о новом этапе неприятия своего тела. Несмотря на то, что подросток понимает, что такое месячные, их появление все равно обычно производит заметное впечатление. Нужно время для адаптации к пониманию самого процесса, особенностей и ограничений, которые он вносит в ритм повседневной жизни. На переходный период 14-16 лет приходится появление сексуального влечения, влюбленности. Рост тела также значительно ускоряется, многие подростки в 14-16 лет выглядят особенно угловатыми, нескладными, скованными. Человек не нравится сам себе, потому могут появляться самые разные потенциальные психологические проблемы и неврологические расстройства [1-3].

Цель исследования: организовать предоставление медико-социальных услуг при неврологических расстройствах у девочек переходного возраста.

Материал и методы исследования. Материалом данного научного исследования станут девочки подросткового возраста в переходном периоде (12-16 лет), обращающиеся в клиники ООО «Лукмони Хаким». Алгоритм предоставления услуг включал:

- уточнение спектра имеющихся жалоб с помощью разработанного опросника;
- представление рекомендаций по проведению дополнительного обследования (в случае необходимости);
- представление рекомендаций по лечению.

Результаты исследования и их обсуждение. За период 2020-2022 гг. в клиники ООО «Лукмони Хаким» с различными неврологическими расстройствами всего обратилось 76 девочек в возрасте от 12 до 16 лет из которых 24 были в возрасте 12-13 лет (31,6%) и остальные 52 – в возрасте 14-16 лет (68,4%).

Нами выявлено, что у 62 девочек или в 81,6% случаев время начала первой менструации приходится на возраст 11–13 лет, что свидетельствует о том, что в условиях страны отмечается довольно раннее половое созревание.

Менструации установились сразу у 70 девочек (92,1%); через 6 месяцев у 7,9%. Менструации были регулярными у 85,5%; нерегулярные - у 14,5%.

Продолжительность менструации в 36,8% случаев длилась до 3-х дней, в 57,9% случаев - до 5 дней и более 5 дней - у 5,26% девочек.

Родители девочек в возрасте 12-13 лет жаловались, что девочки изменились в характере, чаще становились агрессивными. Зачастую связывали эти изменения с болями в животе, болезненными первыми менструациями.

Девочки в возрасте 14-16 лет отмечали нервозность в связи с быстрыми изменениями в теле, которые не нравились им.

Всем обратившимся к нам девочкам были проведены психологические консультации направленные на повышение уровня адаптации, коррекция последствий стрессов и астенизирующих состояний, повышение активности защитных функций организма, восстановление функциональных резервов, усиление сопротивляемости и компенсации функций организма при воздействии стресса.

Выводы.

1. Психосоциальные стрессозависимые расстройства у девочек переходного возраста являются предикторами развития неврологических заболеваний в подростковом возрасте.
2. Важно на раннем этапе возникновения неврологических проблем у девочек переходного периода провести психологическую коррекцию.

Список литературы

1. Гуляева, Н.В. Ассоциированные со стрессом гиппокампальные молекулярно-клеточные механизмы, общие для эпилепсии и коморбидных депрессивных расстройств / Н.В. Гуляева // Биохимия. – 2021. – №6(86). -С. 787-804.

2. Кутбиддинова, Р.А. Психология зависимости: учебно-методическое пособие / Р.А. Кутбиддинова // Южно-Сахалинск. - 2017. - 60 с.
3. Бобоходжаева, М.О. Структура соматических заболеваний среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу / М.О. Бобоходжаева // Здравоохранение Таджикистана. - 2021. - №3. - С. 16-21.

Хамидов Н.Х., Шарифова Н.Дж, Гайратов Д.А.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Сердечнососудистые заболевания являются одним из наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации человека. При этом отмечено частое их сочетание с депрессивными расстройствами, и этот факт подтвержден многочисленными исследованиями. Известно, что распространенность депрессии у больных с гипертонической болезнью составляет от 18 до 60% [1]. В последнее время большой интерес среди кардиологов вызывает проблема взаимодействия между заболеваниями сердечно-сосудистой системы с депрессивными расстройствами [2]. Депрессия является одной из причин низкой приверженности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями к лечению, выполнению немедикаментозных рекомендаций, реабилитации и вторичной профилактике [3]. Депрессия старения – одна из глобальных медицинских и социальных проблем. При сохранении существующих демографических тенденций, по данным ВОЗ, к 2020 году ИБС и депрессии займут соответственно 1 и 2 место среди всех заболеваний по числу лет сокращения полноценной жизни в связи с инвалидностью [4]. Важно отметить различия в прогностической информативности временных и спектральных показателей ВРС. Так, по данным М. Galinier с соавторами, показатели временного анализа ВРС являются независимыми прогностическими факторами общей смертности при ХСН, а спектрального – внезапной [5].

Цель исследования. Изучить вариабельность ритма сердца у пожилых больных артериальной гипертонией с коморбидными депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. Обследовано 38 больных в возрасте от 60 до 71 года, с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии II степени тяжести. Формулировка диагноза проводилась согласно классификации ВОЗ/МОГ 1999. Включенные в исследование больные были распределены на 2 группы: I группу (основную) составили 22 больных с коморбидными депрессивными расстройствами, во II группу (сравнения) включены 16 пациентов артериальной гипертонией без депрессии. Для выявления и оценки выраженности депрессивных расстройств использован опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI, 1961 г.). Данный опросник был выбран в связи с его доказанной надёжностью и информативностью. Наличие и степень тяжести депрессивных расстройств оценивались по сумме баллов: <19 баллов – отсутствие депрессивных расстройств, 19-24 – лёгкое депрессивное расстройство ситуационно-невротического генеза, >24 баллов – истинная депрессия. Производилась запись ЭКГ с анализом ВРС при помощи аппарата «ВАРИКАРД 2.51» (Россия, 2011).

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительной характеристике спектральных данных ВРС у больных ГБ ХСН в зависимости от тяжести депрессивных расстройств нами были выявлены достоверные различия для таких показателей как TP_{mc^2} , HF_{mc^2} , LF_{mc^2} ($p < 0,05$). У пациентов с легкой депрессией общая мощность спектра оказалась выше чем у обследованных при выраженной ($TP-2835,2$ mc^2 против $1239,0$ mc^2). У пациентов с расстройствами ситуационно-невротического генеза, сумма процентной доли низкочастотных и очень низкочастотных была выше, чем высокочастотные. Это свидетельствует об относительном преобладании симпатической части ВНС ($LF\%$ и $VLF\%$ $54,3\%$ против $HF\%$ $45,7\%$). У обследованных больных с выраженной депрессией HF в среднем был ниже в 1,4 раза, что подтверждало снижение парасимпатической активности и нарастании симпатикотонии ($HF-924,8$ против $1383,9$ mc^2 и $LF-329,7$ против $1314,8$ mc^2).

Таблица 1.

Показатели ВРС у больных ГБ с ХСН в зависимости от наличия и тяжести депрессивных расстройств (Me [25q;75q])

Показатель	Легкая депрессия (n=14)	Выраженная депрессия (n=10)	P
TP_{mc^2}	2835,2 [2423,6; 5334,2]	1239,0 [794,9; 1949,5]	<0,01
HF_{mc^2}	1383,9 [976,5; 2123,6]	924,8 [259,3; 1147,6]	<0,05
LF_{mc^2}	1314,8 [968,5; 1894,5]	329,7 [197,4; 958,6]	<0,01
VLF_{mc^2}	478,6 [220,9; 1251,6]	264,2 [169,3; 410,9]	>0,05
LF/HF	0,89 [0,66; 1,00]	0,79 [0,33; 1,39]	>0,05
$HF\%$	45,7 [38,9; 51,5]	43,6 [33,0; 63,4]	>0,05
$LF\%$	37,4 [33,1; 40,0]	28,1 [21,2; 47,8]	>0,05
$VLF\%$	16,9 [10,7; 21,8]	19,6 [13,4; 26,2]	>0,05

Примечание: P-значимость различий тенденций показателей сравниваемых в группах (по U-критерию Манна-Уитни)

Выводы. Нарушения в психологической сфере у пожилых больных гипертонической болезнью характеризуется преобладанием активности симпатического звена регуляции вегетативной нервной системы. Косвенным подтверждением данного факта является снижение низкочастотных волн показателей вариабельности ритма сердца.

Список литературы:

1. Котов А.М. Антидепрессанты в кардиологии / А.М. Котов, А.Д. Стоцкий, Д.Б. Колесников // Клиническая медицина. -2012- №10.- С.11-16.

- 2.Оганов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Оганов // Кардиология.- 2015. - №8. - С. 37-43.
- 3.Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска / Г.В. Погосова // Кардиология. - 2012. - № 12. - С. 4-11.
- 4.Галютдинова В.Р. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и терапевтическая коррекция / В.Р. Галютдинова, Э.Г. Муталова, З.Я. Рустямова // Кардиология и сердечно сосудистая хирургия.-2012.-№4.-С.25-33.
5. Galinier M. Depressed low frequency power of heart rate variability as an independent predictor of sudden death in chronic heart failure / M. Galinier, A. Pathak, J. Fourcade // Eur Heart J. - 2020. - Vol. 21(6). - P. 475-482.

Хамраев З.С.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭПИЛЕПСИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

врач невролог ТОО «Кулпаршын», Жетысай, Казахстан

Актуальность: Сочетание двух заболеваний (ДЦП и эпилепсии) утяжеляет их течение и прогноз, что делает проблему актуальной в детской неврологии. Детский церебральный паралич (ДЦП) - патология, связанная с нарушением последовательности прохождения фаз онтогенетического развития. Было обращено внимание на то, что моторные нарушения при ДЦП часто сопровождаются дефектами чувствительности, изменениями когнитивных и коммуникативных функций, расстройствами перцепции, поведения, а так же судорожными приступами. Знание этиологии ДЦП крайне важно, поскольку позволяет прогнозировать развитие и исход эпилепсии при ДЦП.

Цель работы: Изучит особенности течение разных эпилептических приступов при детском церебральном параличе (ДЦП).

Материал и методы исследования: Обследовано 32 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, из них 15 девочек и 17 мальчика с различными формами ДЦП. Средний возраст составил 7 (± 0.5) лет. Всем больным проводили клиничко-неврологическое, инструментальное (ЭЭГ, ЭЭГ – мониторинг, МРТ головного мозга) методы исследования.

Результаты исследования: У детей с ДЦП в анамнезе отмечаются: неонатальные (57,1 %) и фебрильные (85,7 %) судороги, а также различные симптоматические эпилептические приступы. В ходе исследование у 9 детей отмечалась смешанная форма ДЦП. При этой форме чаще эпилептические приступы носили вторично-генерализованный характер с фокальным компонентом. При гемиплегической форме ДЦП (у 14 детей) отмечались чаще парциальные приступы с моторными и сенсорными началами с последующим клоническими приступами. У детей с атонической (6 ребенок) и гиперкинетической (4 ребенок) формой ДЦП отмечались приступы локального характера (простые) без вторичной генерализации. В ЭЭГ головного мозга выявляются асимметрия фоновой активности, спайки, острые и медленные волны. При МРТ головного мозга выявляются участки корково-подкорковый атрофии, признаки ишемико-гипоксического поражения центральной нервной системы.

Выводы: В зависимости от формы ДЦП, симптоматическая эпилепсия встречается у 15–90% детей с данной патологией. В итоге различные типы эпилептические приступы сочетаются с разными формами ДЦП, и при этом симптоматическая эпилепсия носят разный прогноз и подходы к терапии.

Хамраева Н.А.¹, Исламова К.А.², Абдушукурова К.Р.³

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

1- PhD, ассистент кафедры Внутренних болезней, нефрологии и гемодиализа Ташкентский педиатрический медицинский институт. Ташкент, Узбекистан

2-PhD, ассистент кафедры внутренних болезни № 1 Самаркандский Государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан

3- старший преподаватель кафедры внутренних болезни № 1 Самаркандский Государственный медицинский университет. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) - тяжелое аутоиммунное заболевание, связанное с серьезными нарушениями в иммунной системе, затрагивающее кожу, суставы и жизненно важные органы - почки, центральную нервную систему, сосудистое русло. Во всем мире СКВ страдают более 5 миллиона человек, у 2/3 пациентов заболевание протекает с частыми обострениями и быстро приводят к летальному исходу [1,7,9].

Распространенность СКВ значительно различается в разных регионах: составляя в европейских странах от 3 до 6 случаев, в других странах мира от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Заболевание чаще развивается у лиц негроидной расы и населения азиатских стран. За последние 30-40 лет существенно повысилась распространенность данного заболевания [2,3].

Одним из наименее изученных в плане генеалогических, климатических и пищевых особенностей пациентов СКВ является Средняя Азия и в том числе Узбекистан. Большое количество этнических групп, многочисленность семей, резко континентальные климатические условия, глобальные изменения климата и многообразие пищевых стереотипов этого региона обуславливает актуальность проведения регистров и когортных исследований по системной красной волчанке.

Цель исследования. Изучить основные факторы риска и определить степени влияния наследственной принадлежности по ревматическим заболеваниям, отрицательных климатических факторов и погрешностей в пищевых стереотипов у больных СКВ, проживающих в резко континентальных климатических условиях.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования 184 пациентов с

СКВ, находившиеся на стационарном лечении в трех клиниках Республики: ревматологическом отделении 1-клиники СамМИ, ревматологическом центре СКАЛ артрологии ТМА и в терапевтическом отделении клиники АндМИ. Для подтверждения диагноза требовалась не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012).

В исследованных регионах среди пациентов преобладали лица женского пола, проживающие в сельской местности, домохозяйки, в основном со средним образованием. По течению превалировало хроническое и подострое течение болезни. Разница болезней в начале заболевания ($25,0 \pm 2,6$ лет) и в момент установления диагноза ($27,3 \pm 2,8$ лет) составила в среднем $2,1 \pm 0,5$ год, что указывает на необходимость улучшения осведомленности об особенностях течения СКВ как среди населения, так и среди врачей.

Степень нарушений потребления каждого продукта имела 5 градаций и соответствующий балл. При сумме баллов от 1 до 20 баллов общее нарушение пищевых стереотипов были оценены как легкой степени, 21-40 баллов - средней степени, 41-60 баллов - умеренной степени, 61-80 баллов - ощутимой степени и 81-100 баллов - тяжелой степени.

Оценка влияния климатических факторов проводилась при помощи показателей эквивалентноэффективной температуры (ЭЭТ). Ценность ЭЭТ как биоклиматического показателя, состоит в том, что его можно использовать для теплого и холодного сезонов года. Для оценки уровня комфорта используются 11 групп чувствительности по 6-градусными ступенями температуры. В каждой группе степень неблагоприятного влияния показателей ЭЭТ была оценена в баллах: 0-1 балл – нет влияния, 1-2 балл – слабое влияние, 3 балл – умеренное влияние, 4 балла – сильное влияние.

Результаты исследования. Было выявлено, что родословная пациентов СКВ в 58,7% случаях имеет наследственную отягощенность по РЗ.

При этом преморбидный фон особенно был отягощен у родственников по материнской линии: у матерей (26,4%), бабушек по матери (22,2%) и дедушек по матери (21,2%). Среди родственников часто превалировали РЗ как ОА (28,7%), ХРБС (23,6%), РА (21,7%) и РеА (10,2%), а среди причин смерти: ХРБС и пороки сердца (14,0%), РА (6,4%) и СКВ (4,4%). Родословная пациентов в 31,9% случаях имеет легкую степень отягощенности по ревматическим заболеваниям (наличие 1-2 больных), в 44,7% случаях – среднюю (наличие 3-4 больных) и в 23,4% случаях – тяжелую степень отягощенности (наличие больных и смертных случаев).

Обсуждение. В резко континентальных регионах дебют СКВ часто приходится в конце весны, в начале и середине лета. Частота дебюта СКВ весной 30,4%, летом - 33,2%. Зимой и осенью СКВ начинается реже (20,7% и 15,8%). В дебюте в 73,8% случаях имеет влияние климатические факторы: в 14,8% случаях умеренной (2 балла), в 19,0% случаях – выраженной и в 40,0% случаях сильно выраженной степени. При анкетном исследовании особенностей пищевых стереотипов чрезмерное употребление соли и соленых выявлено у 80,0%, продуктов с повышенным аллергическим действием - чеснока, лука, различных приправ и острых специй - у 57,5% больных. Частый прием газированных напитков отмечается у 40,0%, шоколада и кофе – у 25,0%, сахара, сладостей и кондитерских изделий у 18,8% пациентов. 33,8% пациентов семь и более раз в неделю принимают жирную или жареную пищу, приготовленную на курдючном сале. Несмотря на общедоступность и обилие овощей и фруктов, 22,5% и 18,8% пациентов принимают их всего 1 раз в неделю (недостаточное количество).

В рационе у 35,0% пациентов недостаточными оказались такие важные продукты как рыба, печень и куриное мясо (реже, чем 1 раз в 2-3 недели), у 26,3% - молоко, творог и молочные продукты (через день). Большинство указанных недостатков в питании были связаны с низкой информированностью пациентов о правилах питания. При анкетированном опросе 70,0% больных указали, что они не знают (или в недостаточной степени знают) особенности здорового питания и диеты. В целом, при употреблении вышеуказанных 16 видов продуктов, в 27,5% случаях выявлена легкая, в 53,8% случаях умеренная степень нарушений питания.

Генетические, климатопогодные и пищевые факторы развития СКВ были взаимосвязаны с другими преморбидными факторами. В качестве инициирующих факторов СКВ, на аборт и проведенные акушерскогинекологических манипуляций указывали 8,7%, на осложненную беременность – 7,6%, преждевременные и тяжелые роды 5,4% пациентов. Волчанку также спровоцировали психоэмоциональные факторы и физические нагрузки (12,0%). 9,2% пациентов не смогли указать на причину заболевания.

Выводы. Таким образом, основными инициирующими факторами развития СКВ в наших регионах является наследственная предрасположенность, климатические факторы и наличие погрешностей в пищевых стереотипах. По нашему мнению, СКВ можно включать в группу мультифакториальных болезней, основным этиологическими факторами которых являются неблагоприятное воздействие среды, пищевые стереотипы. Реализация действия каждого фактора взаимосвязана с индивидуальной генетически детерминированной предрасположенностью.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Середавкина Н.В. XV Средиземноморский конгресс по ревматологии // Научно-практическая ревматология. – 2015. - №53(1). - С. 101-105.
2. Исламова К. А., Тоиров Э. С. Значение факторов риска на качество жизни больных остеоартрозом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», (Екатеринбург, 10-12 апреля 2019): в 3-х т. Екатеринбург: УГМУ, CD-ROM. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019.
3. Хамраева Н.А., Тоиров Э.С. Оценка эффективности «пульс терапии» у больных с системной красной волчанкой // Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова. – 2015. – №. 12. – С. 103-106.
4. Хамраева Н.А. Интенсивный метод терапии системной красной волчанки // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 3. – С. 92-96.
5. Akramovna I. K., Zaynobbiddin o'g'li F. J. RISK FACTORS OF EARLY DEVELOPED OSTEOARTHRITIS //BEST SCIENTIFIC RESEARCH-2023. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 28-35.

Актуальность. Синдром беспокойных ног (СБН) является сенсомоторным расстройством в области нижних конечностей и в меньшей степени в других частях тела, чаще возникающий в вечернее и ночное время, при покое, вызывающем потребность в дополнительных облегчающих движениях. Данный синдром способствует развитию тревожно-депрессивного состояния и снижает качество жизни, социальной активности и является весьма широко распространенной патологией (около 5-10% в популяции). Однако многие врачи общей практики и сами неврологи недостаточно осведомлены о данном синдроме, что приводит к ошибочному диагностированию данного состояния.

Цель исследования. Определить современное положение данного синдрома, касающееся этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики и лечения.

Материал и методы исследования. Проведён анализ литературных данных, полученных в научном Интернет-ресурсе PubMed и Cyberleninka.

Результаты исследования и их обсуждение. Синдром беспокойных ног сопровождается моторными и сенсорными нарушениями в нижних конечностях в основном в вечернее и ночное время. Данные симптомы приводят к нарушению сна, появлению определённых движений в конечностях с целью уменьшения сенсо-моторных проявлений.

Исторические сведения о СБН имеются в трудах многих учёных, таких как Т.Уиллис в 1672г, Т. Виттмаак, Г.Опенгейм и в работах шведского невролога К.А.Экхбом, в честь которого СБН называют синдромом Экбома [1,2].

Кроме того, из анализа литературы выявлено, что в данный момент опубликовано свыше 2000 статей по вопросам СБН, и в 1995 г. была создана международная группа по изучению данного синдрома (The International Restless Legs Syndrome Study Group), которая разработала диагностические критерии СБН и были два раза пересмотрены в 2002 г и в 2012г [2].

Данный синдром встречается во всех возрастных группах и составляет 15% случаев хронической инсомнии. Выделяют первичную (идиопатическую) и вторичную СБН, связанную с определёнными заболеваниями. Многие исследователи указывают на возможность наследственного характера данного синдрома из-за семейных случаев, также возможно аутосомно-доминантное типе передачи патологического гена.

В результате выявлено, что первичный СБН чаще встречается в первые 3 десятилетия жизни, а вторичный обычно после 45 лет [12,3].

По мнению многих исследователей, этиологическими факторами вторичной СБН являются в основном уремия, беременность и дефицит железа в организме. В 15-80% случаев больных с уремией и 20% беременных во втором и третьем триместрах встречается вторичный СБН. Кроме указанных случаев, при ряде других заболеваний, таких как сахарный диабет, амилоидоз, криоглобулинемия, дефицит фолиевой кислоты и витамина В12, магния, тиамина, радикулопатии, алкоголизм, заболевания щитовидной железы, ревматизм, синдром Шегрен, порфирия, хроническая венозная недостаточность, облитерирующем эндартерите, спондилогенная шейная миелопатия, опухоли, травмы, миелиты, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, синдром Туретта, болезнь Геттингтон, боковой амиотрофический склероз, постполиомиелитический синдром [1,2,3].

По данным исследователей, патогенез СБН до сих пор остаётся малоизученной частью данного синдрома и требует дальнейшего его исследования.

Клиническую картину многие исследователи характеризуют, как ползание мурашек, жжение, зуд, чувство распирания, сдавливания, покалывания, тупой ноющей боли, распространяющейся в голени и стопе в покое, чаще в вечернее время. Избыточные двигательные движения в виде встряхивания, при ходьбе, сгибаний ноги и массирование приносят частичное облегчение. При активном движении такие симптомы отсутствуют. Первичный СБН медленно прогрессирует и имеет раннее начало, вторичный СБН поздно начинается и его прогресс зависит от течения основного заболевания.

Диагностика основывается на критериях, разработанных Международной группой по изучению СБН и составляют следующие критерии [1,3,5]:

1) Обязательные диагностические критерии:

- Стремление совершать движения ногами, обычно связанное или вызванное неприятными ощущениями в них;
- Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения возникают или усиливаются в покое;
- Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения облегчаются или полностью исчезают при движении.

- Стремление совершать движения, или если неприятные ощущения более выражены в вечернее и ночное время.

2) Подтверждающие клинические признаки:

- Положительный семейный анамнез,
- Положительная реакция на дофаминергическую терапию,
- Периодические движения ногами (во время бодрствования и сна),

3) Сопутствующие клинические признаки:

- Хроническое течение (стационарное и медленно прогрессирующее)
- Расстройства сна
- Отсутствие изменений при физикальном и неврологическом осмотре (кроме случаев когда вторичный СБН)

Лечение включает в себя в основном немедикаментозную и медикаментозную терапию. По мнению многих исследователей, при умеренных симптомах 20-25% случаев можно обойтись немедикаментозными методами, таких

как вечерние прогулки, ограничение алкоголя и прекращение курения, употребления кофе, шоколада, крепкого чая, кока-колы, острых специй и пряностей, тёплой ножной ванны, лёгкий разогревающий массаж перед сном, соблюдение гигиены сна, ограничение умственной нагрузки, умеренная физическая нагрузка в первой половине дня, магнитотерапия, рефлексотерапия, грязевые аппликации и т.д. [3,4].

Лекарственные средства назначаются в основном при значительных нарушениях жизнедеятельности и сна.

Используют в основном 4 группы препаратов:

- 1) Антikonвульсанты,
- 2) Бензодиазепины,
- 3) опиоидные препараты,
- 4) дофаминергические средства,

По научным данным, наиболее эффективными (90%) являются дофаминергические средства, такие как препарат леводопа (мадопар), они достаточно хорошо приводят к регрессу симптомов, но нередко приводят к аугментации (рикошетное усиление симптомов) во второй половине ночи и в утренние часы, что является недостатком данного препарата [4,5].

В настоящее время препаратом выбора в лечении СБН являются антагонист дофаминовых рецепторов (АДР) прамипексол, отличающийся низким риском аугментации симптомов СБН [4,5].

Выводы. Из данных выявлено, что рассматриваемый синдром остаётся актуальной проблемой неврологии в связи малодиагностируемой патологией. Патогенез является недостаточно изученной частью и требует дальнейших исследований. Наиболее эффективными средствами лечения являются дофаминергические средства и антагонисты дофаминергических рецепторов.

Литература

1. Левин.О.С. Подходы к диагностики лечению синдрома беспокойных ног/ О.С. Левин // Трудный пациент.-2009.- том 7, №4. –С 4-10.
2. Артемьев Д.В., Обухова А.В. Синдром беспокойных ног. Нервные болезни №3. 2013. С. 2-8.
3. Любимов А.В., Чефранова Ж.Ю. Актуальность синдрома беспокойных ног в повседневной практике невролога. Научные ведомости 2012. №4 (123). Выпуск 17. С.273-278.

Хасанов М.Н., Эргашев И.З., Собиров К.Т.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. В последние три десятилетия отмечается стремительный рост числа пациентов с пиелонефритом, обусловленный как увеличением повреждающих почечную ткань факторов, типа сахарного диабета, так и увеличением продолжительности жизни населения, и появлением новых методов заместительной почечной терапии [1]. Таким образом, исследования, направленные на определение частоты распространенности пиелонефрита в различных зонах, являются актуальными и нерешенными. Только широкомасштабное изучение распространённости пиелонефрита позволит разработать пути их профилактики, а также уменьшить факторы агрессии в прогрессировании почечной дисфункции. Согласно мнению некоторых исследователей, выявление этиологических факторов позволит успешно лечить или проводить профилактику пиелонефрита [2]. Такого мнения придерживаются ряд отечественных и зарубежных авторов, рекомендуя проведение эпидемиологических исследований патологий и факторов, конечной точкой которых является болезни почки [3]. Актуальность научных исследований, направленных на изучение различных сторон ОБП и ХБП обусловлена тем, что в последние годы отмечается четкая тенденция увеличения заболеваемости населения различными видами почечной патологии и рост числа инвалидов вследствие почечной дисфункции [4].

Цель исследования. Определить распространенность и факторы риска развития острого и хронического пиелонефрита среди населения в условиях ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) Дангаринского района в период с 2018 по 2020 годы.

Материал и методы исследования. Материалом исследований явился анализ амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учёте с диагнозом хронический и острый пиелонефрит в ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) Дангаринского района в период с 2018 по 2020 годы. Данные подвергались статистической обработке в программе “MS Excel” с использованием методов описательной статистики и таблицы частот.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, результаты исследования показали, что за период 2018-2020 годов зарегистрировано 3168 пациентов, из них 908 пациентов с диагнозом хронический пиелонефрит, 2260 пациентов с диагнозом острого пиелонефрита. Количество мужчин составило 1160 (36,6%) и женщин 2008 (63,4%) пациентов.

Таблица №1.

Распространенность хронического пиелонефрита

Пол	2018	2019	2020	Всего
Мужчины	77	82	73	232
Женщины	299	226	151	676
Всего	376	308	224	908

Таблица №2.

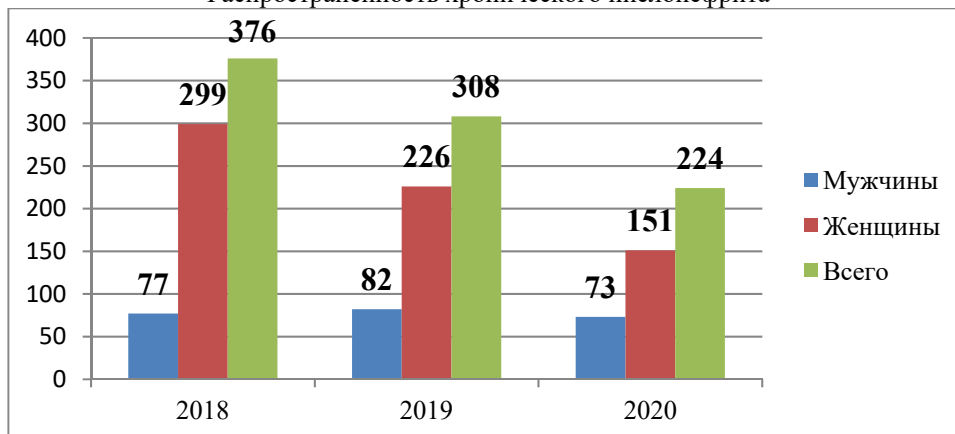
Распространенность острого пиелонефрита

Пол	2018	2019	2020	Всего
Мужчины	312	230	386	928
Женщины	554	362	416	1332
Всего	866	592	802	2260

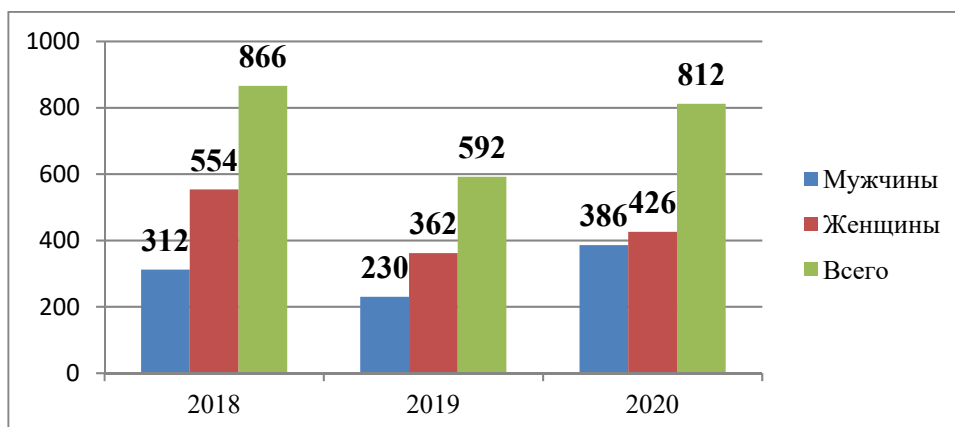
У всех пациентов наблюдались следующие симптомы: повышение температуры, озноб, тошнота, рвота, общая слабость, утомляемость, тупая ноющая боль в боку на стороне поражения или внизу спины опоясывающего характера, частое мочеиспускание и небольшие отеки.

В анализе крови наблюдалось увеличение лейкоцитов, ускорение СОЭ. В анализах мочи выявлено значительное количество бактерий (более 10 в 5 степени КОЕ), более 4000 лейкоцитов в пробе Нечипоренко, гематурия разной степени, протеинурия, снижение удельного веса мочи.

Распространенность хронического пиелонефрита



Распространенность острого пиелонефрита



Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что высокий показатель заболеваемости пиелонефритом зарегистрирован в 2018 году по сравнению с последующими годами. По результату острый пиелонефрит диагностируется в 2 раза больше, чем хронический пиелонефрит. В отчетный период случаи пиелонефрита преобладали у женщин, что обусловлено анатомическими особенностями строения мочевых путей. У женщин мочеиспускательный канал короче, а значит, инфекция быстрее попадет из нижерасположенных отделов в расположенные выше.

Список литературы

1. Барскова Э.Г. Медико-социальная экспертиза у пациентов с хронической почечной недостаточностью / Э.Г. Барскова, Л.Р. Гинятуллина // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, №3. – С. 26-28.
2. Агранович Н.В. Анализ взаимосвязи развития хронической болезни почек у пациентов старших возрастных групп с сердечнососудистой патологией. Задачи амбулаторного звена в ранней диагностике и профилактике / Н.В. Агранович, Д.В. Пустовой, Л.В. Алботова // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. С. 334.
3. Неврологические расстройства при хронической болезни почек / В.Н. Синюхин [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. 2017. № 2. С. 92-101.
4. Швецов М.Ю. Хроническая болезнь почек как общемедицинская проблема: современные принципы нефропрофилактики и нефропротективной терапии / М.Ю. Швецов // Consilium Medicum. 2014. Т. 16. № 7. С. 51-64.

Хасанов М.Н., Бобоев Б.Н., Раджабзода Б.Н.
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Кафедра терапевтических дисциплин №1 ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Актуальность. В последние 20 лет достигнуты значительные успехи в лечении и снижении смертности от острого коронарного синдрома. У пациентов с данной патологией отмечается уменьшение госпитальной летальности в среднем по России с 16,3 % в 2017 г. до 14,8 % в 2022 г. [1]. Во многом заслуга принадлежит быстрому развитию рентгенэндоваскулярных методов помощи больным с сердечно-сосудистой патологией. Модернизация этапов оказания помощи, внедрение новых препаратов в лечении острым коронарным синдромом, разработка агрессивной схемы терапии привычными препаратами также внесла свой ощутимый вклад в борьбу с острым коронарным синдромом. Однако, несмотря на достигнутые успехи в лечении больных с острым коронарным синдромом, заболеваемость, в частности острый инфаркт миокарда, остается на высоком уровне: в 2017 г., по данным Росстата, она составила 158,1 случаев на 100 тысяч взрослого населения, в 2018 г. – 160 случаев [2]. Учитывая социальные и экономические потери, вопросы снижения заболеваемости и смертности от острым коронарным синдромом остаются актуальными и продолжают поиски путей решения данной проблемы. Зачастую результат в медицине достигается за счет усиления имеющихся возможностей терапии. В 2019 г. опубликованы данные метаанализа 26 рандомизированных клинических исследований эффективности терапии статинами, включавшего более 170 тыс. пациентов, который показал, что снижение уровня холестерина ЛПНП на 1 ммоль/л приводит к уменьшению смертности от всех причин на 10 %, а смертности от сердечно-сосудистых заболеваний – на 20 % [3].

Цель исследования. Изучить эффективность стратегической ранней интенсификации гиполипидемической терапии у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 52 пациента Республиканской клинической больницы района Дангара с острым коронарным синдромом, в течении последних 1,5 года, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству. Средний возраст исследуемых составил 59±11 лет. Гендерные особенности характеризовались преобладанием мужчин — 75%, относительно женщин — 25%. Средние значения общего холестерина (ОХС) в группе составили 5,61 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) 3,36 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) 1,18 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 2,27 ммоль/л. Всем исследуемым во время стационарного лечения по поводу ОКС наряду с терапией аторвастатином 40 мг подкожно вводился эволокумаб в дозировке 420 мг. Пациенты выписаны с рекомендациями приема аторвастатина в дозировке 40 мг.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 1 мес выполнялось контрольное исследование эффективности и безопасности терапии. Результаты показали достоверное значимое снижение уровня ОХС на 42% (3,22 ммоль/л), ХС ЛНП на 65% (1,15 ммоль/л), ТГ на 19% (1,82 ммоль/л), увеличение уровня ХС ЛВП на 6,7% (1,26 ммоль/л). Диагностически значимых изменений уровней трансаминаз и скорости клубочковой фильтрации не отмечено. Нежелательные побочные явления не зарегистрированы ни у одного из исследуемых. Через 3 месяца регистрировались конечные точки. По результатам опроса пациентов повторные случаи ОКС не зарегистрированы. Госпитализации по причине ССЗ отмечены у 2 пациентов 3,8%, общая госпитализация составила 9,6%. Зафиксированный 1 летальный исход по причине ССЗ составил 1,9%, был спровоцирован злоупотреблением алкоголем.

Выводы. Современная стратегия гиполипидемической терапии у больных с ОКС предполагает этапную эскалацию монотерапии статинами с последующим переходом на комбинированную схему лечения. Результаты проведенного наблюдательного исследования показали максимально эффективную и безопасную раннюю редукцию атерогенных фракций ЛП у пациентов в раннем постинфарктном периоде.

Литература.

1. Аникеева ОБ, Павленко ОВ, Титов СН, Фалецкая ЕА. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Аналитический вестник. 2015; 44(597):1-106.
2. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010;(376):1670–1681. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61350-5.
3. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings Catriona S, Ulf Landmesser, Pedersen TR, Reiner Z, Riccardi G, Taskinen M-R, Tokgozoglu L, Verschuren MWM, Vlachopoulos Ch, Wood DA, Zamorano JL. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal. 2016;(37): 2999-3058. DOI:10.1093/eurheartj/ehw27.2

Хасанова Х.Т., Ёдгорова М.Д.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИЧИНЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

Актуальность. Дисплазия тазобедренного сустава у детей является объектом пристального внимания как в нашей стране, так и за рубежом. Однако лечение врожденного вывиха бедра, являющееся наиболее тяжелой формой дисплазии тазобедренных суставов у детей, несмотря на значительные успехи современной медицины, в настоящее время продолжает оставаться одной из актуальных проблем педиатрии, семейной медицины и ортопедии. По статистике дисплазия тазобедренного сустава часто встречающееся ортопедическое заболевание по сравнению с другими

как врожденная косолапость и врожденная кривошея. Дисплазия тазобедренного сустава распространена во всех странах (2-3%), однако имеются расово-этнические особенности ее распространения. Частота врожденного недоразвития тазобедренных суставов у новорожденных в США она выше среди белого населения, чем у афроамериканцев. Отмечена прямая связь повышенной заболеваемости и традиции тугого пеленания выпрямленных ножек младенца. У народов, живущих в тропиках, новорожденных не пеленают, не ограничивают свободу их движения, носят их на спине (при этом ноги ребенка находятся в состоянии сгибания и отведения) заболеваемость ниже.

В нашей стране заболевание связано с тугим пеленанием новорожденных в национальную люльку (гавора). Дисплазии тазобедренных суставов в 10 раз чаще встречалось у детей, родители которых имели признаки врожденного вывиха бедра. Чаще поражается левый тазобедренный сустав (60%), реже правый (20%), или оба (20%). составляет 4-6 случаев на 1000 новорожденных, у девочек встречается в 6-7 раз чаще. На дисплазию тазобедренного сустава указывают отягощенная наследственность, патология беременности, клинические признаки нестабильности тазобедренного сустава (т.е. признаки подвывиха или вывиха сустава). Большинство ортопедов и смежных специалистов под дисплазией в широком смысле слова подразумевают врожденную неполноценность сустава, которая обусловлена его недоразвитием и может привести к подвывиху или вывиху головки бедра. Однако многие ортопеды и хирурги используют термин «дисплазия» в собирательном понятии включают все аномалии – от рентгенологического недоразвития крыши сустава без смещения головки бедра до истинного вывиха.

Цель исследования. Актуальность ранней диагностики и лечения обусловлена высокой частотой этой патологии в нашей стране, сложностью своевременного выявления, а также большей эффективностью лечения, начатого в первые дни и недели жизни ребенка, когда еще отсутствуют вторичные изменения элементов тазобедренного сустава. Отмечалось связь дисплазии и врожденного вывиха бедра с патологически протекавшей беременностью, ягодичным предлежанием плода, маловодием, токсическими и вирусными заболеваниями матери во время беременности, возрастом матери моложе 20 лет, хроническими заболеваниями органов малого таза, патологией костно-мышечной системы у ближайших родственников, бактериальным вагинозом, анемией, токсоплазмозом, наличием у матери патологии щитовидной железы. Сопоставление клинической симптоматики дисплазии тазобедренных суставов и перинатальных нарушений нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста может свидетельствовать об общности патогенеза этих заболеваний. У всех детей с дисплазией тазобедренных суставов присутствовали клинические признаки поражения нервной системы. При центральном поражении двигательного анализатора развивался пирамидный симптомокомплекс: сопровождалось гипертонусом мышц, приводящих бедро, в свою очередь врачи - ортопеды трактуют это как симптом ограничения отведения бедра младенца. Трудность диагностики патологии тазобедренного сустава у новорожденных обуславливается бедной клинической симптоматикой и особенностями анатомического строения сустава у детей раннего возраста. Задержка установления диагноза затрудняет лечение, удлиняет время выздоровления, а изменения в тазобедренном суставе приводят к необратимым процессам – отмечается тенденция к нарастанию артритов у детей раннего возраста.

В последние годы за счет внедрения новых неинвазивных методик закономерно расширяются диагностические возможности ранней диагностики патологии тазобедренных суставов. Рентгенографию тазобедренных суставов рекомендуется использовать у детей старше 5 месяцев для контроля эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов различной степени тяжести параллельно с ультразвуковым методом диагностики. Для новорожденных и детей до 1 года золотым мировым стандартом диагностики являлось ультразвуковое исследование. Это информативное, точное исследование, позволяющее выявить наличие дисплазии, предвывиха, вывиха тазобедренного сустава у ребенка.

Результаты и их обсуждение. Дисплазия тазобедренных суставов представляет собой врожденную неполноценность. Патология характеризуется неправильным развитием подвижного соединения. В зависимости от особенностей развития дисплазию разделяли на 3 стадии: предвывих – характеризуется тем, что головка бедра не может удерживаться в границах суставной сумки; подвывих – отличается тем, что головка может частично смещаться за пределы суставной сумки; вывих – характеризовался полным выходом бедра за пределы суставной сумки. Впервые для диагностики дисплазии ультразвуковое исследование применил австрийский ученый врач ReinHard Graf в 1980 году.

По МСШ № 15 г. Душанбе проведено 1065 детям от 0- 6 месяцев УЗИ тазобедренных суставов. У 486 детей выявлено III тип дисплазии, II тип – у 502, и I тип - у 77 младенцев. Повторная процедура проводилась в более позднем возрасте (6 - 9 месяцев) даже в случаях, когда при первой диагностике отклонения не были обнаружены. Причинами назначения ультразвукового исследования тазобедренного сустава являлись: различие длины ножек, дополнительная складка на бедре, увеличенный тонус нижних конечностей, ограничение и «щелчок» при отведении бедер, не симметричные складки кожи на бедрах и ягодицах.

Диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей до середины 80 годов единственным объективным методом исследования было рентгенологическое исследование, которое и сейчас не потеряло своего значения и незаменимо для диагностики состояния суставов детей старше года.

Однако ведущим методом диагностики в нашей стране продолжает оставаться рентгенологический, хотя он не позволяет полноценно оценить характер взаимоотношений анатомических образований, функционирующих в трехмерной системе координат и имеющих сложную объемную конфигурацию. По своим возможностям он дает необходимую информацию об изменении костных структур. Однако в первые месяцы жизни невозможна оценка истинной формы, размеров и контуров вертлужной впадины, состояния проксимальной метафизарной ростковой зоны бедренной кости.

Для новорожденных и детей до 1 года золотым мировым стандартом диагностики является ультразвуковое исследование. Это информативное точное исследование, позволяющее выявить наличие дисплазии, предвывиха, вывиха тазобедренного сустава у ребенка. Обычно исследование рекомендуется в 1-3 месяца, чтобы на ранней стадии диагностировать болезнь при наличии заболевания. Повторная процедура в более позднем возрасте (6 -9 месяцев) даже в

случаях, когда при первой диагностике отклонения не были обнаружены. Патология характеризуется неправильным развитием подвижного соединения. В зависимости от особенностей развития дисплазию разделяли на 3 стадии: предвывих – характеризуется тем, что головка бедра не может удерживаться в границах суставной сумки; подвывих – отличается тем, что головка может частично смещаться за пределы суставной сумки; вывих – характеризовался полным выходом бедра за пределы суставной сумки. Впервые для диагностики дисплазии ультразвуковое исследование применил австрийский ученый врач ReinHard Graf в 1980 году.

Специальной подготовки перед проведением ультразвукового исследования тазобедренных суставов для детей не требовалось. За 30- 60 минут рекомендовалось покормить младенца, чтобы он был спокойный и не срыгивал. Ребенка укладывали на бок на кушетку в специальную укладку. Затем кто-то из родителей удерживал малыша, чтобы он не крутился.

Для лучшей проходимости ультразвуковых волн на исследуемую область применялось гипоаллергенный гель. Датчик устанавливался в области суставов и рассматривался под разными углами через монитор. Методика ультразвукового исследования проводилось в строго коронарной плоскости и построения нескольких линий и углов. Различается базовая линия: угол (L - костный угол) и угол В (хрящевой угол). На основании измерения этих углов создана классификация нарушения развития тазобедренных суставов от нормы до полного вывиха (децентрации). Неотъемлемой частью протокола УЗИ являлось фотографии, по которым проводилось интерпретация проведенного исследования. Угол („α“) – составляет более 60° и определяет уровень возвышения вертлужной ямки. Угол („β“) – состоит менее 55° и определяет развитие хрящевого пространства вертлужной впадины. Тип 2 (дисплазия) подразделялось на несколько подтипов: 2А – угол в пределах от 50°- 59° угол в пределах от 56° до 77°. (возраст ребенка 3 месяца) так называемый незрелый сустав. 2 Б, о 50° -59° (старше 3 месяцев) возраст . Значения углов те же , но возраст ребенка превышает 3 месяцев , дисплазия легкой степени. 2С. Угол в пределах от 43° – 49°, угол - 56°- 77° – диагноз тяжелая дисплазия.

Тип 4 (вывих) – тяжелая степень дисплазии.

Для контроля эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов различной степени тяжести параллельно с ультразвуковым методом диагностики детям старше 5 месяцев после осмотра врачами детскими ортопедами назначалось рентгенография тазобедренных суставов. При рентгенологической диагностике наиболее широко использовались следующие показатели: высокий индекс вертлужной впадины, дефекты латерального края вертлужной впадины, боковое или латерального смещения головки бедренной кости и нарушения непрерывности линии Шентона.

Лечение дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и грудных детей осуществлялось консервативно с использованием функциональных шин и физиотерапевтических методов. Нами была предложена тактика лечения детей в трех возрастных группах (от 1 до 3 месяцев, от 4 до 6 месяцев, от 7 месяцев до 1 года) с учетом их клинико-рентгенологических особенностей и данных ультразвукового исследования. Сроки лечения дисплазии индивидуальны и зависело от степени недоразвития суставов. При недоразвитии средней степени срок от начала лечения до полного излечения около 3 месяцев. Новорожденным от 7 -10 дней до 1 месяца в связи жесткости и громоздкости ортопедических устройств (шины ЦИТО, Виленского и т.п.) не применялись. Самым простым и удобным являлось – широкое пеленание и шины- конверты, в последующем поэтапно они заменялись abductionными шинами. Для предотвращения деформаций и восстановления двигательной амплитуды тазобедренного сочленения выполнялось лечебная гимнастика, которая подбиралась индивидуально, с учетом степени и вида дисплазии. Массаж ягодиц и ног назначалось стандартными курсами от 10-15 ежедневных сеансов. Для достижения эффекта одного курса было недостаточно, поэтому они повторялись минимум дважды с перерывом в месяц – полтора. Также в курсы лечения входили электрофорез с кальцием и фосфором, озокеритовые обертывания. У 82 детей с легкой степенью дисплазии – результаты хорошие, 14 детей с плохими результатами лечения были направлены на стационарное лечение, у 2 детей отмечалось смещение головки бедра к наружи.

Выводы: 1. Дисплазия тазобедренных суставов – эта серьезная проблема, которая существенно может ухудшить качество жизни. Наибольший эффект лечения приводящий к полному выздоровлению возможен в раннем возрасте - в первые месяцы жизни. Одним из ключевых условий успешной терапии является грамотная диагностика.

2. Современный подход к ранней диагностике нарушений развития тазобедренных суставов предусматривает активное выявление грудничков с данной патологией при помощи УЗИ, для решения главной задачи -максимально ранней постановки диагноза и начала лечения до 6 недельного возраста .

3. Преимущества УЗИ :отмечается высокой информативностью; не оказывает негативного влияния на организм в отличии от рентгена или компьютерной томографии; не имеет противопоказаний – может проводиться необходимое количество раз без ограничений; отсутствие специальной подготовки – это особенно важно для маленьких детей; доступность – стоимость ультразвукового исследования невысокая, а поэтому оно доступно для всех пациентов .

4. Неразпознанные в детском возрасте дисплазии ведут к ранним проявлениям тяжелых артрозов и требуют операций по замене суставов.

5. Отсутствие своевременного лечения дисплазии приводит к стремительному развитию артроза тазобедренного сустава. Заболевание сопровождается не только болью, но и ограниченной подвижности сустава. Лечение в таком случае только путем эндопротезирования.

Список литературы.

1. Баиндурашвили А.Г., Чухраева И.Ю. К вопросу о ранней диагностике патологии опорно-двигательного аппарата у детей. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии детского возраста: материалы науч. практ. конф. дет. травматологов-ортопедов России .Сыктывкар.2009.стр. 8-9.

2. Каменских М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей. Пермь. 2012.с. 15-16.

3. Чирикова Н.Г. Лечение врожденной дисплазии и врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста .Курган.2009. с.154 .

ХасановаХ.Т., Ёдгорова М.Д.,Шарифзода Х.С.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИЧИНЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

Актуальность. Дисплазия тазобедренного сустава у детей является объектом пристального внимания как в нашей стране, так и за рубежом. По статистике дисплазия тазобедренного сустава часто встречающееся ортопедическое заболевание по сравнению с другими, такими как врожденная косолапость и врожденная кривошея. Отмечена прямая связь повышенной заболеваемости и традиции тугого пеленания выпрямленных ножек младенца. У народов, живущих в тропиках, новорожденных не пеленают, не ограничивают свободу их движения, носят их на спине (при этом ноги ребенка находятся в состоянии сгибания и отведения) заболеваемость ниже. В нашей стране заболевание связано с тугим пеленанием новорожденных в национальную люльку (гавора). В 60% случаев отмечалось поражение левого тазобедренного сустава, реже правого (20%), или обоих (20%). У девочек в 6-7 раз чаще, чем у мальчиков. На дисплазию тазобедренного сустава указывало отягощенная наследственность, патология беременности, клинические признаки нестабильности тазобедренного сустава (т.е. признаки подвывиха или вывиха сустава).

Цель исследования. Актуальность ранней диагностики и лечения обусловлена высокой частотой этой патологии в нашей стране, сложностью своевременного выявления, а также большей эффективностью лечения, начатого в первые дни и недели жизни ребенка, когда еще отсутствуют вторичные изменения элементов тазобедренного сустава. Отмечалось связь дисплазии и врожденного вывиха бедра с патологически протекавшей беременностью, ягодичным предлежанием плода, маловодием, токсическими и вирусными заболеваниями матери во время беременности, возрастом матери моложе 20 лет, хроническими заболеваниями органов малого таза, патологией костно-мышечной системы у ближайших родственников, бактериальным вагинозом, анемией, токсоплазмозом, наличием у матери патологии щитовидной железы. Сопоставление клинической симптоматики дисплазии тазобедренных суставов и перинатальных нарушений нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста свидетельствовало об общности патогенеза этих заболеваний. У всех детей с дисплазией тазобедренных суставов присутствовали клинические признаки поражения нервной системы. При центральном поражении двигательного анализатора развивался пирамидный симптомокомплекс: сопровождалось гипертонусом мышц, приводящих бедро, в свою очередь врачи-ортопеды трактуют это как симптом ограничения отведения бедра младенца. Трудность диагностики патологии тазобедренного сустава у новорожденных обуславливалось бедной клинической симптоматикой и особенностями анатомического строения сустава у детей раннего возраста. Задержка установления диагноза затрудняло лечение, удлиняло время выздоровления, а изменения в тазобедренном суставе приводили к необратимым процессам – отмечается тенденция к нарастанию артритов у детей раннего возраста.

В последние годы за счет внедрения новых неинвазивных методик закономерно расширяются диагностические возможности ранней диагностики патологии тазобедренных суставов. Рентгенографию тазобедренных суставов использовали у детей старше 5 месяцев для контроля эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов различной степени тяжести параллельно с ультразвуковым методом диагностики. Для новорожденных и детей до 1 года золотым мировым стандартом диагностики являлось ультразвуковое исследование. Это информативное, точное исследование, позволяющее выявить наличие дисплазии, предвывиха, вывиха тазобедренного сустава у ребенка.

Результаты и их обсуждение. Дисплазия тазобедренных суставов представляет собой врожденную неполноценность. Чаще поражается левый тазобедренный сустав (60%), реже правый (20%), или оба (20%). составляло 4-6 случаев на 1000 новорожденных, у девочек встречается в 6-7 раз чаще. Чаще поражается левый тазобедренный сустав (60%), реже правый (20%), или оба (20%). составляет 4-6 случаев на 1000 новорожденных, у девочек встречается в 6-7 раз чаще. Патология характеризуется неправильным развитием подвижного соединения. В зависимости от особенностей развития дисплазию разделяли на 3 стадии: предвывих – характеризуется тем, что головка бедра не может удерживаться в границах суставной сумки; подвывих – отличается тем, что головка может частично смещаться за пределы суставной сумки; вывих – характеризовался полным выходом бедра за пределы суставной сумки. Впервые для диагностики дисплазии ультразвуковое исследование применил австрийский ученый врач Rein-Hard Graf в 1980 году.

По ГУ ГЦЗ № 15 г. Душанбе проведено 1065 детям от 0- 6 месяцев УЗИ тазобедренных суставов. У 486 детей выявлено III тип дисплазии, II тип – у 502, и I тип – у 77 младенцев. Повторная процедура проводилась в более позднем возрасте (6 - 9 месяцев) даже в случаях, когда при первой диагностике отклонения не были обнаружены. Причинами назначения ультразвукового исследования тазобедренного сустава являлись: различие длины ножек, дополнительная складка на бедре, увеличенный тонус нижних конечностей, ограничение и «щелчок» при отведении бедер, не симметричные складки кожи на бедрах и ягодицах.

Диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей до середины 80 годов единственным объективным методом исследования было рентгенологическое исследование, которое и сейчас не потеряло своего значения и незаменимо для диагностики состояния суставов детей старше года.

Однако ведущим методом диагностики в нашей стране продолжает оставаться рентгенологический, хотя он не позволяет полноценно оценить характер взаимоотношений анатомических образований, функционирующих в трехмерной системе координат и имеющих сложную объемную конфигурацию. По своим возможностям он дает необходимую информацию об изменении костных структур. Однако в первые месяцы жизни невозможна оценка истинной

формы, размеров и контуров вертлужной впадины, состояния проксимальной метафизарной ростковой зоны бедренной кости.

Для новорожденных и детей до 1 года золотым мировым стандартом диагностики является ультразвуковое исследование. Это информативное точное исследование, позволяющее выявить наличие дисплазии, предвывиха, вывиха тазобедренного сустава у ребенка. Обычно исследование рекомендуется в 1-3 месяца, чтобы на ранней стадии диагностировать болезнь при наличии заболевания. Повторная процедура в более позднем возрасте (6-9 месяцев) даже в случаях, когда при первой диагностике отклонения не были обнаружены. Патология характеризуется неправильным развитием подвижного соединения. В зависимости от особенностей развития дисплазию разделяли на 3 стадии: предвывих – характеризуется тем, что головка бедра не может удерживаться в границах суставной сумки; подвывих – отличается тем, что головка может частично смещаться за пределы суставной сумки; вывих – характеризовался полным выходом бедра за пределы суставной сумки. Впервые для диагностики дисплазии ультразвуковое исследование применил австрийский ученый врач Reinhard Graf в 1980 году.

Специальной подготовки перед проведением ультразвукового исследования тазобедренных суставов для детей не требовалось. За 30-60 минут рекомендовалось покормить младенца, чтобы он был спокойный и не срыгивал. Ребенка укладывали на бок на кушетку в специальную укладку. Затем кто-то из родителей удерживал малыша, чтобы он не крутился.

Для лучшей проходимости ультразвуковых волн на исследуемую область применялось гипоаллергенный гель. Датчик устанавливался в области суставов и рассматривался под разными углами через монитор. Методика ультразвукового исследования проводилась в строго коронарной плоскости и построения нескольких линий и углов. Различается базовая линия: угол (L – костный угол) и угол В (хрящевой угол). На основании измерения этих углов создана классификация нарушения развития тазобедренных суставов от нормы до полного вывиха (децентрации). Неотъемлемой частью протокола УЗИ являлось фотография, по которым проводилось интерпретация проведенного исследования. Угол („α“) – составляет более 60° и определяет уровень возвышения вертлужной ямки. Угол („β“) – состоит менее 55° и определяет развитие хрящевого пространства вертлужной впадины. Тип 2 (дисплазия) подразделялось на несколько подтипов: 2А – угол в пределах от 50°-59° угол в пределах от 56° до 77°. (возраст ребенка 3 месяца) так называемый незрелый сустав. 2Б, о 50°-59° (старше 3 месяцев) возраст. Значения углов те же, но возраст ребенка превышает 3 месяцев, дисплазия легкой степени. 2С. Угол в пределах от 43° – 49°, угол – 56°-77° – диагноз тяжелая дисплазия.

Тип 4 (вывих) – тяжелая степень дисплазии.

Для контроля эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов различной степени тяжести параллельно с ультразвуковым методом диагностики детям старше 5 месяцев после осмотра врачами детскими ортопедами назначалось рентгенография тазобедренных суставов. При рентгенологической диагностике наиболее широко использовались следующие показатели: высокий индекс вертлужной впадины, дефекты латерального края вертлужной впадины, боковое или латеральное смещения головки бедренной кости и нарушения непрерывности линии Шентона.

Лечение дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и грудных детей осуществлялось консервативно с использованием функциональных шин и физиотерапевтических методов. Нами была предложена тактика лечения детей в трех возрастных группах (от 1 до 3 месяцев, от 4 до 6 месяцев, от 7 месяцев до 1 года) с учетом их клинкорентгенологических особенностей и данных ультразвукового исследования. Сроки лечения дисплазии индивидуальны и зависило от степени недоразвития суставов. При недоразвитии средней степени срок от начала лечения до полного излечения около 3 месяцев. Новорожденным от 7-10 дней до 1 месяца в связи жесткости и громоздкости ортопедических устройств (шины ЦИТО, Виленского и т.п.) не применялись. Самым простым и удобным являлось – широкое пеленание и шины-конверты, в последующем поэтапно они заменялись абдукционными шинами. Для предотвращения деформаций и восстановления двигательной амплитуды тазобедренного сочленения выполнялось лечебная гимнастика, которая подбиралась индивидуально, с учетом степени и вида дисплазии. Массаж ягодиц и ног назначалось стандартными курсами от 10-15 ежедневных сеансов. Для достижения эффекта одного курса было недостаточно, поэтому они повторялись минимум дважды с перерывом в месяц – полтора. Также в курсы лечения входили электрофорез с кальцием и фосфором, озокеритовые обертывания. У 82 детей с легкой степенью дисплазии – результаты хорошие, 14 детей с плохими результатами лечения были направлены на стационарное лечение, у 2 детей отмечалось смещение головки бедра кнаружи.

Выводы: 1. Дисплазия тазобедренных суставов – эта серьезная проблема, которая существенно может ухудшить качество жизни. Наибольший эффект лечения приводящий к полному выздоровлению возможен в раннем возрасте – в первые месяцы жизни. Одним из ключевых условий успешной терапии является грамотная диагностика.

2. Современный подход к ранней диагностике нарушений развития тазобедренных суставов предусматривает активное выявление грудничков с данной патологией при помощи УЗИ, для решения главной задачи – максимально ранней постановки диагноза и начала лечения до 6 недельного возраста.

3. Преимущества УЗИ: отмечается высокой информативностью; не оказывает негативного влияния на организм в отличие от рентгена или компьютерной томографии; не имеет противопоказаний – может проводиться необходимое количество раз без ограничений; отсутствие специальной подготовки – это особенно важно для маленьких детей; доступность – стоимость ультразвукового исследования невысокая, а поэтому оно доступно для всех пациентов.

4. Неразпознанные в детском возрасте дисплазии ведут к ранним проявлениям тяжелых артрозов и требуют операций по замене суставов.

5. Отсутствие своевременного лечения дисплазии приводит к стремительному развитию артроза тазобедренного сустава. Заболевание сопровождается не только болью, но и ограниченной подвижностью сустава. Лечение в таком случае только путем эндопротезирования.

Список литературы.

1. Каменских М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей. Пермь. 2012. с. 15-16.
2. Чирикова Н.Г. Лечение врожденной дисплазии и врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста. Курган. 2009. с.154.
3. Сертакова А.В., Морозова О.Л. Современные представления о механизмах развития дисплазии тазобедренных суставов у детей. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. №3. с.704 – 705.

Ходжиев М.А., Хусейнова М.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ СНЯТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

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

Актуальность. Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных хронических неспецифических заболеваний человека, на долю которых в целом приходится по данным ВОЗ 30 % всех смертельных исходов. Установлено, что артериальной гипертензией страдают 20–30 % взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет.

Причем, гипертензия встречается сейчас даже у детей. 3,5 % нынешних детей и подростков в России имеют гипертензию.

Необходимость борьбы с АГ обусловлено тем, что она является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности.

Длительная повышение артериального давления приводит к поражению органов-мишеней и развитию сердечно-сосудистых осложнений (сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, мозгового инсульта и почечной недостаточности, и других органов).

Главным показателем эффективности профилактики и лечения артериальной гипертензии является достижение и поддержание контроля над заболеванием (достижение целевого уровня артериального давления).

Одно из главных мероприятий снятия прогноз гипертонического криза и угроз развития различных осложнений (гипертонических кризов, инфаркт миокарда, гипертонических инсультов как геморрагический или ишемический, что является причинами инвалидизации на раннем сроке жизни и смертности. Одно из предупреждающих факторов развития артериальной гипертензии и ее осложнения это устранение факторов риска и социально-экономическое, нервно-психических, неро-гуморальных, профессиональных факторов приводящих к различным формам гипертензии который влияет на жизнь общества и каждого пациента обуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов в риска, адекватность проводимой экстренной помощи и терапии, профилактики осложнений, что явилось предметом нашего изучения.

Цель исследования. Фармакологические особенности применения бета-блокаторов при снятии гипертонических кризов.

Материал и методы. Анкетный метод, клинико-лабораторное изучение фармакокинетических свойств препаратов при анкетном и клинико-лабораторном обследовании больных с гипертонической болезнью различной формы в различном возрасте.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных анкетных исследований у лиц имевших признаки повышенного артериального давления показано, что факторы приводящих к нервно-психическим перенапряжениям, различной формы стресса, травм головы все они приводят к различным формам гипертонической болезни.

Для полного определения уровня гипертонической болезни у обследуемых лиц разделили по группам. При изучении уровня заболеваемости у обследуемых групп выявлено: Болезни системы кровообращения (гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония) занимают первое место - 18,9%. Болезни органов дыхания на втором месте, С заболеваниями Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) на третьем месте, мочеполовой системы (простатиты, пиелонефриты, уретриты, циститы) составляют 16,8% (табл.2).

Таблица 2

Данные субъективного и объективных обследования у обследуемых групп трудовых мигрантов

№	Классы болезней по МКБ-10	Количество заболеваний		
		Абсолютное число	%	Ранг
1	Болезни системы кровообращения (I00-I99) гипертоническая болезнь с осложнениями	163	21,6	1
2	Болезни органов дыхания (J00-J99)	156	17,4	2
3	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	150	16,6	3
4	Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	152	16,8	4
	Всего	623	100	

Для более объективного суждения о степени тяжести гипертонической болезни у обследуемых групп проанализирована их зависимость от причин приводящих, возраста и профессии, последний время гипертоническая болезнь стала встречаться у молодых людей, работающих в сфере слишком нервного перенапряжения и части стрессовых ситуациях (табл. 3).

Таблица 3

Частота распространенности заболеваний у обследуемых больных в зависимости от стажа работы (%)

№	Названия заболеваний	Стаж работы		
		0-1	5-9	10-14
1.	Корона вирус (Covid-19)	28,1	25,7	21,3
2.	Болезни системы кровообращения (I00-I99) гипертонический болезни с осложнениями	10,2	11,7	19,9
3.	Бронхлегочная патология (туберкулёз легких)	17,2	22,2	19,8
4.	Костно-суставная система Остеохондроз позвоночника	14,9	14,9	16,1
5	Гинекологические заболевания,	14,0	13,6	14,7
6	Патологии почек и мочевыводящих путей (простатиты)	11,6	11,9	15,2
	Всего	100%	100%	100%

Выявлено, что при стаже работы, равном 0-1 лет, наиболее часто встречаются заболевания верхних дыхательных путей и Covid-19- 28,1%, Болезни системы кровообращения (I00-I99) гипертонический болезни с осложнениями 19,9%, и заболевания сердца с нарушением ритма 14,2%, бронхлегочная патология (туберкулёз легких) – 17,2%. Заболевания костно-суставной системы и остеохондроз позвоночника регистрируются в 14,9%, воспалительные заболевания почек и простатиты - 11,6%, гинекологические и экстрагенитальные заболевания 14,0%. Можно констатировать, что у каждого второго мигранта отмечаются различные заболевания, среди которых велика частота распространенности плосковидной пневмонии и туберкулеза легких. Гипертонический болезни с осложнениями. Нередко причиной некоторых заболеваний становится травма на работе из-за несоблюдения санитарно-технической безопасности.

Основной причиной заболеваний мигрантов можно считать природно-климатические факторы и социальные-психологические условия, а также сроки проживания в России. Как видно из таблицы 3, свидетельствующей о степени влияния факторов окружающей среды на здоровье мигрантов, частота распространенности острых респираторных вирусных инфекций именно Covid-19 у мигрантов, находящихся на территории РФ, при стаже работы 0-1 год соответствовала 28,1%. Исследованиями показано, что при стаже работы 5-9 лет распространенность Covid-19 соответствовала 25,7%, при стаже работы 10-14 лет - 21,3 %, 15-20 лет - 5,4%. Иными словами, наблюдается выраженное снижение распространенности Covid-19 у лиц адаптированных к воздействию факторов трудового процесса (напряженности и тяжести труда), социально-психологических, климатических факторов.

Углубленное изучение состояния здоровья мигрантов (123 человек в возрасте от 18 до 58 лет) проведено на основании медицинского осмотра терапевтом, результатов лабораторных данных (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови), данных инструментальных методов исследований (рентгенограмма позвоночника, ЭКГ, ЭХОКГ, ФКГ, офтальмоскопия, отоскопия). Распространенность Covid-19 составляет 23,8 (на 100 осмотренных), Гипертонический болезнь 21,7%, туберкулеза легких 8,8 и остеохондроза позвоночника 6,7 при стаже работы, равном 1-2 года.

Для более объективного суждения о степени влияния производственных факторов, включая воздействие природно-климатических, социально-бытовых факторов, обуславливающих формирование некоторых заболеваний, была проанализирована связь заболеваний со стажем работы мигрантов. Возрастание стажа работы (от 0 до 3-х лет) приводит к снижению распространенности коронавирусной инфекции, бронхо-легочной патологии, а заболеваний Сердечно-сосудистая система, гипертонический болезнь в осложнённом виде повышается уровень до 19,9%, костно-мышечной системы, держится на уровне 14,7% (табл. 3). Это может быть обусловлено формированием адаптации к вредным факторам трудового процесса и производственной среды у мигрантов, проживающих на территории России 3 и более лет.

Фармакологические свойства при применении бета-блокаторов в гипертонической болезни с различными формами осложнениями у трудовых мигрантов в практики семейного врача встречается часто. При ранних и поздних осложнениях гипертонических кризов различного формы. Поэтому назначают по обстоятельствам, при острых осложнениях назначают, например, Фибрик «А» или Эмлип «А» потому, что как известно в составе этих препаратов имеется атенолол и амлодипин в различных дозах по обстоятельствам назначаются с хорошими результатами, снимается гипертонический криз, не пройдя к другим видам осложнениями (инсульт, инфаркт миокарда). Поскольку компонент атенолол которые находится в составе Фибрик или Эмлипон быстро действует на ЦНС и постепенно предотвращает воздействию этиологического фактора, а амлодипин влияет базисно и как седативное действия на предотвращения этиологических факторов, а также приводящих и стабилизации нервной системы. При стабильно повышающих артериальное давления с проявлениями различного рода осложнения особенно назначаются Конкор и Амлизект в составе его имеется Амлизект 10мг и его дженерики, Амлизект 10мг Амлодипин 10 мг и Лизиноприл 10мг с фармакологическими свойствами и механизмом действия этих препаратов заключается в том, что они являются блокаторами АПФ ингибиторы в комбинации с блокаторами «медленных кальциевых каналов», Амлодипин действует на гладких мускулатуру стенок сосудов и приводит к вазодилатации периферических и коронарных сосудов и тем самым даёт фармакологический свойства на сердце и сосудов. Лизиноприл компонент этого перепорота эффективно действует ангиотензин превращающего фермента действует на ренин-ангиотензин альдостероновая система основной свойство его ещё заключается на превращении ангиотензинное «один» в ангиотензинное два, также снижает сопротивляемость периферических сосудов и кроме того действуют на снижение перед и пост нагрузки сердце.

Конкор-фармакологические свойства его как селективный бета-адреноблокаторов главный механизм его действия

является бета 2 адренорецепторами внутренних органов (поджелудочная железа, скелетных мышцы, гладких мускулатуры периферических артерий, бронхов и матки), а также участвует в метаболизм. Беспроролл уменьшает на частоты сердечных сокращения в покое и при нагрузке. Снижает сердечного выброса, незначительной степени снижает ударный объем. Уменьшает потребность миокарда в кислороде, снижает активности ренина в плазме крови.

Выводы:

1. Основной причиной развития заболеваний, связанных с работой среди мигрантов можно считать воздействие факторов напряженности, тяжести труда, климато-экологических, социально-бытовых факторов, экстремального вредного фактора условий труда.

2. Результатами исследований показано, что адаптация к новому месту жительства и особенностям трудовой деятельности не проходит бесследно для здоровья мигрантов, за счет высокой нервно-эмоциональной напряженности труда возрастает риск развития различного рода осложнений гипертонической болезни и другие.

3. Фармакологические свойства при лечении или при неотложных состояниях применяют бета-блокаторов различного рода эффективности получают наибольшие.

4. По частоте распространенности заболеваний у мигрантов на первом месте наблюдается Covid-19, болезни органов сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, заболевания костно-мышечной системы, Уровень снижения заболеваемости по нозологическим формам зависит от времени пребывания трудовых мигрантов на территории Российской Федерации.

Список литературы:

1. Розенблат В.В. *Проблема утомления*. М.: Медицина; 1975.
2. Мойкин Ю.В., Киколов А.И., Тхоревский В.И. и др. *Психофизиологические основы профилактики перенапряжения, АМН СССР*. М.: «Медицина»; 1987.
3. Юшкова О.И., Бухтияров И.В., Матюхин В.В. и др. Методическое обоснование оценки функционального напряжения организма при умственном труде // *Вестник ТвГУ. Серия «Биология и экология»*. 2014;3:15-26
4. Дьяченко, А. Н., Печуров, И. В., Мамина, Д. А. Миграционная ситуация в России в период пандемии Covid-19 (на примере трудовой миграции). // *Bulletin of the South-Russian State Technical University (NPI) Series Socio-Economic Sciences*, 2020; 13(5): 65-73. <https://doi.org/10.17213/2075-2067-2020-5-65-73>
5. Красинец Е.С., Шевцова Т.В. Трудовая миграция в Россию в контексте развития пандемии коронавируса. Обзорная статья. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2021; 12 (114) ч.4: 58 61 DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2021.114.12.128>
6. Агаджанян Н. А. Баевский Р. М., Берсенева А. П. *Проблемы адаптации и учение о здоровье*. М.: РУДН; 2006.

М.Т. Ганиева, Г.К. Холматова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Первые упоминания об эпилепсии относятся еще ко временам древнего Вавилона. Более века назад Джон Хьюлингс Джексон определил эпилепсию как «периодически возникающие излишние и беспорядочные разряды нервной ткани». Согласно современному определению, эпилепсия - это состояния, характеризующиеся повторными, относительно стереотипными припадками. Термином «эпилепсия» объединяют целую группу болезней, проявляющихся повторными пароксизмальными приступами.

Эпилептические проявления являются весьма свойственными раннему детскому возрасту. По данным, 78% случаев детской эпилепсии начинается в течение первых трех лет жизни. Эти формы могут развиваться и переходить во взрослую эпилепсию с различными эволюционными изменениями и в клинических проявлениях, и в особенностях электроэнцефалограммы. В исследованиях максимальная подверженность эпилепсии приходится на возраст до 1 года.

Эпилепсия самое частое из серьезных пароксизмальных расстройств функций мозга. Ее распространенность, по данным официальной статистики, зависит от включения в число установленных диагнозов так называемых «единичных» (или изолированных) судорог, бессудорожных приступов, а также фебрильных судорог. На долю последних как указывал, еще 35 лет назад, может приходиться до 2% всех заболеваний в детском возрасте. В настоящее время считается, что в общей популяции распространенность эпилепсии составляет 0,3-2% , а среди детей - 0,7-1%.

При рассмотрении этиологии и патогенеза эпилепсии у пациентов любого возраста немалая роль отводится наличию наследственной или приобретенной предрасположенности к болезни. Большое значение имеют разнообразные экзогенные воздействия (включая перенесенные вирусные, бактериальные и смешанные инфекции, черепно-мозговые травмы и т.д.)

Цель исследования.

Оптимизировать методы диагностики и лечения эпилепсии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования.

В наше исследование были включены 114 детей, получивших лечение в отделении реанимации и неврологии детского возраста Национального медицинского центра «Шифобахш» на базе кафедры Неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова ТГМУ имени Абуали ибн Сино за период 2022-2023 гг.

Клиническое обследование включало изучение типов Эпилептических припадков, анамнеза, неврологической симптоматики, формы заболевания. Изучение анамнеза предусматривало, прежде всего, анализ ранее перенесенной травмы, являющиеся ведущим фактором предрасположенности к заболеванию. Исследование неврологического статуса осуществлялось по общепринятой в классической неврологии методике. В абсолютном большинстве случаев у

наших больных были выявлены различные неврологические синдромы последствий ЧМТ, Электроэнцефалографии (ЭЭГ), МРТ головного мозга и КТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение.

Результаты МРТ сапоставляли с данными клинико-электроэнцефалографического исследования, что позволяло в каждом конкретном случае устанавливать комплекс патофизиологических и структурных нейровизуализационных изменений очагового и диффузного характера. У 59 (51,8%) детей приступы манифестировали до 1 года, у 36 (31,6%) – от 1 года до 2 лет и у 19 (16,7%) – от 2 до 3 лет. Наиболее многочисленную группу в настоящем исследовании составили дети с инфантильными спазмами-39 (34,2%). Синдром Веста который представляет собой возрастзависимый эпилептический синдром, относящийся к группе младенческих эпилептических энцефалопатий (невоспалительных заболеваний головного мозга), занимает около 3% от всех детских форм эпилепсии. Синдром Леннокса-Гасто-расстройство в возрасте от 2 до 8 лет, характеризует органическое поражение головного мозга и проявляется в виде эпилептических припадков (тонических, атонических, типичных абсансов) и умственной отсталости- до 2%. У новорожденных судороги представлены молниеносными очаговыми миелоклоническими, клоническими, тоническими приступами. В грудном возрасте в структуре пароксизмов преобладают инфантильные спазмы. Наиболее частая форма – это пропульсивные припадки (кивки, «складывания»). Ретропульсивные и смешанные приступы наблюдаются реже и характерны для более старшего возраста.

Соотношение генерализованных и парциальных форм составило 3:1. Подавляющее большинство первых судорожных припадков (51%), приходилось на младенческий возраст. В наших наблюдениях соотношение генерализованных и парциальных форм эпилепсии составило в группе детей раннего возраста 3:1, что согласуется с литературными данными.

Заслуживает внимания изучение соотношения степени «зрелости» новорожденных и типа припадков. Так у доношенных детей преобладают в 2 раза чаще встречающиеся «минимальные» припадки. По сравнению с родившимися в срок, у незрелых детей в 2 раза чаще встречаются «минимальные», генерализованные тонические и их комбинации. Для маловесных детей не характерны клонические судороги. В нашем исследовании в группе генерализованных судорожных припадков клонических судорог не отмечалось в подавляющем большинстве наблюдались тонические судороги.(62%). В целом же генерализованные судорожные припадки составили 42%), малые приступы наблюдались лишь у 8% детей. Таким образом с нашей точки зрения генерализованные тонические припадки являются наиболее характерными для незрелого головного мозга наряду с инфантильными спазмами.

В раннем возрасте головной мозг ребенка наиболее чувствителен к проконвульсивным факторам. Этому способствует как морфофункциональная незрелость, так и широчайший спектр патологических воздействий на головной мозг в перинатальном периоде. Таким образом обобщив результаты наблюдений, можно утверждать, что наиболее тяжелые формы эпилептических припадков (инфантильные спазмы, генерализованные судорожные припадки, некоторые виды парциальных приступов.) сопровождается максимальными структурными нарушениями по данным КТ и МРТ головного мозга и задержкой формирования моторных и психических функций. Инфантильные спазмы с большой частотой сопровождаются умеренно выраженными и тяжелыми нарушениями психомоторного развития.(у 28% детей с этой формой приступов) на фоне выраженных морфологических изменений головного мозга (у 85,3). По данным литературы до 85% детей с инфантильными спазмами имеют грубую задержку психомоторного развития.

Доброкачественный вариант синдрома Веста отличается ограниченными миоклониями, в основном мышц лица и рук. Движения не группируются в серии. Дети не теряют темпа психического развития. У них отсутствует органическая симптоматика и изменения на КТ. У наблюдаемых нами больных малые эпилептические припадки, а также фебрильные судороги не сопровождаются значимыми структурными нарушениями в 100%. При этих формах эпилептических припадков, как правило, отсутствуют патологические изменения в неврологическом статусе в 29,6% наблюдений и задержка или регресс психических функций у 70,5% больных детей.

Постоянное совершенствование имеющихся методик нейровизуализации и создание новых не изменило главенствующей роли электроэнцефалографии в диагностике эпилептических припадков. ЭЭГ остается единственным неинвазивным методом объективизации корковых нейрональных разрядов. Достоинство ЭЭГ – высокая информативность и в межприступный период.

На электроэнцефалограмме преобладают синхронизирующие влияния (тонический ЭЭГ – паттерн) с вспышками эпилептиформной активности как проявления гиперинтеграции внутри незрелой нейродинамической системы. Незрелость взаимосвязей

между корковыми нейронами и различными корковыми регионами является основой для формирования более медленных электроэнцефалографических эпилептической активности и несовершенной синхронизации. Другим важным аспектом проблемы является возрастное созревание головного мозга ребенка, страдающего эпилепсией, что неизбежно находит свое отражение на ЭЭГ. В то же время замедление основного ритма на ЭЭГ характеризует эволюцию заболевания. Доброкачественно текущая эпилепсия, адекватно подобранная терапия с достижением ремиссии обеспечивают практически физиологическое созревание биоэлектрической активности головного мозга с усложнением структуры ЭЭГ, усилением десинхронизирующих влияний, упрощением и уменьшением выраженности эпилептиформной активности и, в конечном итоге, хороший прогноз. Тяжелые (как правило, симптоматические) формы эпилепсии, трудности с подбором адекватной терапии для достижения ремиссии способствуют формированию головного мозга как эпилептического с отсутствием усиления десинхронизирующих влияний, усложнением и нарастанием эпилептиформной активности. Таким образом ЭЭГ-паттернов, но и позволяет проследить динамику формирования биоэлектрической активности головного мозга, что можно расценивать как проявление созревания головного мозга в целом.

Повышенный уровень возбудительных деполяризационных процессов в пораженной зоне приводит к повышению уровня ионов калия в экстраклеточном пространстве, что в свою очередь, в результате электролитно-ионного

дисбаланса токов через каналы мембран нейронов ведет к их дополнительной стойкой деполяризации, замыкая тем самым механизм патологической положительной обратной связи, влекущий самоподдерживающийся и нарастающий процесс эпилептизации нейронов, находящихся в эпилептическом очаге и по его периферии. В нормальных условиях избыток ионов калия поглощается глией. Однако избыточная концентрация калия в эпилептическом очаге стимулирует пролиферацию глии. Развивающийся глиоз приводит к деформации дендритного дерева, нарушает нормальную организацию синаптических контактов на теле и дендритах, что ведет к замедлению, а в ряде случаев к невозможности полноценного созревания головного мозга. Головной мозг развивается как эпилептическая система, что наиболее ярко прослеживается в трансформации симптоматических форм эпилепсии раннего детского возраста.

По данным большинства исследований, причиной деструктивных нарушений, лежащих в основе образования эпилептических фокусов, является, чаще всего, пренатальные и перинатальные неблагополучия. Пренатальные факторы связаны с нарушениями нормального течения беременности (эндо-или экзогенной инфекцией или интоксикацией, сердечнососудистыми нарушениями и матери, приемом препаратов и продуктов с известными тератогенными свойствами, гипоксемией, кровотечением и др.) Эти нарушения проявляются задержкой и дефектами дифференциации нейронов, большими лезонтогенными в виде агенеза мозолистого тела, гипоплазии или дисплазии мозжечка. Нарушения миграции приводит к эктопии корковых образований с образованием многослойной коры, к слиянию отдельных извилин в более массивные образования (макрогирия), эктопическим островкам серого вещества в глубине белого, макроассиметриям с дополнительными атипичными мостиками между извилинами. Среди эпилептогенных факторов следует указать нарушения сроков вынашивания. Ультразвуковые исследования последних лет показали наличие у недоношенных детей в большинстве случаев интракраниальных кровоизлияний. Следует помнить, что большинство эпилепсий, обусловленных резидуально-органическими нарушениями, относятся к височно-долевым и в меньшей части – к лобно-долевым с медиобазальной локализацией поражения, тесно примыкающей к роstralным медиобазальным отделам височной доли мозга, а более точно-гиппокампальной извилины. Очевидно, такая патологическая гиперреактивность нейронов гиппокампа имеет место не только при эпилепсии, но и при неэпилептических приступах. О том что в обоих случаях важной причиной является деструктивное поражение мозга, говорит ряд работ, показавших что признаки органического поражения мозга почти столь же характерны для неэпилептических приступов и панических атак, сколь и для эпилепсии.

Вывод. Таким образом, степень морфофункциональной незрелости мозга ребенка должна определяться как можно раньше для назначения своевременного лечения адекватными дозами препаратов и предотвращения развития описанных выше патогенетических механизмов, которые в большинстве случаев приводят к необратимым изменениям в структурах головного мозга в раннем детском возрасте.

Эпилептическими энцефалопатиями называются эпилепсии и эпилептические синдромы, при которых эпилептиформные нарушения приводят к прогрессирующей мозговой дисфункции. Это дисфункция проявляется перманентными расстройствами в виде поведенческих, психических, нейропсихологических нарушений. Вид нарушений соответствует функциональным зонам, в которых происходят эпилептические разряды. Пароксизмальные состояния у детей весьма распространены. В раннем детском возрасте преобладают генерализованные формы эпилепсии над парциальными. Решающим фактором развития и течения эпилепсии в раннем детском возрасте является морфо-функциональная незрелость головного мозга. Использование функции желательности в диагностике эпилепсии позволит оптимизировать лечение и прогноз.

Литература:

1. Айвазян, С.О. Эволюция припадков и ЭЭГ-характеристик при ранних детских формах эпилепсии. Дисс. канд. мед. наук.-М, 2012.118с
2. Гнездицкий В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. Таганрог, 2013.
3. Зенков, Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии). –М.: МИА, 2014.416с.: ил.
4. Карлов, В.А. Эпилепсия и структурно-функциональная организация головного мозга\ \ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова.2012. №9 С.4-8.
5. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю. Эпилепсия. М., 2004.
6. Трошин В.Д. Эпилепсия детей и подростков: 3-е издание., перераб. И доп.\ В.Д. Трошин, А.В.Г20устов, Ю.И. Кравцов , А.Л. Максимова.-Нижний Новгород : «НГМА», 2013.313 с.
- Capovilla, G. Bening infantile spasm: nosography and treatment\ G.Capovilla, F. Vegevano\ \ Epilepsia. 2013. Vol. 45, suppl. 3. P.26.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ. ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

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

Актуальность. В настоящее время комплексная реабилитация и социальная интеграция детей с ограниченными возможностями является одним из приоритетных направлений государственной социальной политики РФ. Заболеваемость детским церебральным параличом (ДЦП) во всех странах мира занимает одно из ведущих мест в структуре хронических болезней детей, составляя от 1,7 до 7 на 1000 человек детского населения. Распространенность ДЦП в России, по данным разных авторов, составляет 2,5—5,9 на 1000 новорожденных.

В центре клинической картины ДЦП лежат двигательные расстройства (параличи, парезы, гиперкинезы, атаксия и др.), на основании которых и устанавливается диагноз. Однако церебральному параличу сопутствуют и так называемые необязательные симптомы поражения центральной нервной системы, которые, хоть и не вхо-

дят в обязательный патологический симптомокомплекс, значительно затрудняют лечение и ухудшают реабилитационный прогноз заболевания. Одним из наиболее частых и сложных для лечения «спутников» церебрального паралича является эпилепсия.

Наличие эпилепсии у ребенка с ДЦП оказывает негативное влияние на моторное и психоречевое азвитие, а также значительно ограничивает возможности реабилитационной терапии. Прогнозирование риска возникновения эпилептических приступов у таких детей еще в раннем периоде является важнейшим ориентиром при выборе тактики лечения. Для пациентов с ДЦП характерно наличие симптоматических форм эпилепсии. Однако нельзя исключить вероятность развития и идиопатической формы заболевания. В связи с этим при оказании помощи пациентам с ДЦП требуется очень тщательный анализ анамнеза у родителей пациента и ЭЭГ, а в дальнейшем — длительное наблюдение за течением эпилепсии с оценкой эффективности противоэпилептических препаратов (ПЭП). В 1989 г. была утверждена Международная классификация эпилепсии, эпилептических синдромов и сопряженных заболеваний, но она была в 2001 г. пересмотрена Международной комиссией по классификации и терминологии. В проекте классификации эпилептических приступов и эпилептических синдромов (2001 г.) фигурируют следующие клинические проявления.

Цель исследования. Определить методы диагностики и лечения эпилепсии у детей страдающих детским церебральным параличом.

Материалы и методы исследования.

В наше исследование были включены 90 детей получивших лечение в отделении неврологии детского возраста Национального медицинского центра «Шифобахш» на базе кафедры неврологии, психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гуломова ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период 2022-2023 гг. Всем детям было проведено изучение анамнеза неврологического статуса осуществлялось по общепринятой в классической неврологии методике (Одинак М.М. 1997). ЭЭГ головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Для данного синдрома характерны редкие фокальные (гемиклонические, затылочные), реже псевдогенерализованные (негативный миоклонус, атипичные абсансы) и вторично-генерализованные эпилептические приступы. Дебют приступов типичен в возрасте до 11 лет, с максимумом до блет с двумя пиками: впервые 2го-да жизни, а также в возрасте от 4 до 6 лет; на ЭЭГ выявляется паттерн ДЭПД. В анамнезе для пациентов свойственно перинатальное поражение ЦНС. Высокоэффективны препараты вальпроевой кислоты в средней терапевтической дозировке (20—35 мг/кг в сутки), однако неврологические нарушения, как правило, остаются необратимыми.

Диагностика и лечение.

Для успешного лечения эпилепсии принципиально важными являются достоверная диагностика и определение формы заболевания, поскольку ошибочная диагностика встречается довольно часто. Так, поданным МРТ и ЭЭГ 10 до 40% пациентов с диагнозом фармакорезистентной эпилепсии страдают неэпилептическими пароксизмами 10 (11.1%) детей и есть основания считать диагноз эпилепсии ошибочным. Возникновение у пациента однократного судорожного приступа, безусловно, требует пристального наблюдения и обследования. Существует множество причин для развития судорог у ребенка, и эпилепсия является лишь одной из них, но понимание этиологии припадка крайне необходимо для определения дальнейшей тактики лечения. Судорожные припадки могут быть результатом метаболических нарушений, реакцией не зрелого мозга младенца на лихорадку, одним из клинических проявлений обморока или аффективно-респираторного приступа, и в то же время знаменовать собой дебют эпилепсии. Детализированный анализ анамнеза, исследование всех подробностей ситуации, в которой возникли судороги, часто позволяют сделать правильные предварительные выводы о характере заболевания.

Диагноз эпилепсии основывается на двух основных компонентах: первый — это клиническая картина заболевания, предполагающая наличие персистирующих эпилептических приступов, и второй — характерные изменения электроэнцефалограммы в межприступном периоде и во время припадка. В большинстве случаев, например на амбулаторном приеме у невролога поликлиники, а часто и в стационаре, мнение о характере припадков складывается исключительно из анамнестических данных, представленных родственниками пациента или свидетелями. Поскольку у большинства пациентов приступы возникают реже чем 1 раз в сутки, лечащему врачу не представляется возможным стать очевидцем пароксизма, не говоря уже об изучении характера ЭЭГ вовремя приступа. Кроме этого, по нашим данным, ЭЭГ, проведенная по стандартной методике (15—20 мин непрерывной записи), не выявляет патологических изменений у пациентов с эпилепсией примерно в 50% случаев [1]. Таким образом, нередко возникают сложности при постановке диагноза «эпилепсия» и определении ее формы, что в свою очередь ведет к диагностическим ошибкам и выработке неадекватной тактики лечения. Применение видео-ЭЭГ-мониторинга позволяет избежать подобных ошибок в подавляющем большинстве случаев, а также достоверно установить локализацию эпилептогенного очага.

Диагностика эпилепсии у ребенка с ДЦП ни в коей мере не должно приводить к отказу от реабилитационных мероприятий в рамках основного заболевания, но обнаружение сопутствующей патологии, естественно, диктует необходимость коррекции плана восстановительного лечения. Первым этапом новой реабилитационной схемы должно быть осуществление медикаментозного контроля над эпилептическими приступами.

Терапию эпилепсии начинают с назначения препарата первого выбора с минимальной дозы с медленным постепенным повышением дозы до достижения терапевтического эффекта или появления побочных реакций. Эффективность лечения оценивают клинически по степени купирования эпилептических приступов и по динамике картины ЭЭГ. Также в динамике оценивают нежелательные явления, возникающие на фоне приема противосудорожных препаратов (оценка анализа крови, функции печени, почек и т.п.).

При неэффективности препарата в максимальной терапевтической дозе назначают другой ПЭ. Также с

минимальной дозы с постепенным повышением до терапевтической. Первый препарат постепенно отменяется после достижения терапевтических концентраций и клинического эффекта второго ПЭП.

При неэффективности монотерапии базовыми препаратами возможно использование политерапии [7]. В клинической практике применяют комбинации: вальпроаты + топирамат, вальпроаты + леветирацетам, вальпроаты+карбамазепин, карбамазепин + топирамат, вальпроаты + ламотриджин, карбамазепин + леветирацетам, топирамат + леветирацетам. При вторично-генерализованных приступах и феномене вторичной билатеральной синхронизации возможно назначение комбинации топирамата или вальпроатов с сукцинимидами.

Выбирая антиконвульсант для комбинированной терапии, необходимо учитывать исходный соматический статус ребенка с церебральным параличом. Как правило, дети со спастическими и гипер-кинетическими формами ДЦП гипотрофичны и имеют разнообразные функциональные нарушения работы желудочно-кишечного тракта. Назначая длительное комбинированное противоэпилептическое лечение, надо принимать во внимание возможные нежелательные явления, которые рекомендованная терапия может вызвать. Желательно выбирать для политерапии антиконвульсанты — синергисты в отношении терапевтического эффекта и антагонисты в отношении побочных реакций. Далеко не всегда это удастся, тем не менее существуют препараты, наименее заинтересовывающие метаболизм других антиконвульсантов в печени (леветирацетам), таким образом, комбинация леветирацетама с другими ПЭП (особенно ГАМКергическими) приводит к синергичному эффекту в предотвращении эпилептических приступов при отсутствии конкурентных взаимодействий, вызывающих дополнительные побочные эффекты.

Эпилептические синдромы у пациентов с одной из самых тяжелых форм ДЦП — спастическим тетрапарезом (двойная гемиплегия) с высокой частотой представлены синдромом Веста 8 детей (до 9%) и синдромом Леннокса—Гасто 5 (6%).

Синдром Веста относится к группе возрастзависимых эпилептических энцефалопатий младенческого возраста и является симптоматической или предположительно симптоматической генерализованной формой эпилепсии. Дебют заболевания характерен на первом году жизни (чаще в возрасте от 3 до 7 мес). Особенностью синдрома Веста у большинства детей с перивентрикулярной лейкомаляцией, по мнению О.Н.Малиновской и соавт., является связь дебюта приступов с активной стимулирующей терапией (прием ноотропных препаратов или повторные курсы активного массажа). При этом на межприступной электроэнцефалограмме у всех больных с синдромом Веста до лечения выявляется гипсаритмия—типичная или атипичная.

При неэффективности монотерапии у больных с синдромом Веста применяют комбинации ПЭП: вигабатрин + вальпроаты, вальпроаты + топирамат, вальпроаты + сукцинимидами (это суксимид в терапевтической дозе 20—35 мг/кг в сутки в 2—3 приема), вальпроаты+бензодиазепины.

Синдром Леннокса—Гасто относится к группе эпилептических энцефалопатий детского возраста и является симптоматической или предположительно симптоматической генерализованной формой эпилепсии. Во многих случаях развитию синдрома Леннокса-Гасто.

При всех формах ДЦП преобладающими являются вторично-генерализованные тонико-клонические приступы 20 детей (22.2%). Среди самых ранних приступов у детей с ДЦП, по данным различных международных исследований, отмечаются миоклонические приступы - 8 детей (9%) и инфантильные спазмы - 10 детей (11.1%). Вторично-генерализованные приступы развиваются, как правило, вслед за миоклоническими, парциальными приступами (20 детей (22.2%)) и инфантильными спазмами. У детей со спастической гемиплегией с равной частотой возникают парциальные и вторично-генерализованные приступы. Синдром Веста с большой частотой отмечается у пациентов со спастической тетраплегией.

Эффективность антиэпилептической терапии у детей с ДЦП, в зависимости от формы заболевания, по данным разных исследователей, составляет от 50 до 85%. Контроль над приступами удается достичь при спастической тетраплегии более чем в 60% случаев, при спастической гемиплегии — в 72,7% случаев, при спастической диплегии—в 83,3% случаев.

Вывод. Фармакорезистентность эпилепсии констатируется при неэффективности двух базовых, уместно назначенных антиконвульсантов, примененных в максимально переносимых дозах в виде монотерапии или в комбинации друг с другом. Факт фармакорезистентности у пациентов старшего возраста признается при сроке течения эпилепсии более 2 лет. При младенческих формах симптоматической и криптогенной эпилепсии или в случае наличия у пациента одной из форм симптоматической эпилептической энцефалопатии фармакорезистентность констатируется уже при установлении диагноза. При фармакорезистентном течении эпилепсии пациент в обязательном порядке направляется в специализированный эпилептологический стационар для углубленного обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Высокая распространенность судорог в популяции, их полиэтиологичность и сложность диагностики предопределяют необходимость дифференцированного подхода к вопросам диагностики, лечения и профилактики судорожного синдрома и детской инвалидности.

Литература

1. Айвазян С.О., Ширяев Ю.С., Головтеев А.Л., Кожокару А.Б., Кременчукская М.Р. Неинвазивный видео-ЭЭГ-мониторинг в диагностике фокальной эпилепсии у детей. Вопросы нейрохирургии 2010;1:33—41.
2. Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Быкова О.В. Эпилептические синдромы при детском церебральном параличе. Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2011;3:2:10—14.
3. Белоусова Е.Д. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М 2010;48.
4. Бронников В.А. Комплексный подход к реабилитации детей с церебральными параличами с позиции

международной классификации функционирования. Новые реабилитационные технологии социальной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы Межрегиональной научно-практической конференции 2010 г. Под ред. В.А. Бронникова, А.С. Сунцовой. ГОУВПО «УдГУ». Ижевск 2010; 238.

5. Малиновская О.Н., Белоусова Е.Д., Кешишян Е.С. Факторы риска формирования и прогноз детского церебрального паралича и эпилептических синдромов у недоношенных детей с перивентрикулярной лейкомаляцией. Росвестн перинатологии и педиатрии 2012; 5:30—35.

Ганиева М.Т., Холматова Г.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИРАМАТА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

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

Актуальность темы. Распространенность детского церебрального паралича составляет 5-8 на 1000 населения, эпилепсии - 2-3% в детской популяции. Мнения о частоте встречаемости эпилепсии у детей с церебральными параличами по данным литературы довольно противоречивы - от 11,5 до 90%. Проблема взаимосвязи этих заболеваний является чрезвычайно актуальной в детской неврологии. Ее значимость определяется: разнообразием клинических пароксизмов; резистентностью приступов к антиконвульсантной терапии в 25-30% случаев; усугублением под их влиянием степени тяжести уже имеющихся нервно-психических нарушений, усложнением проведения реабилитационных мероприятий. В современной литературе обсуждается целый ряд аспектов данной проблемы: частота эпилепсии при ДЦП, самостоятельное это заболевание или один из синдромов ДЦП; почему у одних пациентов возникают приступы, а у других нет. Тем не менее, научных работ, посвященных характеристике эпилепсии при ДЦП недостаточно. Мало изучены возрастные особенности возраст манифестации приступов. Факторы риска развития эпилепсии, какие морфофункциональные изменения служат основой для формирования эпилепсии; оказывает ли наличие эпилепсии у детей с ДЦП существенное влияние на их моторное, психоэмоциональное, речевое развитие; какие нейропсихологические особенности имеются у детей с ДЦП и эпилепсией; изменяется ли работа вегетативной нервной системы у таких пациентов, какие биохимические корреляты могут отражать тяжесть патологии, в какой зависимости они находятся от характера проводимой терапии антиэпилептическими препаратами. Этим и другим вопросам посвящены разделы данной работы. Медицинским аспектам реабилитации детей ограниченными возможностями, как правило, отводится приоритетное место. Тем не менее, эффект проводимых мероприятий не всегда достигает желаемого. В одних случаях это вообще отсутствие каких-либо результатов, в других - низкая эффективность, в третьих - появление или учащение эпилептических припадков.

Цель исследования. Эффективность лечения топирамата при эпилепсии.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности антиэпилептического препарата (АЭП) топирамата в лечении эпилепсии у детей с ДЦП нами были выделены две рандомизированные по основным характеристикам группы. Основную группу составили 12 детей, получавших топирамат (топамакс) в монотерапии или в комбинации с препаратом вальпроевой кислоты (депакин-хроно). Группу сравнения составили 8 детей, которые получали депакин-хроно в монотерапии или в комбинации с карбамазепином с финлепсином. Топамакс назначался в дозе 1 мг/кг/сут с постепенным увеличением до 5-10 мг/кг/сут (средняя доза $6,0 \pm 1,8$ мг/кг/сут) перорально, 2 раза в день. Депакин-хроно пациенты получали в дозе 25-40 мг/кг/сут (средняя доза $30,5 \pm 5,8$ мг/кг/сут). Финлепсин назначался в дозе 15-30 мг/кг/сут (средняя доза $20,8 \pm 4,5$ мг/кг/сут).

Результаты исследования и их обсуждения. Оценка эффективности противосудорожной терапии показала, что через 6 месяцев лечения число пациентов у которых произошло сокращение количества эпилептических приступов на 50 и более в основной группе составляло 89,5% против 77,8% в группе сравнения. Основную группу составили 12 детей, получавших топирамат (топамакс) в монотерапии или в комбинации с препаратом вальпроевой кислоты (депакин-хроно). Сравнительная эффективность лечения эпилепсии у больных детским церебральным параличом. При применении противосудорожных препаратов депакин-хроно, карбамазепин с финлепсином в течение 6 месяцев в группе

Таблица 1

Сравнительная характеристика основной группы и группы сравнения до лечения

Анализируемые показатели	Основная группа, n=12	Группа сравнения, n=8
Возраст больных, лет	5 ± 10	5 ± 10
Половой состав		
- мальчик	7 (58.3%)	5 (62.5%)
- девочка	5 (41.7%)	3 (37.5%)
Частота приступов		
- Редкие приступы	2 (16.6%)	1 (12.5%)
- Средней частоты	3 (25%)	2 (25%)
- Частые приступы	7 (58.4%)	5 (62.5%)
Форма ДЦП		
Двойная гемиплегия	6 (50%)	3 (37.5%)
Спастическая диплегия	4 (33.3%)	4 (50%)
Спастический гемипарез	2 (16.7%)	1 (12.5%)

Таблица 2

Сравнительная эффективность лечения эпилепсии у больных детским церебральным параличом

Анализируемые показатели	Основная группа, n=12	Группа сравнения, n=8
Нет эффекта	1(8.34%)	2(25%)
Положительный эффект (урежение судорожных приступов на 50% и более) из них		
На 50%	4(33.26%)	1(12.5%)
На 75%	5(41,8%)	4(50%)
-отсутствие приступов	2(16.6%)	1(12.5%)

Резистентность к терапии на фоне применения топирамата отмечалась в 10,5% (2 детей), в группе сравнения (депакин-хроно) в 22,2% (4 детей). Необходимо отметить, что в обеих группах это были пациенты, получавшие комбинированную терапию. Наряду с клиническими показателями, в работе приведен нейрофизиологический коррелятор эффективности лечения. При визуальной оценке динамики электроэнцефалограмм у пациентов, получающих топамакс, выявлялись следующие феномены: снижение индекса медленной активности в 31,6% (6 пациентов), увеличение частоты альфа ритма и появление нечетких модуляций по амплитуде - 26,3% (5 человек), снижение амплитуды патологических форм у 10 пациентов (52,6%), отсутствие специфической эпилептиформной активности в 10,5% (2).

Кроме того на фоне лечения топираматом отмечено снижение показателей спектральной мощности ритма всех диапазонов, но статистически значимым оказалось снижение во всех отведениях дельта- и тета- активности и ферментов трансмембранного транспорта и уровня внутриклеточного кальция и натрия у детей с ДЦП и эпилепсией в динамике лечения.

Динамика активности ферментов трансмембранного транспорта и общего ионотранспортного кальция и натрия в тромбоцитах у детей с эпилепсией на фоне детского церебрального паралича при лечении топамаксом. Таким образом, полученные данные позволяют нам говорить о топамаксе, как об эффективном и достаточно безопасном препарате в лечении эпилепсии у детей с ДЦП. Эффективность топамакса подтверждена клиническими, электроэнцефалографическими и биохимическими данными. Применение препарата топамакс в лечении детей страдающих эпилепсией в сочетании с ДЦП способствует достоверному снижению частоты приступов через 6 месяцев лечения количество составило 89,5%. Положительная динамика на нейрофизиологическом уровне подтверждалась снижением индекса патологической активности и спектральной мощности дельта- и тета активности с повышением мощности альфа-ритма; на биохимическом уровне снижением внутриклеточного натрия и кальция на фоне достоверного увеличения активности Na-K⁺- и Ca²⁺-АТФазы.

Вывод. Рядом исследованиями подтверждено, что под действием топамакса происходит существенная динамика ЭЭГ в виде уменьшения «площади» очага медленно-волновой активности, снижения эпилептической активности, возрастание суммы быстро-волновой активности. В нашей работе ЭЭГ коррелятами успешности лечения эпилепсии топираматом у детей с ДЦП явились: снижение индекса медленной активности (в 31,6%), увеличение частоты альфа ритма (в 26,3%), снижение амплитуды патологических форм (в 52,6%), исчезновение специфической эпилептической активности (в 10,5%). При оценке спектральной мощности ритма отмечено снижение показателей всех диапазонов, но статистически значимым оказалось снижение во всех отведениях дельта- и тета- активности.

Литература:

1. Немкова СА, Намазова-Баранова ЛС, Маслова ОИ, Заваденко НН, Холин АА, Каркашадзе ГА, и др. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений. М., Союз педиатров России, 2012, 56 с.
2. Белоусова ЕД. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004, 48 с.
3. Мухин КЮ, Миронов МБ, Боровиков КС, Петрухин АС. Фокальная эпилепсия детского возраста со структурными изменениями в мозге и доброкачественными эпилептиформными паттернами на ЭЭГ (ФЭДСИМ-ДЭПД) (предварительные результаты). Русский журнал детской неврологии. 2010;5(1):3-18.
4. Bax M, Tydeman C, Flodmark O. Clinical and MRI Correlates of Cerebral Palsy. The European Cerebral Palsy Study. JAMA. 2006;296(13):1602-8.
- Bruck I, Antoniuk SA, Spessatto A, Bem RS, Hausberger R, Pacheco CG. Epilepsy in children with cerebral palsy. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(1):35-9.

Холов С.М., Нодирова З.С., Ризоева О.Р.

ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЕВОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ В ДЕБЮТЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино..

Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В современной терапевтической стратегии первичного остеоартрита (ОА) (в т.ч. с поражением коленных суставов - КС) одними из важнейших принципов считаются ранняя диагностика и своевременно начатое адекватное лечение [1]. Поскольку, полученные в последние годы данные свидетельствуют о том, что ранняя стадия первичного ОА является тем важнейшим периодом в эволюции заболевания, когда эффективная терапия и/или активная терапевтическая интервенция с применением современных препаратов симптоматического ряда и структурно-модифицирующих препаратов (СМП) может радикально изменить характер прогрессирования болезни и существенным образом положительно модифицировать отдаленные неблагоприятные исходы первичного ОА [1,2].

Из-за чрезвычайной сложности верификация диагноза первичного ОА КС группа международных экспертов в период с 2012 по 2017 гг. разработали и в 2017 г. представили проект международных критериев по ранней диагностики заболевания [3], согласно которым верификация диагноза раннего первичного ОА КС диктует необходимость последовательного решения следующих задач: а) исключения поражения КС другого генеза (прежде всего связанных с РА и другими иммуновоспалительными заболеваниями суставов); б) тщательного анализа и оценки болевого и суставного синдромов (врачом); в) выявление рентгенологических симптомов заболевания; г) широкого применения таких инновационных методов диагностики как: диагностическая артроскопия, МРТ и артросонография (АСГ) коленных суставов.

Цель исследования. Изучить и идентифицировать наиболее отличительные особенности болевого и суставного синдромов в дебюте первичного ОА КС.

Материал и методы. Из общего числа обследованных нами пациентов с первичным ОА КС (n=68), у 26 больных диагноз заболевания был верифицирован с помощью современных международных рекомендаций [3]. С целью верификации диагноза первичного раннего ОА КС с учетом указанных рекомендаций международных экспертов нами был составлен своеобразный трехэтапный «диагностический сценарий», направленный на активный и целенаправленный поиск ранних симптомов заболевания, основные этапы которого представлены на рисунке 1.

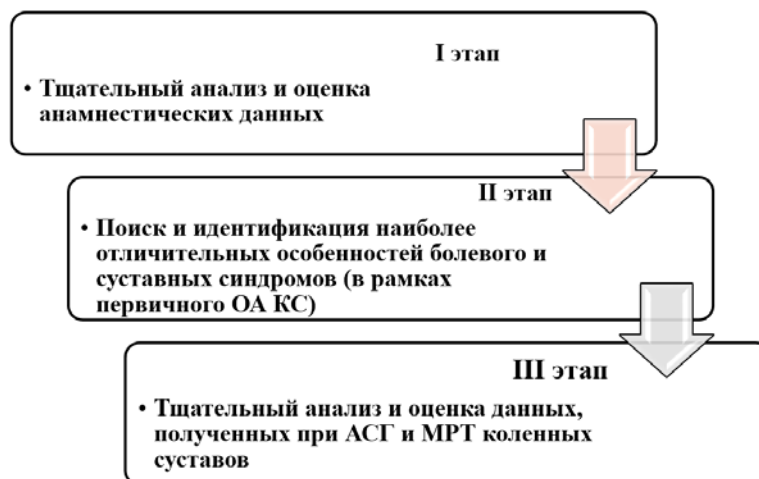


Рисунок 1. Поэтапный «диагностический сценарий», направленный на верификацию диагноза раннего первичного ОА КС.

Результаты и обсуждение. Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей [1,2,4,5] и свидетельствуют о том, что наиболее типичными характеристиками как болевого, так и суставного синдромов в дебютном этапе развития первичного ОА КС, которые и обладают ценными диагностическими значениями являются (рисунки 2,3): 1) отличительные особенности болевого синдрома: а) «механический ритм» с неоднородными болевыми ощущениями, чаще всего в виде боли 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 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%).

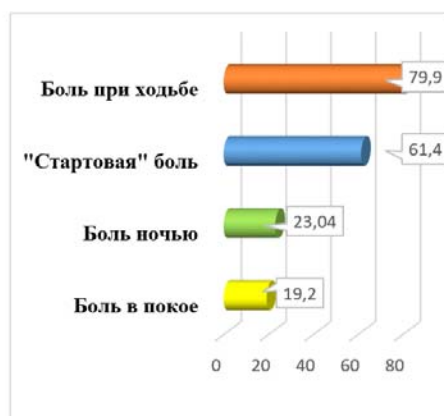


Рисунок 2.- Спектр и частота встречаемости идентифицированных характерных особенностей болевого синдрома в рамках раннего ОА КС.



Рисунок 3.- Спектр и частота встречаемости идентифицированных отличительных особенностей суставного синдрома в рамках раннего ОА КС.

В процессе целенаправленного поиска характерных особенностей болевого и суставного синдромов у пациентов с первичным ОА КС нами было установлено, что менее распространенными, но дополнительными отличительными чертами 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%). Аналогичные данные о отличительных особенностях болевого синдрома в дебюте первичного ОА КС ранее были продемонстрированы в работах других исследователей [2,4,5].

Выводы. 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 идентификация отдельных характеристик хронического мультифакторного болевого и суставного синдромов, обладающих высокой рейтинговой значимостью в ранней диагностики первичного ОА КС является первым этапом в решение этой сложной проблемы.

Литература

1. Алексеева Л.И. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска, диагностика, лечение / Л.И. Алексеева, Е.А. Таскина, Н.Г. Кашеварова // Современная ревматология. - 2019. - 13 (2) - С. 9-11.
2. Алексеева Л.И. Ранний остеоартрит: разработка критериев диагностики / Л.И. Алексеева, К.И. Телишев // Современная ревматология. - 2020. - № 14 (3). - С. 140-145.
3. Toward classification criteria for early osteoarthritis of the knee / F.P. Luyten [et al.] // Semin Arthritis Rheum. - 2017: Aug. 9.
4. Бурьянов А.А. Боль в суставах-остеоартроз: диагностика и лечение на современном этапе / А.А. Бурьянов // Практикующий лікар. - 2017. - №3 (4). - С. 18-24.
5. Каратеев А.Е. Остеоартрит: современная клиническая концепция и некоторые перспективные терапевтические подходы / А.Е. Каратеев, А.М. Лиля // Научно-практическая ревматология. - 2018. - 56(1). - С. 70-81.

Холов С.М., Нодирова З.С., Асламова М.М.

ЭФФЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НА ПАРАМЕТРЫ АКТИВНОСТИ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Данные, полученные в работах современных исследователей свидетельствуют о том, что таргетное применение препаратов симптоматического ряда – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикоиды (ГК) - интраартикулярно и длительный прием (не менее шести месяцев в году на протяжении пяти лет) таких пероральных структурно-модифицирующих (СМП), как глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата в виде моно- или комбинированной терапии (артра, терафлекс), особенно в сочетании с препаратами гиалуроновой кислоты - ГлК (остенил, остераж, синвикс и др.) в 2,4 раза снижает риск прогрессирования первичного остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС) [1-3].

Однако, с одной стороны, существующие сложности в ранней диагностике первичного ОА КС и идентификации спектра и частоты встречаемости коморбидных и/или мультиморбидных патологических состояний, а с другой, - малочисленность данных о сравнительной эффективности современных комбинированных СМП, особенно в сочетании с препаратами ГлК - интраартикулярно, в зависимости от эволюционных этапов развития заболевания - у больных первичный ОА КС - III стадии, а также необходимость в оптимизации тактики применения указанных препаратов, являются вопросами, которые актуализируют проблемы имплементации современной фармакотерапевтической стратегии первичного ОА в реальной клинической практике и требуют дальнейшего исследования.

Цель исследования. Изучить с сравнительно оценить эффективное влияние применения современных СМП в различных лекарственных формах на параметры активности и тяжести первичного ОА КС.

Материал и методы. Всего было обследовано 68 больных с первичным ОА КС, которые в зависимости от эволюционных этапов прогрессирования заболевания были распределены на 3 группы - I, II и III. В I группу вошли 26 пациентов с ранним достоверным первичным ОА КС, во II и III группы были включены 42 пациента с развернутым первичным ОА КС - со II (n=22) и III (n=20) стадиями заболевания по Келлгрэну-Лоуренсу.

Все обследованные пациенты с первичным ОА КС (n=68) в качестве препаратов первой линии в режиме по потребности получали НПВП и по показаниям (при наличии вторичного синовита) ГК - дипроспан в виде 1 – 2 интраартикулярных инъекций. Всем пациентам I группы в комплексе с препаратами симптоматического ряда (НПВП, ГК) был назначен структурм из группы СМП по 500 мг 2 раза в сутки в течение 6 мес. В то же время всем пациентам II и III групп, наряду с НПВП и ГК был назначен комбинированный препарат из группы СМП - терафлекс: 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 группу «особого внимания» по показаниям дополнительно получали интраартикулярные инъекции препаратов ГлК – остераж по 3 еженедельной инъекции в каждый КС.

В качестве основных инструментов и параметров с целью всестороннего мониторинга, анализа и оценки эффективности проводимой комплексной терапии у обследованных больных I, II и III групп применялись: а) динамика интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), мм; б) индекс WOMAC суммарный, мм, а также отдельных его подшкал (WOMAC боль, мм; WOMAC скованности, мм; WOMAC функция, мм); в) динамика индекса Лекена; г) характер потребности в приеме НПВП (за весь период исследования).

Результаты и обсуждение. Продолжительность настоящего исследования в целом составила 9 мес: а) 6 мес терапии; б) 3 мес наблюдения с целью оценки последствия эффективности проводимой терапии.

В начальном этапе настоящего исследования и далее регулярно каждые 3 мес с целью мониторинга и оценки степени эффективности проводимой комплексной терапии, основанной на современных принципах фармакотерапевтической стратегии первичного ОА у больных I, II и III групп были проанализированы и оценены динамика общепринятых клинических (интенсивности болевого синдрома по ВАШ и продолжительности утренней скованности - УС) и лабораторных параметров (СОЭ, СРБ), отражающих тяжесть ОА и активность низкоинтенсивного воспалительного процесса (таблица 1).

Полученные результаты (таблица 1) при сравнительной анализе и оценке изучаемых клиничко-лабораторных параметров тяжести и активности первичного ОА КС у больных I, II и III групп (утренняя скованность - УС, ВАШ, СОЭ, СРБ) свидетельствуют о том, что наиболее значимая положительная динамика изучаемых параметров имеет место у пациентов I группы, а наиболее малозаметная динамика - у пациентов III группы, несмотря на более интенсивный характер проводимой терапии. Аналогичные результаты ранее были получены в работах других современных исследователей [1,3,5].

Параллельно с положительной динамикой клиничко-лабораторных параметров тяжести и активности первичного ОА КС, нами, также как и другими современными исследователями [1,2,4] было зафиксирована аналогичная закономерность при оценке индекса WOMAC суммарный и всех его субшкал (WOMAC боль, WOMAC скованность, WOMAC нарушение функции) во всех группах, при этом как у пациентов с ранним (I группа), так и с развернутым первичным ОА КС (II и III группы) различие между исходным и конечным значением изучаемых параметров было статистически значимым ($p < 0,01-0,001$).

Таблица 1. Динамика изменений клиничко-лабораторных параметров тяжести и активности первичного раннего (I группа) и развернутого ОА КС (II и III группы) на фоне проводимой комплексной терапии через 3, 6 и 9 мес терапии

Пациенты	Показатель	Исходно	Через 3 мес	Через 6 мес	Через 9 мес	p
	УС, мин	35[20;55]	20[15;35]	15[10;30]	10[0;15]	<0,001
	ВАШ, мм	50[35;70]	35[20;50]	25[10;35]	10[0;20]	<0,001
	СРБ, мг/л	14,0[8;20]	10[5;16]	6,5[4;12]	4,5,0[3,5;8]	<0,01
	СОЭ, мм/ч	23,8[18;29]	15[12;24]	10,2[8;16]	10,4[8;14]	<0,01
	УС, мин	45[25;60]	30[20;50]	20[10;35]	15[10;30]	<0,001
	ВАШ, мм	60[30;75]	40[25;55]	30[15;40]	25[10;35]	<0,001
	СРБ, мг/л	16,5[12;25]	12[8;16]	10,5[6;14]	10[5;14]	<0,01
	СОЭ, мм/ч	26,9[20;33]	18,6[15;24]	16,2[10;20]	18[12;24]	<0,01
	УС, мин	70[50;85]	45[30;65]	30[25;35]	35[25;45]	<0,001
	ВАШ, мм	80[50;95]	60[35;80]	45[20;60]	40[20;55]	<0,001
	СРБ, мг/л	20,5[14;28]	15[12;20]	12,5[10;18]	14[10;20]	<0,01
	СОЭ, мм/ч	31,5[22;38]	25[18;34]	20[16;26]	22[14;30]	<0,01

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между всеми точками (датами обследования); ANOVA Фридмана.

В момент завершения настоящего исследования - через 9 мес от начала терапии было установлено следующее: а) наличие наиболее выраженной положительной динамики индекса WOMAC суммарный в целом и отдельных его субшкал в отдельности у пациентов I группы (на фоне менее интенсивной терапии); б) и наиболее менее выраженная положительная динамика индекса WOMAC суммарный в целом и отдельных его субшкал в отдельности у больных III группы (на фоне более интенсивной терапии). Данное обстоятельство вполне согласуется с данными, представленными в литературе последних лет [1-5] и действительно является подтверждением положения о том, что в современной фармакотерапевтической стратегии первичного ОА, ранняя стадия заболевания является тем важнейшим периодом, когда активная фармакотерапевтическая интервенция оказывает наиболее яркий положительный эффект.

Выводы. Длительное (полугодовое) применение современных СМП в различных лекарственных формах у пациентов с первичным ОА коленных суставов I, II и III стадиями положительно модифицирует (преимущественно у больных с I - II стадиями) как клинические (боль, скованность и функциональное состояния пациента - в рамках индекса WOMAC), так и инструментальные (признаки тендинитов и субклинического синовита) симптомы заболевания, а также максимально ограничивает потребность больных к НПВП.

Литература

1. Алексеева Л.И. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска, диагностика, лечение / Л.И. Алексеева, Е.А. Таскина, Н.Г. Кашеварова // Современная ревматология. - 2019. - 13 (2) - С. 9-11.
2. Беляева Е.А. Эффективность комплексной терапии с применением инъекционной формы хондроитина сульфата и гиалуроната натрия при остеоартрите коленного сустава / Е.А. Беляева, О.С. Авдеева // Терапевтический архив. - 2019. - № 91 (5). - С. 96-102.
3. Оценка эффективности препарата терафлекса в лечении начальных стадий остеоартрита и его влияния на структуру и метаболизм хрящевой ткани / С.Н. Лунева [и др.] // Consilium Medicum. - 2018. - №20 (9). - С. 3-11.
4. Майко О.Ю. Оценка эффективности терапии с использованием препарата хондроитина сульфата у больных остеоартрозом в амбулаторных условиях / О.Ю. Майко // Лечащий врач. - 2019. - №4. - С. 32-38.

5. Оценка эффективности и безопасности комбинированной терапии симптоматическим препаратом замедленного действия и гиалуроновой кислотой в сравнении с монотерапией гиалуроновой кислотой у пациентов с остеоартритом коленного сустава К.А. Бердюгин [и др.] // Современная ревматология. - 2020. - № 14(3). - С. 63-70.

Ходжиев М.А., Хусейнова М.

ТАКТИКА, МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

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

Актуальность. Изучение особенностей пищеварительной системы у трудовых мигрантов и методы лечения, являются весьма актуальными. Частые обращения, жалобы, общее состояние у лиц, работающих в разных профессиях на территории Российской Федерации и эффективности лечения. Изучение механизмов приспособления организма человека к новым климатогеографическим и производственным условиям, включающим воздействие неблагоприятных факторов различной интенсивности и длительности, важная задача физиологии и медицины труда [1,2]. Известно, что в состоянии неудовлетворительной адаптации организм обладает настолько сниженными функциональными возможностями и резервами организма, что даже небольшие нагрузки (как физические, так и эмоциональные) могут нарушить его неустойчивое равновесие со средой [3, 4]. Стрессоры факторы играют большую роль в пищеварительной системе, которые способствуют развитию язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также снижению резервных возможностей организма мигрантов, в результате воздействия как физических, так и нервно-психических факторов. Состояние неудовлетворительной адаптации организм сопровождается ростом специфических патологических изменений, которые проявляются в виде различного заболевания, органов пищеварительную систему и целом организме приводящих к большому экономическому ущербу поэтому стал предметом научного исследования [4].

Цель исследования - изучение функционального состояния органов пищеварения и адаптивных изменений в состоянии организма мигрантов в зависимости от срока пребывания в Московском регионе для научного обоснования оздоровительных профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования. Клинико-физиологическое исследование, включая анкетный метод опроса, проводилось в производственных условиях с участием 176 трудовых мигрантов из Республик Средней Азии. При этом были сформированы 3 группы трудовых мигрантов, занятых строительстве, метрострой и в социальной сфере (домработницы, сиделки, няни), которые подбирались с учетом факторов трудового процесса, уровня физических и нервно-эмоциональных нагрузок.

Профессиографический анализ тяжести и напряженности труда проводился в соответствии с Руководством Р 2.2.2006-05, физиологическая оценка - по общепринятым методам исследований, включая анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР). Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с использованием пакета Statistical10,0.

Результаты исследований и их обсуждение. У трудовых мигрантов наиболее значимыми показателями вредных факторов тяжести труда являются количество стереотипных рабочих движений, масса поднимаемого груза (до 65 кг), суммарная масса груза, перемещаемого в течение каждого часа смены, рабочая поза, (до 50% неудобная), наклоны туловища (до 300 наклонов за смену), перемещение в пространстве (до 12 км). Общая оценка труда мигрантов позволила отнести его к классу 3.2.

Частое обращение за медицинской помощью разного психоэмоциональное реакции силу выполнения разного рода трудового процесса у трудовых мигрантов, частые жалобы состроены желудочно-кишечного тракта.

Нервно-эмоциональные нагрузки у трудовых мигрантов обусловлены психофизиологическими особенностями труда в условиях системы «человек-человеку», где трудовая деятельность первого звена направлена на обслуживание второго оно является главным причинам развития различного патология в том числе заболевании пищеварительной системы. Для всех профессиональных групп трудовых мигрантов основными факторами НТ равно (класс 3.2,3.3) являются эмоциональные и режимные нагрузки.

Социально-психологические факторы на работе отражают взаимодействие между окружающей рабочей средой, содержанием работы, условиями организации работы и способностями, потребностями, культурой работающего.

Результаты проведенных исследований позволили установить зависимость между степенью тяжести и напряженности труда и характером изменений пищеварительной системы, артериального давления и частоты сердечных сокращений. Оценка индекса функциональных изменений (ИФИ) и его средние данные за смену свидетельствовали о том, что в группах трудовых мигрантов отмечаются большие величины ИФИ при выраженном уровне производственной нагрузки: $3,12 \pm 0,07$ и $3,20 \pm 0,05$ баллов. В напряженные часы работы у мигрантов и к концу смены отмечалось снижение функциональных возможностей системы кровообращения, формирование неудовлетворительной адаптации.

Результаты изучения сравнительных особенностей адаптации к среде обитания трудовых мигрантов показали, что все обследованные мигранты находились на различных уровнях адаптации. Эти особенности зависели от времени проживания мигранта на обследуемых территориях. При стаже проживания до 3 лет наибольший удельный вес трудовых-мигрантов с неудовлетворительной адаптацией был отмечен в группе русских – 36,04%, а в группе таджиков адаптационные возможности организма резко снижались, что приводило к возрастанию наибольшего числа лиц с напряжением адаптационных механизмов – 62,08%. При стаже более 3 лет показатели неудовлетворительной адаптации увеличивались в таджикской группе на 12,4 % по сравнению с группой обследованных мигрантов, имеющих стаж проживания на обследуемых территориях до трех лет, что указывает на мобилизацию функциональных резервов организма, которая может привести к срыву адаптации.

Изучение состояния здоровья по результатам углубленного анализа выявило особенности формирования заболеваний желудочно-кишечного тракта и заболеваемости (по сравнению с контролем) в зависимости от сроков пребывания на территории РФ. Установлено напряжение и перенапряжение адаптационных реакций из-за воздействия стрессорных факторов в первые годы пребывания, что может явиться причинами развития заболевания пищеварительную систему. Со стажем работы возрастает число заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата, вследствие использования труда мигрантов на тяжелых работах (частое нервно-эмоциональное перенапряжения, стрессорных реакции, поднят примешать груза большим весом, частое сгибание корпуса в период).

Фармакологические свойства и механизмы действия лекарств групп препаратов применяемой при лечения язвенного болезни желудка и 12-перстных кишечника.

Методики лечения больных с язвенных болезни желудка и 12-перстных кишки у трудовых мигрантов.

После полного установления клинического диагноза необходимо составлять план лечения. Первоочередной назначают режим питания согласно нормативам по Певзнерю подбирают диетический стол № 1а, 1. Из медикаментозного лечения: для базисной терапии назначают **Ранитидин-Дарница 150 мг** курсовая терапия 20 дней, также принимают **Ранитидин форте 300 мг** это препараты назначают как базисную терапию ранитидин-антисекреторное средство, антагонист H_2 -гистаминовых рецепторов. Механизм действия обусловлен конкурентным обратимым ингибированием действия гистамина на H_2 -рецепторы мембран париетальных клеток слизистой оболочки желудка для восстановления механизма развития язвенного процесса центрального происхождения т.е. блокирует поступление патологического импульса тем самым способствует для как развития язвенного процесса и его проявления уменьшает болевой синдром, снижает механизм воздействия фактора агрессии т.е. уменьшает выработки соляной кислоты. Способствует быстрейшему заживлению язвы т.е. ускоряет объем процесс в раневой поверхности и регенерации клеточной структуры в раневой поверхности последующим восстановлению язвы.

Механизм действия **нольпаза 20 мг** применяется в плане базисную терапию назначают курсовую лечение от 28 до 30 дней они эффективно действуют как ингибитор H^+-K^+-ATP -азы. Блокирует заключительную стадию секреции хлористоводородной кислоты, снижает уровень базальной и стимулированной (независимо от вида раздражителя) секреции хлористоводородной кислоты в желудке. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, такое снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизма к антибиотикам. Пантопразол обладает собственной противомикробной активностью в отношении *Helicobacter pylori*. А также способствуют быстрому заживлению язвы желудка и 12-перстной кишки. Метаболизируется главным образом в печени. Основным метаболическим путем является деметилирование с помощью CYP2C19 с последующей сульфатной конъюгацией. К другим метаболическим путям относится окисление с помощью CYP3A4. Конечный $T_{1/2}$ составляет примерно 1 ч, клиренс - около 0.1 л/ч/кг. Основной путь выведения - через почки (около 80%) в виде метаболитов пантопразола, остальная часть выводится с калом.

В план лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки включают препарат **эзолонг** - механизм действия эзолонга 40. Эзомепразол является слабым основанием, он концентрируется и переходит в активную форму в высококислотной среде секреторных канальцев париетальной клетки, где ингибирует фермент H^+-K^+-ATP азу — кислотный насос, а также угнетает базальную и стимулированную нормальную секрецию кислоты тем самым способствует заживлению язвенного процесса. **Омепразол** обладает высокоселективным механизмом действия, в результате которого снижается секреция желудочного сока. Является специфическим ингибитором протонной помпы париетальных клеток желудка. Действие препарата наступает быстро и опосредовано обратимым ингибированием секреции желудочного сока. Омез разовая доза 20 мг, Омепразол-Тева разовая доза 20 мг - эти препараты назначают целью обезболивания механизмы действия перечисленных препаратов заключается в блокировке секреции соляной кислоты и тем самым улучшают рельеф слизистой оболочки желудка. Научно обоснованы меры по медико-социальному сопровождению трудовых мигрантов методами первичной профилактики (общефизическая подготовка, закалывающие процедуры, аутогенная тренировка, устранение вредных бытовых и производственных факторов риска) и вторичной профилактики под врачебным контролем (предварительные и периодические медицинские осмотры).

Выводы.

1. Изучены особенности формирования функционального состояния желудочно-кишечного тракта у трудовых мигрантов вовремя и периода адаптационного процесса к воздействию нервно-эмоциональных, социально-психологических факторов, нервно-эмоциональное перенапряжения и физических (мышечных) нагрузок различных по интенсивности и длительности.
2. Установлено при изучении характеров заболевания пищеварительного тракта у трудовых мигрантов активности симпатического звена регуляции у трудовых мигрантов, что адаптационной синдром играет большую роль.
3. Результатами исследований показано, что адаптация к новому месту жительства и особенностям трудовой деятельности не проходит бесследно для здоровья мигрантов, за счет высокой нервно-эмоциональной напряженности труда это приводит к повышенному риску развития различного рода наряду других заболеваний, заболеваний ЖКТ.
4. Лечение и профилактика нарушений здоровья для сохранения трудового долголетия мигрантов потребовала разработки мероприятий медико-социального сопровождения с учетом функциональной перестройки физиологических регуляторных механизмов организма.

Список литературы

1. Измеров Н.Ф. Обращение к участникам XII Всероссийского конгресса Профессия и здоровье // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – № 1. – С. 2-4.
2. Бухтияров И.В., Ходжиев М. Адаптация трудовых мигрантов из южных Республик Средней Азии/ И.В.Бухтияров, М.Ходжиев //Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – №3(57). – С. 2-11.
3. Theorell, T.Changes in job strain in relation to changes in physiological state / T. Theorell, A. Perski, T. Akerstedt, F. Sigala,

Ходжиев М. А., Хусейнова. М., Юшкова О.И.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Изучения функционального состояния трудовых мигрантов работающих в крупных строительных учреждениях различных территориях Москвы и Московской области является весьма актуальными. Экономическая глобализация привела к увеличению потребности и развитию народного хозяйства, строительных организаций, заводов фабрик особенно росло строительных организации на территории Москвы, Московской области для обеспечение нормальной русл работ необходимо людских ресурсов по этому правительство РФ считает нужным привлечь трудовых мигрантов из Республик бывшего СССР, больше всего из Республик Средней Азии. В процесс работы на строительных организации работники подвергается воздействию ряда неблагоприятных факторов; работа на высоте, открытым воздухе.

Процессе трудовой деятельности трудовых мигрантов сталкиваются с различными физическими перенапряжениями стрессорными, психоэмоциональных, психосоциальных и климатоэкологических факторами которые приводят к снижению адаптационной реакции организма и риску развития заболеваемости и инвалидности населения. Проведенных исследование среды трудовых мигрантов работающих на различных территории Российской Федерации (РФ) особенно в Москве и Московском области отмечают более 30% работоспособного населения живет в условиях постоянного физического перенапряжения, социального и психоэмоционального стресса [2].

На основании гигиенических, функциональных, клинко-психофизиологических и эпидемиологических исследований выяснилось, что трудовые мигранты подвергаются воздействиями ряда неблагоприятных факторов; работа на высоте, содержание вредных веществ в воздухе рабочей зоны, шум, вибрация и физическая перенапряжения, что приведет к различным заболеваниям сердечно-сосудистой, мочеполовая система, опорно-двигательного аппарата в процессе трудового деятельности на стройке[3].

Целью работы является изучение значимости и вклада ряда неблагоприятных факторов трудового процесса влияющий на состояние здоровья работников внутренним органам (ССС, мочеполовая система) и нервно мышечного перенапряжения у трудовых мигрантов с различными нервно-психическими нагрузками.

Методики и объект исследования. Для проведение научного исследование использовалось: клинические, анкетные, гигиенические методы, исследование микроклимата (определение уровни вредных веществ в воздухе, шума и вибрации).

Изучение функционального состояния организма работников, работавших на крупных стройках, Мосметрострой и дорожной сети. Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте $25,58 \pm 2,59$ лет со стажем работы и боле $\pm 2, 25 0,5,3$, лет. Всего обследовано 124 человека.

Исследования проводилось 4 раза в динамике смены: до работы, пред обеденным прорывом, через 1,5 часа после перерыва и в конце смены.

Для оценки функционального состояния организма использовали комплексное клинко-физиологических методов, позволяющий оценить состояние основных систем организма: сердечно-сосудистой, мочеполовой, центральной нервной и нервно-мышечного аппарата, с использованием: анкетный метод исследование, клинко-лабораторное исследование, определение ЧСС, САД, ДАД, динамометрия, ИФИ.

Объектом исследования. В работе явилось три профессиональных групп, которые подбирались с учетом нервно-психическими, психо-социальных и климатоэкологических нагрузок. Проведена оценка значимости климато-экологических психоэмоциональных, психосоциальных факторов, включая неблагоприятных факторов к труду, формировании функционального состояния руководителей по отношению к работникам среднего звена работникам со следующими исследуемых группами :- 1-ой группы трудовых мигрантов работающих на крупных строительных организациях г. Москвы и Московской области .,2-ой группы работники работающий в Мосметрострой, 3я группа работников, работающих в социальной сфере. Анализ структуры обследуемых позволил заключить, что основной состав обследованных лиц был в возрасте $20,58 \pm 2,74$ лет со стажем работы и боле $\pm 2, 25 0,5,3$, лет. Всего обследовано 124 человека. Результаты исследований обрабатывались с использованием пакета прикладных программ «StatistikaforWindows». Достоверность изменений оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты проведенного гигиенических исследования свидетельствовал о том, что содержание вредных веществ в воздухе рабочей зоны у работников не превышало установленных нормативов.

Оценка шума на рабочих местах показало, что только в группе строители крупных стройках, Мосметрострой и дорожной сети уровень шума превышало нормируемые значения в 1,5-2 раза.

Все производственной операции выполняется непосредственно на рабочем месте. При этом процессе строительной операции включает несколько этапов: приготовление, доставка ресурсов (строй материала, установка опалубки, вязке арматурных каркасов и укладки бетонных смеси).

Роль профессиональной группы работников работающий в крупных строительных организациях при стройках высотных здании достаточно велика, так как ни один несущий элемент здания не осуществляется безучастие ра-

ботников, без наличия арматурных каркасов. При вязке арматурных каркасов используется вязальная проволока диаметром 1,5 мм длиной 150-200 мм и арматурой длиной 10-15 метр. Арматуров связывается вручную крючками.

Работа производится следующим образом: на смонтированную опалубку подаются при помощи башенного крана стержни длиной 12 м и весом одного прута 15 кг. До места укладки пруты арматуры переносятся вручную, где и укладываются в продольном и поперечном направлении. Далее, арматурщик приступает к вязке арматурной сетки. Вязальная проволока затягивается петлей, в месте скрепления проволоки восстанавливается вязальная крючок; превращении узел затягивается до полного закрепления стержней арматуры.

Таким образом: результаты профессиографических исследований показывает, что труд трудовых мигрантов, работающий в крупных строительных организациях с учетом физической нагрузки, характеризуется степенью участия нервно-мышечной системы работника в трудовом процессе, а напряженность труда – степенью участия центральной нервной системы. В связи с чем организм работников работающих в стройках подвергается воздействиями физических перенапряжения, климатозоологическими факторами нервно-эмоциональными и нервно-социальными факторами приводит к снижению адаптационного процесса организма приводящий к развитию различного вида заболевания. Комплекс клинко-физиологических методов, позволяющий оценить состояние основных систем организма, в частности, сердечно-сосудистой, мочеполовой, центральной нервной и нервно-мышечной систем.

Как динамике показывает за смены арматурщиков отмечается снижение динамометрических показателей, особенно отчетливо проявляющееся к концу работы. Так, если в первой половине смены, к обеденному перерыву, выносливость мышц кисти руки к статическому усилию снижалось на 11,2% то к концу смены снижение выносливости было более значительным и достигало 28,5%. Проведенные исследования показали, что за время обеденного перерыва не происходит восстановления изучаемых показателей, что является причиной перенапряжения организма и развития различных заболеваний.

Методика лечения- у трудовых мигрантов при заболеваниях почек и органов мочеполовая система, после установке полного клинического диагноза составляют план лечения по необходимости. Назначают препараты для неотложной помощи и для базисного лечения: Обратное развитие почечной патологии достигается при устранении этиологического фактора, если это возможно. При интоксикациях назначаются экстракорпоральные методы очищения крови, применяются антидоты, отменяются нефротоксические лекарства. При пара неопластическом синдроме проводится комплексное лечение онкопатологии. Однако этиологический подход реализуется у небольшой части пациентов.

Чаще всего в клинической нефрологии применяется патогенетическая и симптоматическая терапия. В остром периоде нефритического синдрома необходим постельный режим. Для уменьшения отеков рекомендовано сократить употребление поваренной соли и контролировать объем выпиваемой жидкости, количество белка в рационе не должно превышать 0,75-1 г/кг веса. Схема фармакотерапии включает в себя: **Антибиотики**. Противомикробные препараты назначаются при доказанной стрептококковой этиологии заболевания и наличии микроорганизмов в крови. При почечном туберкулезе показана длительная специфическая химиотерапия.

Глюкокортикоиды. Гормоны подавляют иммунное воспаление, они признаны препаратами выбора при гломерулярных поражениях. При их недостаточной эффективности применяются цитостатики и другие виды иммуносупрессоров.

Кроворазжижающие препараты. Для улучшения реологических свойств крови и профилактики тромбозов назначается комбинация прямых антикоагулянтов и антиагрегантов. Прием лекарств проводится под контролем показателей коагулограммы.

Нефропротекторы. Хороший эффект оказывают гипотензивные препараты, которые воздействуют на РААС и сосудистый тонус. При нефритическом синдроме назначаются ингибиторы АПФ и их более современные аналоги – блокаторы рецепторов ангиотензина II. Реже используются антагонисты кальция. **Метилпреднизолон** 0,6-0,8мг/кг/сут или преднизолон 0,5-1мг/кг/сут (максимальные суточные дозы 64 и 80мг, соответственно) в течение 6-8 недель (предпочтительнее длительное назначение до 12-16 недель) в виде однократного приема в утреннее время, после приема завтрака (Уровень 1В). По достижению полной или частичной ремиссии – снижение дозы преднизолона на 5 мг каждые 3-4 дня до достижения дозы преднизолона 20-30мг/сут. Последующие 2-3 месяца прием преднизолона в альтернирующем режиме, т.е. через день с постепенным снижением дозы по 5мг каждые 1-2 недели, до достижения 10мг (Уровень 2В). Последующее снижение дозы по 2,5мг каждые 1-2 недели и отмен. При частых (3 и более в течение 1 года) рецидивах или стероид-зависимой (рецидив на фоне приема стероидов) форме используется комбинированная терапия: низкие дозы преднизолона 0,15-0,20мг/кг/сут + один из следующих групп препарат: алкилирующие агенты (циклофосфамид), антиметаболиты (микофеноловая кислота, мофетила микофенолат), ингибиторы кальцинейрина (циклоспорин-А или Такролимус) Циклофосфамид 2мг/кг/сут, внутрь в течение 8-12 нед, под контролем числа лейкоцитов (не менее $3 \times 10^9/\text{л}$) + профилактика геморрагического цистита (месна) №10, 11.

Выводы: 1. Результаты проведенных исследований показывает, что труд строителей (арматурщиков) трудовых мигрантов характеризующиеся значительными статическими усилиями при вязке узлов и нахождением при этом в неудобных рабочих позах стоя или «присев» оказывает неблагоприятное влияние на нервно-мышечную систему работников.

2. Нагрузка на эту систему увеличиваются также за счет глубоких наклонов корпуса. Надо полагать, что утомление, накапливаясь в организме арматурщиков с увеличением стажа работы, соответственно приводит к кумуляции, процессов, что и может явиться причиной снижения резервов организма и последующие снижению адаптационного механизма организма соответственно приводит к различного рода заболевания ОДА, ССС и мочеполовая система.

3. Проведенные исследования показывает, что у трудовых мигрантов отмечается гломерулонефриты, простатиты и циститы при раннее обращения и предпринятой, проводимую мер профилактики приводит к снижению уровни заболеваемости у трудовых мигрантов и трудовой долголетия.

Список литературы:

1. Мойкин Ю.В., Николов А.И., Тхоревский В.И. и др. *Психофизиологические основы профилактики перенапряжения, АМН СССР*. М.: «Медицина»; 1987.
2. Ходжиев М., Измеров Н.Ф., Бухтияров И. В. Результаты оценки физиологической адаптации и риски нарушений здоровья у трудовых мигрантов из Таджикистана // *Анализ риска здоровью*. 2017; 3: 48-60.
3. Юшкова О.И., Бухтияров И.В., Матюхин В.В. и др. Методическое обоснование оценки функционального напряжения организма при умственном труде // *Вестник ТвГУ. Серия «Биология и экология»*. 2014; 3:15-26
4. Ходжиев М.А., Мишустина В.П. Здоровый образ жизни. // *Авиценна*, Душанбе. 2017;3: 12-13.
5. Нефритический синдром у детей: морфологические варианты и лечение/ А.Е. Наушабаева, Б.А. Абеуова, Г.Н. Чингаева// *Педиатрическая нефрология*. – 2012. – №2.

Худоерзода К.Х., Хакимов Ё.В., Абдуллоева С.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И НЕЙРОКОВИД У ПОЖИЛЫХ И БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. В декабре 2019г. новый коронавирус обозначенный как «коронавирус тяжёлого острого респираторного синдрома- 2» был идентифицирован как причина заболевания, получившего название COVID-19. Вирус был быстро распространён по всему миру, и ВОЗ объявило его пандемией 11 марта 2020 г. SARS-CoV-2 преимущественно поражает дыхательную систему человека и вызывает лихорадку, боль в горле, кашель, одышку и неврологические нарушения. По данным ряда авторов распространённость неврологических проявлений при COVID-19, широко варьирует в разных исследованиях от 7%до и более 84%. Неврологические признаки и симптомы, связанные с инфекцией SARS-CoV-2, такие как спутанность сознания, головная боль, гипогевзия/авгезия, гипосомия /аносмия, головокружение, вызваны прямым проникновением вируса в центральную нервную систему (ЦНС), (1).

Одним из наиболее важных демографических процессов в течение последних десятилетий остается старение населения. В связи с увеличением продолжительности жизни и цивилизационными сдвигами, произошедшими, в последнее десятилетие, распространённость и социальная значимость когнитивных нарушений в последнее время неуклонно растет. Представители старших возрастных групп составляют существенную часть пациентов в стационарах различного профиля (3). Особенностью этих больных являются не только множественная сопутствующая патология, но и возрастные изменения периферических тканей. С возрастом когнитивные функции ослабевают, что связано с инвалютными изменениями в головном мозге. Формально являясь физиологическими, эти изменения могут существенно отягощать состояние больного. Нарушение нейроккогнитивных функций - одно из основных проявлений поражения головного мозга, особенно часто развивавшейся в пожилом возрасте. У значительной части пожилых со временем развивается тяжёлый когнитивный дефицит, результате которого больной, как писал швейцарский психиатр Э.Блеер, перестает справляться с жизнью; он утрачивает трудоспособность, а затем и бытовую независимость. Это состояние обозначается термином «деменция». Хотя, риск деменции экспоненциально увеличивается. Это состояние не является переменным атрибутом старения и не связано лишь с возрастными изменениями в головном мозге. В основе деменции так же всегда лежат патологические процессы (дегенеративный, сосудистый, метаболический и т.д), приводящие к органическому заболеванию мозга. По мнению N.Dunn и соавт., хроническое воспаление играет определенную роль в этиологии деменции. Так как системная инфекция может спровоцировать усиленный синтез медиаторов воспаления в головном мозге, способствуя возникновению деменции. N.Dunn и соавт., обследовали пациентов с деменцией и пациентов контрольной группы без деменции. Подсчитывали инфекционные эпизоды за некоторое время предшествующее постановке диагноза. У пациентов с инфекциями был повышен риск развития деменции.

Пожилые люди подвержены высокому риску развития тяжёлых форм COVID-19 из-за факторов, связанных со старением всех систем организма, и более высокой распространенности сопутствующих заболеваний, а следовательно, они более уязвимы для возможных тяжёлых психоневрологических и когнитивных нарушений (2).

Одной из особенностей современной клиники внутренних болезней и кардиологии является полиморбидность. Неслучайный характер связи заболеваний может быть обусловлен общими причинами, факторами риска и патофизиологическими механизмами. Взаимодействие нозологий, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет течение заболевания, тяжесть и характер осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс. И это состояние частое проявление среди пациентов пожилого возраста с АГ после перенесения COVID-19 (4,5).

Цель исследования. Изучить влияние препаратов СИОЗС на аффективные расстройства у больных пожилого возраста с перенесенной коронавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. Обследовано 90 больных с артериальной гипертензией пожилого возраста с перенесенной коронавирусной пневмонией в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст $72,5 \pm 1,8$), находившихся в Городском медицинском центре, г. Душанбе. Из них женщин было 54, мужчин - 36. Критериями отбора являлись наличие двухсторонней полисегментарной пневмонии, подтвержденной методом компьютерной томографии, а также положительного теста на COVID-19 и наличие психических расстройств. После проведения общеклинического обследования 90 больных случайным образом были рандомизированы на основную и контрольную группы. В выделенных группах было равное количество больных, также не было отмечено существенных различий по возрасту, длительности и степени тяжести полисегментарной пневмонии.

Анализ на COVID-19 у больных, госпитализированных с пневмонией, подтверждали с помощью ПЦР и КТ грудной клетки. Для выявления выраженности депрессивных расстройств были использованы: шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI). Психологический статус и показатели дополнительных методов изучали дважды, до и после 3

недельного курса лечения препаратами.

Больные основной группы, кроме противовирусной терапии, получали антидепрессант флуоксетин 20 мг в день, при необходимости дозу увеличивали до 40 мг.

Результаты исследования и их обсуждение. При включении в исследование исходные цифры АД в группах существенно не отличались. САД в основной группе больных составил $168,2 \pm 3,2$ мм.рт.ст., ДАД – $92,2 \pm 3,2$ мм.рт.ст. В контрольной группе – САД $167,2 \pm 3,2$ и ДАД – $92,2 \pm 2,0$ мм.рт.ст. При индивидуальном анализе полученных результатов, количество пациентов, у которых к концу курса лечения достигнуты целевые уровни за различные отрезки времени суток существенно отличались. Так, в основной группе они достигнуты от 72,5% до 87,5% больных. Тогда как, в контрольной число пациентов такой категории было значительно меньшим, и колебалось в пределах от 27% до 67,5% (таблица 1)

Таблица 3.6 Количество больных достигших целевых уровней АД к концу курса лечения

Показатель	Основная группа n=40	Контрольная группа n=40
САД день	80% (32 n)	32% (9 n)
САД ночь	72,5% (29 n)	45%(14 n)
САД суточн.	87,4% (33 n)	47,5%(15 n)
ДАД день	87,5% (35 n)	67,5% (23 n)
ДАД ночь	75% (30 n)	35% (10 n)
ДАД суточн.	87,5% (35 n)	27,5% (15 n)

В основной группе исходно высокий суммарный балл личностной тревоги по шкале STAI составлявший $63,1 \pm 0,9$ существенно снизился на 48,2% (до $32,7 \pm 0,5$). Уровень реактивной тревоги также на фоне лечения понизился значительно с $64,2 \pm 0,8$ до $32,0 \pm 0,5$ (на 50,2%) что, соответствовала умеренной степени тревожности. При этом динамика данных показателей результатов анкетирования к концу курса лечения по сравнению с исходными были статистически значимыми. Динамика со стороны сопутствующей тревожной симптоматики также была менее выраженной, чем в основной группе больных. Так, личностная тревога с $62,4 \pm 0,8$ баллов уменьшилась до $44,8 \pm 0,6$ (на 28,2%), реактивная тревога с $63,2 \pm 0,6$ до $44,5 \pm 0,4$ (на 29,6%). Следует отметить, также статистическую значимость полученных результатов. При индивидуальном анализе после курса лечения у 18 больных сохранялись признаки высокой личностной и у 12 реактивной тревожности. По результатам тестирования у остальных пациентов сумма баллов соответствовала умеренной степени тревожности. Снижение сопутствующей тревоги низкой степени (<30 баллов) не отмечено ни в одном случае.

Выводы. Полученные нами результаты не противоречат с данным других исследований по изучению гемодинамических показателей на фоне лечения антидепрессантами у пациентов АГ в постковидном периоде. Комбинированная терапия анти гипертензивных препаратов и СИОЗС является целесообразным. Подобное сочетание препаратов хорошо переносится и является безопасным. Лечение им значительно улучшает постковидное состояние пожилых, способствует положительным сдвигам со стороны показателей кардиогемодинамики данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Вишнева Е.М., Неврологические аспекты COVID- 19 и его влияние на формирование деменции у пожилых людей //Современная наука: актуальные проблемы теории и практики 2021 №5.с.140-149.
- 2.Литвиненко И.В., Инфекционная гипотеза нейродегенеративных заболеваний. Что можно ждать нас после пандемии COVID- 19/Литвиненко и др//Российский неврологический журнал 2022г.3 с.64-73
- 3.Bertuccelli cognitive impairment in people with previous COVID- 19 infection A scoping review/Bertuccelli et ell //Cortes 2022 vol 154/P 212-230
- 4.Некоторые клинические и фармакологические аспекты лечения депрессии в кардиологической медицинской практике / К. Горячкина [и др.] // Фар индекс-Практика.- 2005.- № 9.- С.30-35.
5. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. - 2005. - №8. - С. 38-44.

Хурсанов К.А., Исмоилов А.Б., Цой В.Н.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

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

Актуальность.

Ветряная оспа является острым вирусным заболеванием преимущественно детского возраста, однако, учитывая широкое распространение и высокую контагиозность, оно нередко встречается и у взрослого населения. Несмотря на низкий уровень заболеваемости ветряной оспой среди взрослых, риск возникновения у них тяжелых осложнений и даже летальных исходов в 10-20 раз выше, чем у детей. Наибольший риск неблагоприятного течения ветряная оспа имеет у лиц с иммунодефицитным состоянием любого генеза, затрагивающим клеточное звено иммунитета. Это характерно, прежде всего, для пациентов с ВИЧ-инфекцией и больных с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, бронхиальная астма, острый лейкоз, системные заболевания соединительной ткани). Также ветряная оспа иногда встречается во время беременности у женщин, что способствует возникновению осложнений течения беременности [1-5].

Цель исследования. Изучить клиническое течение ветряной оспы на современном этапе.

Материал и методы исследования.

Был проведен ретроспективный анализ 25 историй болезней пациентов, находящихся на стационарном лечении с диагнозом: «Ветряная оспа» за период январь-август 2023 года. Диагноз ветряная оспа был подтвержден клинико-эпидемиологическими данными, учитывалось начало болезни, характерная сыпь и ее локализация.

Большинство пациентов составляли мужчины - 15 человек (60 %), женщин среди больных было 10 (40%). Из общего числа обследуемых 6 (24%) больных составляли дети, 7 больных (28%) – в возрасте от 18 до 20 лет, 6 больных (24 %) – в возрасте от 21 до 30 лет, 3 больных (12%) – в возрасте от 31 до 40 лет, и 1(4%) пациент был в возрасте 54 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Жителями города являлись 20(80%) исследуемых больных, 5(20%) были сельские жители. 4(16%) больных являлись школьниками, 1(4%) посещал дошкольное детское учреждение, студентами были 6(24%) исследуемых, 6(24%) являлись домохозяйками, 2(8%) временно не работающими, 6(24%) больных являлись разнорабочими. По данным эпидемиологического анамнеза 10(40%) исследуемых подтвердили прямой контакт с больным ветряной оспой, 15(60%) пациентов контакт отрицали.

Основными жалобами при поступлении в стационар были: слабость, вялость, головная боль, повышение температуры тела, снижение аппетита, высыпания на коже, зуд в местах высыпаний. Катаральные проявления болезни проявлялись у 6(24%) больных (из них 3(12%) являлись детьми). Субфебрильная температура при госпитализации отмечалась у 15(60%) больных (из них 5(20%) составляли дети), у 10(40%) (из них 1(4%) ребенок) пациентов температура тела составляла 38,5-39°C. Госпитализация больных осуществлялась в период высыпаний на 1–3-й день болезни в 68 % (17 больных) случаев. Однако отмечена госпитализация и в более поздние сроки болезни – на 4–6-й день в 32 % (8 больных) случаев. Лихорадочный период у 4(16%) больных длился 2 дня, у 9(36%) (из них 6 (24%) были дети) пациентов 3 дня, у 9(36%) исследуемых – 4 дня, у 3(12%) больных – 5 дней. Температура тела нормализовалась с окончанием периода подсыпаний. По тяжести течения болезни – средне-тяжелое течение было у 20(80%) исследуемых, у 5(20%) взрослых отмечалось тяжелое течение. Тяжелое течение болезни характеризовалось высокой температурой с первых дней болезни, сильной интоксикацией, в виде головной болью, головокружения, тошноты, повторной рвоты, нарушением сна, выраженной слабостью, отсутствием аппетита, а также чрезвычайно обильной сыпью, как правило, с быстрой пустулизацией.

Период высыпаний у всех исследуемых начинался с появления нескольких папулезных элементов сыпи, которые локализовались на волосистой части головы у 16% больных, в заушных областях у 24% или одновременно на волосистой части головы и в заушных областях у 60% исследуемых пациентов. В последующие 1–4 суток сыпь начала распространяться на лицо, шею, туловище, верхние и нижние конечности. В течение нескольких часов сыпь приобретала характер везикул с прозрачным содержимым. У 4(16%) взрослых пациентов также высыпания были на слизистой оболочке полости рта. У 3(12%) больных отмечалось увеличение региональных лимфатических узлов.

Из лабораторных методов исследования, в общем анализе крови только у 6(24%) больных было отмечено увеличение лейкоцитов до $12 \times 10^9 - 14 \times 10^9$, небольшое ускорение СОЭ до 25 мм/ч.

Для лечения ветряной оспы применялись такие препараты, как ацикловир, кальций глюконат, антигистаминные препараты, высыпания обрабатывались раствором анилиновых красителей.

Осложнения у исследуемых больных с ветряной оспой не были зафиксированы. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

Таким образом, по данным ГКИБ г. Душанбе чаще были госпитализированы взрослые больные, преимущественно мужчины. Клиническая картина ветряной оспы была типичной и представлена сочетанием интоксикационного, экзантемного, а также в 24% случаях в сочетании с катаральным синдромом. В большинстве случаев отмечалось среднетяжелое течение заболевания и отсутствие осложнений.

Список литературы.

1. Зрячкин, Н.И. Осложнения ветряной оспы (обзор литературы) / Н. И. Зрячкин, Т. Н. Бучкова, Г. И. Чеботарева //Журнал инфектологии. – 2017. – Т. 9. – №. 3. – С. 117-128.
2. Клинические особенности течения ветряной оспы у взрослых в современных климатических условиях/ Г. М. Одилова [и др.] //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 28 (77). – С. 70-78.
3. Кокорева, С.П. Клиника и течение ветряной оспы в современных условиях /С.П. Кокорева, Л.М. Илунина, Н.В. Казарцева// Лечение и профилактика. – 2016. – №. 4. – С. 13-20.
4. Ситник, Т.Н. Ветряная оспа: " повзрослевшая" инфекция / Т. Н. Ситник, Л. В. Штейнке, Н. В. Габбасова //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2018. – Т. 17. – №. 5 (102). – С. 54-59.
5. Ярмухаммедова, Н. Особенности течения ветряной оспы у взрослых /Н. Ярмухаммедова, Г. Узакова, Н. Раббимова// Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 1 (93). – С. 155-157.

Цой В.Н., Рахманов Э.Р., Ёрова С.К.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

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

Актуальность.

Согласно оценкам ЮНЭЙДС, в Таджикистане насчитывается 13 000 людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), эпидемия заболевания сконцентрирована среди ключевых групп населения и их половых партнеров. В стране прогнозируется около 1000 новых случаев инфекции ежегодно и отсутствие снижения. Кроме того, стабильно высоким остается уровень поздней диагностики, т.к. 52% новых диагнозов ВИЧ составляют поздние обращения. При поздней диагностике ВИЧ-инфекции возрастает риск развития оппортунистических инфекций и неблагоприятного исхода болезни.

Согласно современным данным поражения нервной системы являются частой причиной серьезной заболеваемости среди больных с ВИЧ-инфекцией. К факторам, приводящим к поражению нервной системы у больных, относят: первичное непосредственное действие ВИЧ; аутоиммунные процессы; оппортунистические и вторичные заболевания; опухоли; психогенные и другие факторы. Из них наибольшую группу пока представляют оппортунистические инфекции. Поражение ЦНС поначалу у ВИЧ-инфицированных может проявляться отдельными нарушениями координации движений, но состояние быстро ухудшается до тяжелой инвалидности. У некоторых больных развиваются эпилептические припадки. Выпадение чувствительности, лихорадка и головная боль встречаются редко и более характерны для церебрального токсоплазмоза. В структуре вторичных инфекций, поражающих центральную нервную систему (ЦНС), первое место отводится цитомегаловирусной инфекции, второе — туберкулезу, третье — токсоплазмозу. Пациенты с ВИЧ-инфекцией и вторичными заболеваниями ЦНС являются наиболее тяжелыми и диагностически сложными, для них характерна высокая летальность и высокий процент инвалидизации [1-5].

Цель исследования. Изучить особенности диагностики менингоэнцефалитов у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования.

Были изучены 11 историй болезней пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГКБ г. Душанбе за период с января 2022 года по июнь 2023 года с диагнозом: ВИЧ-инфекция. Менингоэнцефалит неясного генеза. Диагноз ВИЧ-инфекции во всех случаях был поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и лабораторных методов исследования (экспресс тестирование на ВИЧ и ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенного анализа было установлено, что мужчин было - 7 (63,6%), женщин - 4 (36,4%). Жителями города являлись 3(27,3%) исследуемых, сельскими 8(72,7%) пациентов. Пациенты в возрасте от 31 года до 40 лет составляли 72,6%, в возрасте от 41 до 50 лет - 27,3%, в единичном случае больной (9,1%) был в возрасте 55 лет.

В момент осмотра при госпитализации у всех больных отмечалось спутанность сознания, повышение температуры тела, положительные симптомы ригидности затылочных мышц, Кернинга, Брудзинского. Со слов родственников было установлено, что до госпитализации продолжительность болезни у 5(45,4%) больных составляла до 1 месяца, у 1(9,1%) больного - 2 месяца, у 2(18,2%) пациентов - 3 месяца, до 5 месяцев у 3(27,3%) больных.

Для постановки диагноза ВИЧ-инфекции использовалась клиническая классификация ВОЗ. Согласно данной классификации всем больным была диагностирована 4 стадия ВИЧ-инфекции. У 6(54,5%) исследуемых был синдром ВИЧ кахексии, продолжительная диарея неясного генеза у 2(18,2%), продолжительная лихорадка неясного генеза у 6(54,5%), снижение массы тела более 10% у 7(63,6%) больных, кандидоз полости рта у 4(36,4%), анемия у 6(54,5%) пациентов, пневмония с плевритом у 1 (9,1%), хронический гепатит С у 2(18,2%), хронический гепатит В у 1(9,1%), цирроз печени у 1(9,1%), а также всем больным был поставлен диагноз менингоэнцефалит неясного генеза.

При оценке клеточного иммунитета у 3 (27,3%) больных уровень CD4 лимфоцитов был ниже 20 клеток (8, 14, 15 клеток CD4 лимфоцитов), в единичных случаях (9,1%) уровень CD4 клеток составлял 108 клеток и 277 клеток соответственно, у 5(45,4%) пациентов количество CD4 составляло более 300 клеток (341, 369, 376, 388, 394 клеток). Уровень вирусной нагрузки находился на уровне от 11800 копий до 1925731 копий в 1 мл/крови.

Для оценки неврологических нарушений все больные были обследованы врачом неврологом. При осмотре были выявлены такие патологические состояния, как псевдобульбарный синдром (1), астеновегетативный синдром (4), положительный рефлекс Бабинского (2), невралгия лицевого нерва (2), дисциркуляторно-вестибулярные нарушения (2). Люмбальная пункция и исследование ликвора было проведено 6(54,5%) пациентам, 3(27,3%) больным пункция не была проведена по причине очень тяжелого состояния, отказ родственников от проведения пункции был зафиксирован у 2(18,2%) больных. По данным ликворологического исследования было отмечено нормальный уровень белка, сахара, реакцию Панди (+), при микроскопическом исследовании увеличение количества лимфоцитов до 12- 60 в 1 мкл ликвора.

Всем больным было проведено обследование на туберкулезную инфекцию, исследование крови методом ИФА на вирусные инфекции, такие как герпес, ЦМВ, ВЭБ и токсоплазмоз. Однако у больных отмечалось только положительные IgG к данным заболеваниям, что не подтверждает этиологию диагностированных менингоэнцефалитов. К сожалению, не было возможности исследовать ликвор на криптококковый антиген, в силу его недоступности.

Так как этиология менингоэнцефалитов не была установлена, специфическое лечение менингоэнцефалитов не проводилось. Антиретровирусную терапию получали 6(54,5%) исследуемых больных. Лечение других оппортунистических инфекций проводилось согласно национальному протоколу лечения ВИЧ-инфекции. Врачом неврологом была назначена терапия включающая в себя антиоксидантные, антигипоксантные, ноотропные средства.

В крайне тяжелом (терминальном) состоянии были выписаны 8(72,7%) больных по настоянию родственников, 3(27,3%) больных в удовлетворительном состоянии были выписаны для дальнейшего лечения по месту проживания.

Выводы.

1. Больные ВИЧ-инфекцией с симптомами поражения ЦНС наиболее тяжелые и сложные пациенты в диагностическом и прогностическом плане, так как имеют высокую летальность.
2. Мало информативность проводимых диагностических исследований не позволило уточнить причину менингоэнцефалитов, что сделало невозможным назначение специфического лечения.

Список литературы

1. Аитов, К.А. Анализ смертности у больных ВИЧ-инфекцией в терминальной стадии заболевания / К. А. Аитов, Н. Л. Шарифулина, С. В. Макарова //Medicus. – 2016. – Т. 3. – №. 9. – С. 53-55.
2. Клиникопатогенетические особенности криптококкового менингоэнцефалита у больных ВИЧ-инфекцией / О. Е. Волкова [и др.]// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – №. 4. – С. 25-29.
3. Оппортунистические заболевания как причины поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией / А. С. Шеломов [и др.] //Журнал инфектологии. – 2016. – Т. 8. – №. 3. – С. 107-115.

4. Сложный диагностический случай менингоэнцефалита у пациента С ВИЧ-инфекцией / Н. В. Шевченко [и др.] // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. – 2020. – №. 1. – С. 21-33.
5. Шмерига, Г.С. Туберкулезный менингоэнцефалит у больных ВИЧ-инфекцией: диагностика и особенности течения / Г. С. Шмерига, М. В. Сеницын // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2016. – №. 3. – С. 67-68.

Шамсов А.Т., Уроков К.З., Ходжиева Г.Б.

УСУЛИ НАВ ДАР ТАБОБАТӢ ХУНРАВИИ БИНӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ КАМХУНИИ АПЛАСТИКӢ

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ“ДДТТба номи Абуалӣ ибни Сино”

Мухиммият. Имрӯзо дар гематология боз доштани хунравии интишорёфтаи такрорёбандаи аз бинӣ (ХБ) яке аз мушкилоти асосӣ боқӣ мемонад, ки боиси инкишоф ёфтани камхунӣ баъдихунрезӣ, синдроми ДВС ва гоҳо оқибатҳои марговар мегардад [3,4].

Зимни 90-95%-и ҳодисаҳои мавзеи Кисселбах манбаи хунравӣ ба шумор меравад ва дар 5-10%-и ҳодисаҳо аз қисмати миёна ё ақиб ковокии бинӣ бо ихтилолотӣ бутунӣ девораи шарёи болу ком алоқамандӣ дорад [1,2]. Луобпардаи ин мавзеъ тунук буда, бо тағояки тавораи бинӣ алоқамандӣ дорад. Дар рағҳои ин қитъа мушакпарда пурра инкишоф наёфтааст, ки дар навбати худ ба гемостазии суръатнок эҳтиёҷ дорад. Гоҳо бо сабаби сари вақт нарасонидани ёри ва дар натиҷаи дертар мурочиат кардани беморон хунравии бинӣ тақрор меёбад ва дар оянда сабаби камхунӣ мегардад.

Барои боз доштани ХБ муолиҷаи маҷмуии доруӣ ва ҷарроҳӣ ба кор бурда мешавад. Дорудармонӣ аз препаратҳои иборат мебошад, ки таъсири гемостазӣ (кислота аминакапронӣ, дитсинон) доранд, препаратҳои хун (тромбоконсентрат, плазмаи ба тозагӣ яхкунонидашуда, ғилзати эритроцитарӣ, криопретсипитат ва ғ.), препаратҳои калсий ва оҳан, витаминҳо (аскорутин ва викасол)-ро дар бар мегирад. Ғайр аз усули асосӣ, инчунин таъсири механикӣ манбаи хунравӣ ва фатилгузории ковокии бинӣ усули асосӣ боз доштани ХН ба шумор меравад. Бо фатилаи докагӣ муддати солҳои зиёд фатилгузорӣ намудан яке аз усулҳои асосӣ боз доштани ХБ махсуб меёбад. Фишори механикӣ саҳти рағи хунрав аз як тараф ва аз ҷониби дигар хуни рехтарочаббидани фатила таъсири хунбанди фатила ба ҳисоб рафта, барои ба кор даровардани раванди тромбосилшавӣ дар рағи ковокии бинӣ мусоидат мекунад. Дуруст иҷро намудани фатилгузории пеш метавонад аксари хунравихоро аз қисмати пеши бинӣ боз дорад [1, 5].

Дард ҳангоми ворид кардани фатила ва гирифтани турунда, ғаёлашавии фибринолизи мавзӣ, часпидан ба луобпардаи бинӣ бо баъдан осебнок шудани луобпарда ҳангоми гирифтани турунда, муҳтавои ҷароҳатро чаббидани турунда камбудии фатилаи докагӣ ба шумор меравад, ки барои инкишофи микроорганизмҳои шароити мусоид фароҳам меорад.

Илова бар ин, дар ковокии бинӣ будубоши фатилаи докагӣ бо пайдо шудани тағйиротҳои илтиҳобии луобпарда ҳамбаста буда, нишонаҳои захролудшавиро ҳамроҳ дорад [1]. Ҳангоми амалиномаи фатилгузории бинӣ мавҷудияти робитаҳои васеи рефлектории биниро бо тамоми узвҳо дар назар бояд дошт. Таҳқиқотҳои бешумор дар худтанзимкунии маркази нафас, ташаккулёбии реаксияи мутобиқшавандагӣ ва таллоюфии организм иштироки рефлексҳоро бо роҳҳои болоии нафас исбот кардаанд. Аз ин рӯ ҷустуҷӯи усулҳои нави самаранокӣ фатилгузории қисми пеши бинӣ муваффақият меёбад.

Мақсади таҳқиқот. Муайянкардани натиҷабахшии кислотатаи транексамӣ ҳангоми ХБ дар беморони мубтало ба камхунӣ аплазӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Дар гурӯҳи аввал таҳқиқи ретроспективӣ 28 таърихи бемории маризоноро ба амал овардем, ки аз камхунӣ аплазӣ (КА) ранҷ мебуданду тайи солҳои 2017-2018 таҳти назорати шӯъбаи гематологияи МД ММТ “Шифобахш” қарор доштанд. Беморӣ дар мавриди маризон таърихи аз 1 моҳ то 2-соларо дошт. Синни беморон аз 1 то 68 солро ташкил менамуд. Аз ин миён 17 нафар аз 15 то 30-сола ва аз 30-сола боло бошад, 17 нафарро ташкил медод. Мардҳо 15 нафар ва 13 нафари боқимонда занҳо буданд. Синни миёна 30 солро ташкил менамуд. Зимни гурӯҳи дуюм дар таҳқиқи проспективӣ 16 бемори гирифтор ба КА, ки бори аввал ташхис шудаанду синнашон 16-67 сола аст, шомил карда шуд. Гурӯҳи мазкур низ дар клиникаи номбурда аз соли 2019 то 2022 таҳти назорат буданд. Аз ин теъдод 9 мариз аз 15 то 30-сола ва 7 нафар аз 30-сола боло буданд. Мардҳои 8 нафар ва 8 нафари боқимондари занҳо ташкил медоданд. Синни миёна 36 солро ташкил менамуд.

Ташхиси КА ба асоси шикоятҳо, анамнези беморӣ, маълумотҳои таҳқиқоти лабораторӣ (таҳлили умумии хун бо ҳисоб кардани тромбоситу ретикулоситҳо), таҳлили биохимиявии хун (намунаи ҷигар, коагулограмма, намунаи Кумбса, D-димер ва ғ.), рентгенография ва томографияи компютерӣ (ТК) узвҳои қафаси синву ковокии шикам, миелограмма ва трепанобиопсияи боли устухони тилғоҳ гузошта шуд.

Дар гурӯҳи аввал 7 бемор преднизолон, 9 нафар иммуноглобулини дохиливаридӣ (ИГДВ), сандиммун ва 19 бемор муолиҷаи симптоматикӣ гемотрансфузиони ёрирасон қабул карданд. Хунравӣ аз бинӣ ба воситаи фатилгузории тавораи бинӣ ё муолиҷаи анағнавӣ гемостазӣ боз дошта шуд. Зимни гурӯҳи дуюм тамоми 16 бемор муолиҷаи хати аввал ва 5 бемор муолиҷаи хати 2-юмро қабул карданд. Барои пешгирӣ ва бартараф намудани хунравии интишорёфтаи бинӣ ба таври иловагӣ дар як шабонарӯз 1500 мг дар шакли катрагии дохиливаридӣ дар маҳлули изотонии 0,9 %-и хлориди натрий препаратҳои гемостазии кислотаи транексамӣ таъйин карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Дорудармонӣ анъанавӣ дар гурӯҳи аввал натавонист пурра хунравӣ аз биниро боз дорад. Фатилгузории ковокии бинӣ муваққатан хунравии биниро боздошт. Ҳангоми гирифтани фатила сатҳи хунравии бинӣ дар мавриди 16 бемор кам ва дар 2 нафар ба минимум расида буд. Ҳангоми 24 нафари боқимонда баъди гирифтани турунда дар натиҷаи часпидани фатилаи докагӣ ба луобпардаи бинӣ ва осеб دیدани он хунравии интишорёфтаи бинӣ дубора барқарор шуд. Зимни гурӯҳи дуюм бо сабаби истифодаи кислотаи транексамӣ дар тамоми

беморон манъ шудани ХБ мушохида гардид.

Хулоса. Кислотаи транексамӣ воситаи самаранок барои муолиҷаи беморони гирифтор ба ХБ такрорёбанда дар мавриди беморони гирифтор ба КА. Истифодаи кислотаи транексамӣ ҳатари таҷдиди ХБ ва зарурати фатилгузории ковокии бинӣ, зарурати муолиҷаи гемотранфузиони роҳи меҳнаҳад.

Рӯйхати адабиёт

1. Актуальность лечения апластической анемии / М. Салиева[и др.]// Re-Health Journal. – 2020. – № 2-3(6). – С. 23-29. –
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению апластической анемии (редакция 2019 г.) / Е. А. Михайлова[и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2020. – Т. 65, № 2. – С. 208-226.
3. Открытое многоцентровое исследование деферазирокса в лечении посттрансфузионной перегрузки железом у пациентов с миелодиспластическими синдромами, талассемией и другими формами анемий / В. Г. Савченко[и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2015. – Т. 60, № 4. – С. 7-14.
4. Ретроспективный анализ эпидемиологических показателей носовых кровотечений в многопрофильных стационарах / А. И. Крюков [и др.] // HeadandNeck/Голова и шея. Российское издание. Журнал Общероссийской общественной организации Федерация специалистов по лечению заболеваний головы и шеи. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 17-26.
5. Rustamova, N. H. Indicators of blood ferritin level in patients with aplastic anemia / N. H. Rustamova, Sh. D. Bobojonova // Вестник науки и образования. – 2021. – No. 4-1(107). – Р. 77-80.

Шамсов А.Т., Уроков К.З., Ганиева Г.Б.

ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАИ ИНГИБАТОРИ ТИРОЗИНКИНАЗИ НАСЛИ АВВАЛ (ГЛИВЕК) ДАР МАВРИДИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН ҲАНГОМИ ДАВРИ МУЗМИНИ БЕМОРИ ТИБҚИ МАЪЛУМОТҲОИ ШУЪБАИ ГЕМАТОЛОГИЯИ МД ММТ ҚТ “ШИФОБАХШ”

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳимият. Мувафаккиятҳои назаррас дар муолиҷаи миелолейкози музмин (МЛМ) бо ихтирои препаратҳои ба қулли нави самти патогенези алоқамандӣ дорад, ки сохтани онҳо ба мушкилоти вобаста ба муолиҷаи ин беморӣ диди навро банёд намуд.

Иматиниб мезилат (Глибек) аввалин ингибитори селективии тирозинкиназ буда, пролифератсия ва апоптози ҳақиқатан ҳақиқатан, ки дар Bcr-Abl мусбат аст, инчунин ҳуҷайраҳои ҳавони лейкозиро дар мавриди беморони гирифтор ба миелолейкози музмин бо хромосомӣ филаделфӣ фуру менишонанд [1-3]. Механизми дақиқан раванашудаи препарат фаъолнокии баланди зиддиомосӣ, захрогинии пасти муолиҷа ва сифати хуби умри беморонро таъмин менамояд [4]. Имконияти натиҷабахшии табобати беморони мубтало ба миелолейкози музмин дар даври музмин баъди истифодаи бебарори муолиҷаи анъанавӣ (гидроксимочевин, бусулфан, α -интерферон), инчунин дар марҳалаи авҷгирифтаи беморӣ исбот шудааст [5].

Бо вуҷуди дастовардҳо дар муолиҷаи МЛМ як зумра мушкилоти вобаста ба истифодаи иматиниб ханӯз ҳам ҳалли ҳудро наёфтааст. Бемории миелолифферативии клоналӣ бо авҷгирии устуворона ва муқовиматпазирии болораванда ба муолиҷаи амалишаванда тавсиф меёбад. Дар ҷараёни беморӣ марҳалаи ҳушсифати моноклонӣ (музмин) ва поликлинӣ ниҳони трансформатсияи бластиро ҷудо мекунанд. Марҳалаи ибтидоии даври ниҳониро даври акселератсия менамояд. Муолиҷаи МЛМ тӯли даҳсолаи охир ҳадди ақал ду маротиба ба тағйиротҳои қатъӣ рӯбарӯ гардид. Солҳои 90-уми қарни XX ба ивази муолиҷаи тавассути миелосан ва гидроксимочевин, ки аз 1 то 5 % зиндамонино таъмин менамуд [1], табобат ба воситаи α -интерферон (IFN- α) ба миён омад. Препарати мазкур бори аввал ҳосил намудани ҷавоби ситогенетикӣ имконпазир гардонид. Дар авохирӣ солҳои 90-и қарни гузашта IFN- α ҳам дар яқоягӣ бо ситозин-арабинозид (Ara-C) ва ҳам бе он стандарти умумиқабулшудаи муолиҷаи гардид [2,3], вале на зиёда аз нисфи табобатшудгон зинда монданд [1]. Аввалҳои садаи XXI дар амалии клиникӣ препарати насли нав - глибек (imatinib mesylate, STI 571, «Novartis Pharma AG» Швейтсария) ихтироъ шуд, ки махсусан фаъолнокии сафедаҳои саратонии BCR-ABL-ро инҳисор менамояд, яъне ба сабаби авалии беморӣ таъсир мерасонад [4]. Инҳисори қитъаҳои тирозинкиназ, ки бо АТФ алоқамандӣ дорад сабаби ихтилоли интиқоли сигналҳо ва боздоштани пролифератсия ё индуксияи апоптози экспрессиякунандаи тирозинкинази BCR-ABL мегардад, асоси таъсиррасонии препаратро ташкил медиҳад [4]. Препарат сабаби марғи афзалан ҳуҷайраҳои патологӣ шуда, ба ҳамин восита самаранокӣ баланд ва масмумияти пасти муолиҷаи татбиқшаванда мегардад [5].

Мақсади таҳқиқ. Таҳлили зиндамони беморон дар даври музмини МЛМ вобаста ба усули муолиҷа, инчунин безарарии препарати доруӣ глибек дар мавриди беморони ба муолиҷаи анъанавии ситостатикӣ таҳаммулпазир. Арзёбии клиникӣ ва натиҷаҳои дарозмӯҳлат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ. Аз ҷониби мо дар шӯбаи гематологияи МД ММТ “Шифобахш” таҳқиқи ретроспективӣ таърихи бемории 38 маризи гирифтор ба МЛМ дар даври музмини беморӣ бо лейкози шадиди аввалии миелобластӣ (ЛШМ) дар давраи солҳои 2015-2022 ба амал оварда шуд. Қуҳнагии беморӣ аз 1 моҳ то 1,5 сол ва синни беморон бошад, аз 16 то 77-соларо ташкил медиҳад. Марғҳо 19 нафар ва 21 нафари боқимонда занҳо буданд. Синни миёнаи беморон – 28 солро ташкил медиҳад. Ташхис ба асоси таҳлили умумии хун, миелограмм ва гени химерии BCR-ABL бо усули FISH гузошта шуд.

Дастоварди ҷавоби пурраи (ЧПГ) аз рӯйи меъёрҳои зерин муайян карда шуд: мавҷуд набудани симптоматикаи клиникӣ ва манбаҳои афзоиши экстрамедуллярӣ лейкозӣ, муътадилшавии нишондиҳандаҳои хуни қанорӣ (лейкотситҳо $< 9 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитҳо $> 100 \cdot 10^9/\text{л}$), муътадилшавии андозаи сипурз. Ҷавоби ситогенетикӣ (ЧС) аз рӯйи теъдоди ҳуҷайраҳои мусбати Ph-и мағзи устухон баҳогузорӣ шуд: пурра – 0 %, ҷузъӣ – 1–34 %, кам – 36–65 %, минималӣ – 66–95 %. ЧС қалон ҳамчун ҷамъи математикӣ ҷавобҳои пурра ва ҷузъӣ ҳисоб карда шуд. Ҷавоби пурраи

молекулярӣ-генетикӣ ба набудани транскрипта BCR-ABL, ҷавоби калон бошад, ба то 1 000 маротиба коҳиш ёфтани сатҳ дар муқоиса ба сатҳи экспрессияи BCR-ABL дар оғози муолиҷа мувофиқат намуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Муолиҷа бо гливек аз воияи ибтидоӣ - 400 мг/шабонарӯз сар карда шуд. Динамикаи ҷавоб ба муолиҷа дар асоси муоинаи умумии бемор, маълумотҳои таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявии хун, динамикаи андозаи ҷигару сипурз, таҳлили морфологӣ ва ситогенетики мағзи устухон ва сатҳи экспрессияи гена BCR-ABL баҳогузорӣ карда шуд.

Муолиҷа тавассути иматиниб низ аз воияи ибтидоӣ - 400 мг/шабонарӯз оғоз ёфт. Динамикаи ҷавоб ба муолиҷа дар асоси динамикаи андозаи сипурз, маълумотҳои таҳлилҳои клиникӣ ва биохимиявии хун, таҳлили морфологии мағзи устухон (пас аз се моҳи аввал ва баъдан дар ҳар 6 моҳ) баъди оғози муолиҷа ба воситаи иматиниб арзёбӣ карда шуд. Дастоварди ҷавоби пурраи гематологӣ дар ҳолати риояи меъёрҳои зерин муайян карда шуд: муътадилшавии нишондотҳои ҳуни ноҳиявӣ (дар таҳлили умумии хун лейкоцитҳо на зиёда аз 10×10^9 /л ҳангоми теъдоди мутлақи нейтрофилҳо $> 1,5 \times 10^9$ /л, тромбоцитҳо бошад, на зиёда аз 450×10^9 /л, дар формулаи лейкоцитарӣ мавҷуд набудани бластҳо ва камтар аз 5 % базофилҳо) ва мағзи устухон (бластҳо < 5 %); инчунин муътадилшавии андозаи сипурз тибқи маълумотҳои реаксияи занҷири полимеразӣ (РЗП).

Дар натиҷаи муолиҷа бо гливек ба воияи рӯзе 400 мг ЧПГ-ро дар мавриди 15 бемор ба даст овардан имконпазир гардид. Дар мавриди 8 мариз ЧҚС, дар 3 бемор, ҷавоби ками ситогенезӣ ва зимни 4 бемор бошад, ҷавоби минималӣ ҳосил гардид. Бо сабаби масмумияти инкишофёбандаи гематологӣ воияи иматиниб аз ҳисоби муваққатан иваз намудан коҳиш ёфт. Бо дарназардошти инкишоф ёфтани масмумияти вазнини ғайригематологӣ дар мавриди ду бемор муолиҷа ба воситаи иматиниб лағв карда шуд. Зимни 2 бемор ЧС мушоҳида нагардид. Дар 4 бемор, ки муҳлати муолиҷа 36 моҳро ташкил менамуд, ЧС нест шуд. Шаш бемор ба муолиҷа тавассути дазатиниб (препарати насли дуҷуми ингибиторҳои тирозинкиназ) гузаронида шуд. Ду нафар дар натиҷаи авҷ гирифтани беморӣ ва гузариш ба марҳалаи ниҳой ба инкишоф ёфтани бухрони бластӣ баъди 36 моҳи таъбибат вафот намуданд.

Хулоса. Гливек самаранокии баланд, таҳаммулпазирии хуб ва оризаҳои нисбии аҳёии гематологии худро дар муқоиса ба кимёдармони анъанавӣ нишон дод. Препарат зиндамони умумии баландро таъмин намуда, ҳосил намудани беҳбудии муваққатии ситогенетикӣ ва молекулярӣ-генетикиро низ имконпазир гардонид.

Рӯйхати адабиёт

1. Истифодабари ва таъсири номатлуби ингибиторҳои тирозинкиназ дар беморони миелолейкози музмин / Г. Б. Ҳочиева [ва ғ.] // Авджи Зухал. – 2020. – № 1. – Р. 165-171.
2. Леонов, К. А. Исследование биоэквивалентности лекарственных препаратов на основе иматиниба / К. А. Леонов, А. А. Бакибаев // Успехи современного естествознания. – 2016. – № 8. – С. 36-41.
3. Петрова, А. Н. Оценка стабильности молекулярной ремиссии и качества жизни больных хроническим миелолейкозом при отмене терапии ингибиторами тирозинкиназ : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. Н. Петрова. – Москва, 2020. – 24 с.
4. Результаты проспективного исследования по наблюдению больных хроническим миелолейкозом после прекращения терапии ингибиторами тирозинкиназ / А. Г. Туркина, А. Н. Петрова, Е. Ю. Чельшева [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2020. – Т. 65, № 4. – С. 370-385.
5. Ураков, К. З. Сравнительная оценка анемического синдрома у больных хроническим миелолейкозом на фоне терапии гливеком и гидреа / К. З. Ураков, В. Ю. Мельникова, Г. Б. Ходжиева // Вестник Авиценны. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 380-386.

Шамсов А.Т., Шарипов М.М., Камолова Г.Н.

ОИД БА САМАРАНОКИИ МУОЛИҶАИ СИНДРОМИ КАМХУНӢ БА ВОСИТАИ СТИМУЛЯТОРӢ ЭРИТРОПОЭЗ ДАР БЕМОРОНИ МУБТАЛО БА МИЕЛОФИБРОЗИ АВВАЛИЯ

Кафедраи бемориҳои дарунии №3 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муҳиммият. Миелофибрози аввалия (ПФА) аз ҷумлаи бемориҳои миелопрлиферативӣ ба шумор рафта, на танҳо манзараи клиникии беморӣ, омӯзиши морфологии мағзи устухон ва трепанобиоптат, балки таҳқиқи ситогенетикӣ бо истифода аз усулҳои молекулярӣ-биологӣ низ дар ташҳис нақши махсус доранд. Мавҷудияти камхунӣ, буд шудани сифати умри бемор ва зиндамони умумӣ дар ПФА нақши хоса дорад. ПФА бо сӯрохшавии клоналии ҳуҷайраҳои бунёдӣ, экспрессияи нуқсондори ретсепторҳои ситокинҳо, фибрози мағзи устухон, гепатоспленомегалия (ҳамчун натиҷаи гемопоэзи экстремедуллярӣ), симптомҳои масмумияти омос, кахексия, лейкоэритробластозии ҳуни канорӣ, авҷгирии лейкоемӣ, зиндамони умумии андак тавсиф меёбад. Дар ташҳис на танҳо манзараи клиникии беморӣ, балки таҳқиқи морфологии мағзи устухон, трепанобиоптат, инчунин таҳқиқи ситогенетикӣ бо истифода аз усулҳои молекулярӣ-биологӣ хеле муҳим аст. Мавҷудияти камхунӣ дар ин қабил бемор, бадшавии сифати умр ва зиндамони умумӣ дар ПФА нақши асосӣ дорад. Нуктаҳои мазкурро дар муолиҷаи маҷмуии беморӣ бояд дар назар дошт. Барои ислоҳи камхунӣ трансфузияи эритроцит (ТЭ) ва гоҳо препаратҳои эритропоэзстимулятсиякунанда (ПЭПС) ба қор бурда мешаванд. Натиҷабахшии муолиҷаи камхунӣ ҳангоми ПФА ба воситаи ПЭПС бо сабаби ҳуҷайранокии пасти мағзи устухон, коҳиш ёфтани теъдоди эритрокариотситҳо ва хатари тромбоз ҳангоми гипертромбоситозии ҳуни ноҳиявӣ баҳснок аст.

Мақсади таҳқиқ. Пешниҳод кардани шарҳи ҳодисаи клиникии оқибати бомувафакқияти синдроми синдроми камхунӣ ба воситаи стимулятори эритропоэз (вепокс) дар беморони гирифтӣ ба миелофибрози аввалия.

Усул ва натиҷаи таҳқиқ. Бемор С., 48 сол дорад, соли 2020 ташҳиси миелофибрози аввалия гузошта шуд, дар шӯъбаи гематологияи МД ММТ “Шифобахш” таҳти назорат аст. Моҳи марти соли 2020 бемор бо шикоятҳо аз вазнинии зерӣ қабурғаи чап, сустӣ, араққунии бисёр, чарх задани сар, зуд хаста шудан муроҷиат намуд. Ҳангоми муоинаи объективӣ берангии пӯшишҳои ҷилдӣ, спленомегалия (9 см аз камони зерӣ қабурға) мушоҳида гардид.

Вазнинии ҳолати бемор ҳангоми мурочиат миёна буд. Шуур равшан. Пӯшиши чилдӣ ва луобпардаҳои намоён беранг. Гирехҳои лимфавии канорӣ ҳангоми меъёр. Дар шушҳои нафаси везикулярӣ. Лаҳни дил кунд, муназзам. ФШ 140/85 мм.сут.сим. Забонро ғубори сафед пӯшондааст. Шикам нарм, ҳангоми ламскунӣ дард дар зери қабурғаи чап пайдо мешавад. Ҷигар + 2см. Сипурз аз канори камони қабурға 5 см беруншуда, ҳангоми аз сатҳи ҳамвор ламс кардан дард муътадил, ғилзат сахт. Симптомҳои Пастернатский аз ҳар ду тараф манфӣ. Қазои ҳоҷат дар меъёр.

ТУС-и узвҳои ковокии шикам: гепато-спленомегалия. Трепанобиопсияи боли устухони тикҳо: фибрози ретикулиний. Таҳлили умумии хун (ТУХ): эритроцитҳо (Er) – $2,1 \times 10^{12}/л$; гемоглобин (Hb) – 70 г/л; нишондиҳандаи ранг (нр) – 0,7; ретикулотситҳо (ret) – 4,3 %; тромбоцитҳо (tr) – $97,0 \times 10^9/л$; Лейкотситҳо (WBC) – $4,0 \times 10^9/л$; эозинофилҳо (Ео) – 2; миелотситҳо – 3; чавон – 4; қаламчадро – 15; сегментоядрой – 52; лимфотситҳо – 21; монотситҳо – 3; суръати таҳшиншавии эритроцитҳо (СТЭ) – 32 мм. рт. ст. Таҳлили умумии пешоб: сафеда – 0,033; лейкоцитҳо 2–4 дар майдони биниш; фазла барои кичча: ошкор нашуд. Намунаи ҷигар: билирубин – 24,3; мустақим – 7,6; ғайримустақим – 16,7; Тимоли намунаи вероналовӣ – 4,2; намунаи йодӣ – 0; АсАт – 0,71; АлАт – 0,49; RW-отр.; HBS Ag-манфӣ; HCV-манфӣ; HIV-манфӣ; зардоби оҳан – 32,2 мкмол/л. Таҳқиқи молекулярӣ- генетикӣ ба мавҷудияти мутатсияи гени JAC2 (JAC2V617F) манфӣ. Гени химерии BCR-ABL манфӣ. Мутатсияи гени CALR – мусбат, ки ташиҳиси ПФА-ро тасдиқ намуд.

Ҳафтае се маротиба 3 млн ВОҲ интерферон- α , рӯзе се маротиба 500 мг 1 ғилофак гидрооксикарбамид таъйин карда шуд. Вепокс (бета эпостин) ҳафтае се маротиба ба вояи 10000 МЕ ба зери пӯст ба сифати муолиҷаи зиддиқамхунӣ таъйин карда шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Пас аз 9 ҳафта сатҳи Hb бе он ки эритроцит гузаронида шавад, то 120 г/л боло рафт. Баъди лағви эпостин сатҳи Hb тӯли чор моҳ тадриҷан то 87 г/л поён рафт. Муолиҷаи такрорӣ шашҳафтаина ба воситаи бета эпостин бе ТЭ боиси муътадил гаштани сатҳи Hb (127 г/л) гардид, ки тӯли чор моҳ ҳифз шуд. Дар оянда ба бемор барои нигоҳ доштани ғилзати Hb дар ҳудуди 110-120 г/л даври муолиҷа бо бета эпостин лозим гардид. Дар ин ҳолат қараёни беморӣ дар маҷмӯъ устувор гардид. Спленомегалия наафзуд. Оризаҳои тромбозӣ ба қайд гирифта нашуд.

Баъди ду моҳи татбиқи муолиҷаи эритроцитстимулясиякунанда ҳолати бемор хеле беҳ шуд: дарди сар, вазнинӣ дар зери қабурғаи чап, серарақӣ, чарх задани сар, заъфи умумӣ коҳиш ёфт.

Хулоса. Маълумотҳои муаррифишуда натиҷабахшии препаратҳои эритроцитстимулясиякунандаро дар муолиҷаи маҷмуии табobati беморони гирифтӣ ба миелофибрози аввалия бо камхунӣ нишон доданд. Аммо чунин муолиҷа, ҳангоми ПФА дар ҳолати эритроцитоз ҳифзшуда, мавҷуд набудани тромботситоз ва микдори пасти зардоби эритроцитин таъйин карда мешавад.

Рӯйхати адабиёт

Большакова, С. А. Собственный опыт использования эпостина- α (Эральфон®) в лечении анемии, индуцированной воздействием цитостатиков / С. А. Большакова, Ю. М. Бычков, М. В. Казарова // Современная онкология. – 2017. – Т. 19, № 1. – С. 80-84.

Варламова, О. Н. Эритроцитин и его биологическая роль / О. Н. Варламова, О. Д. Червяковская // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4, № 3. – С. 61-69.

Кручинина, М. В. Структурно-функциональные изменения эритроцитов, ассоциированные с развитием тромбоза и нарушениями гемостаза / М. В. Кручинина, А. А. Громов, // Атеросклероз. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 165-179.

Рациональная тактика поддерживающей терапии анемии, индуцированной химиотерапией: фармакоэкономический анализ применения эритроцит-стимулирующих препаратов у пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях здравоохранения Российской Федерации / В. Б. Ларионова [и др.] // Онкогематология. – 2018. – Т. 13, № 2. – С. 48-61.

Эритроцитин-опосредованная активация функциональных свойств моноклеаров периферической крови у больных с хронической сердечной недостаточностью / О. В. Повещенко [и др.] // Гены и Клетки. – 2017. – Т. 12, № 2. – С. 82-87.

Шамсов Б.А., Шамсов А.Т., Камолова Г.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ И ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

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

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) при беременности – состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементе, снижением его депонирования, высоким темпом роста организма плода.

Биологическая роль железа велика и определяется его участием в окислительно-восстановительных процессах, реакциях кислородозависимого свободнорадикального окисления и антиокислительной системы, росте и старении тканей, механизмах общей и тканевой резистентности, кроветворении, снабжении органов и тканей кислородом, активации и ингибировании целого ряда ферментов. Многие метаболические процессы в организме, например, синтез стероидов, метаболизм лекарственных препаратов, синтез ДНК, пролиферация и дифференциация клеток, регуляция генов протекают с участием железа [1–4]. Дефицит железа отражается на всех перечисленных выше процессах и затрагивает генетический, молекулярный, клеточный, тканевой, органнй, системный и организменный уровни. В результате дефицита железа страдают умственная, физическая, неврологическая, терморегулятивная функции; нарушаются поведение и способность к обучению; снижаются толерантность к физическим нагрузкам и познавательные способности [5, 6].

По данным ВОЗ, до 1,5 млрд человек на земном шаре страдают в той или иной форме дефицитом железа [9,

10]. Частота манифестного дефицита железа или ЖДА у беременных в мире колеблется от 25 до 50%, в развивающихся странах – от 35 до 75%, а в развитых составляет 18–20% [1, 10, 11]. Частота предлатентного и латентного дефицита железа существенно выше и доходит до 92% [2, 3, 12]. По некоторым данным, к концу беременности железодефицитные состояния развиваются у всех без исключения беременных [3, 8, 11]. Тот факт, что среди женщин в развивающихся странах во время беременности часто развивается ЖДА, является свидетельством того, что существующие запасы железа являются неадекватными, а физиологическая адаптация к беременности является недостаточной для удовлетворения возросших потребностей в содержании железа. Для диагностики железодефицитных состояний в организме проводится определение показателей, характеризующих различные фонды метаболизма железа: транспортного, функционального, запасного и железо-регуляторного. Из показателей транспортного фонда в настоящее время наиболее приемлемым является определение сывороточного железа (СЖ), трансферрина (ТФ) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ). Помимо гемоглобина (Hb) как параметра функционального фонда определяются другие гематологические показатели (эритроциты – RBC и гематокрит – Ht).

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности применения внутривенных и таблетированных препаратов железа у беременных женщин с железодефицитной анемией.

Материалы и методы исследования. В гематологическом отделении ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2021–2023 годах, под нашим наблюдением находились 48 беременных женщин с анемией, во втором (20 недель и более) и третьем триместрах беременности. Возраст больных от 19 до 42 лет. Медиана возраста 26 лет.

Все пациентки предъявляли жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при легкой физической нагрузке, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, извращение вкуса, общую слабость.

При общем осмотре было выявлено, бледность и сухость кожных покровов, алопеция, поперечная исчерченность и ломкость ногтей, заеды в углах рта. [14]

Всем беременным проводили тотальное клинико-лабораторное обследование: стандартный акушерско-гинекологический осмотр, ультразвуковое и доплерометрическое исследование кровотока в системе мать – плацента – плод, общий анализ крови (ОАК), полное исследование биохимических тестов (печёночные пробы, HBS-антиген, HCV, креатинин, мочевины, свёртывающую систему крови, сывороточное железо – СЖ, общую железосвязывающую способность сыворотки крови (ОЖСС), ферритин сыворотки и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта.

В ОАК определяли количество эритроцитов крови (RBC), гемоглобина (Hb), средний объем эритроцита (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), коэффициент вариации эритроцитов по объему (RDW), количество лейкоцитов крови (WBC), количество тромбоцитов крови (PLT), подсчет ретикулоцитов.

Диагноз ЖДА выставлен на основании снижения концентрации Hb, MCV, цветного показателя (ЦП), MCH, сывороточного железа, ферритина и коэффициента насыщения трансферрина железом.

Пациентки с легкой степенью ЖДА (Hb 90–120 г/л) были 11 (32,2 %), с умеренной степенью (Hb 70–90 г/л) – 23 (46,8 %), и с тяжелой ЖДА (Hb ≤ 70 г/л) – 14 (21 %).

Беременных пациентов распределили на 2 группы.

В 1-й группе было 19 беременных женщин. Всем пациентам назначили внутривенный препарат мегафер одномоментно, капельно до 1000 мг в сутки.

Пациентки 2-й группы (29 беременных) с анемией средней тяжести в качестве антианемического препарата принимали таблетированное железо сорбифер дурулес 100 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки. Пациентам с тяжелой анемией по 1 таблетке 3 раза в сутки. Все пациентки нормально перенесли противоанемическую терапию, побочных проявлений и аллергических реакций не наблюдали.

Результаты и их обсуждение. Через 1 неделю в результате терапии самочувствие у всех 19 (100%) беременных в 1-й группе улучшилось, исчезли жалобы на слабость, парестезии, головокружение, частота сердечных сокращений и окраска кожных покровов пришли в норму. Симптомы сидеропенического синдрома нивелировались у всех беременных женщин на 4-й неделе лечения. В гемограмме на 4-й неделе достигнуто улучшение всех показателей периферической крови: количество эритроцитов в среднем увеличилось с $2,4 \times 10^{12}/л$ до $4,6 \times 10^{12}/л$. Уровень гемоглобина достиг нормы – $>118 г/л$. Анализ динамики цветного показателя во время лечения, определённого по уровню MCV, MCH, MCHC, свидетельствует о переходе состояния гипохромии к нормохромии. Уровень ферритина и сывороточного железа на четвёртой неделе лечения нормализовались. Беременность у всех 19 пациенток завершилась нормальными родами через естественные родовые пути.

Во 2-й группе частичное улучшение клинических проявлений отмечено на 4-й неделе. Симптомы сидеропенического синдрома нивелировались у 17(58,6) беременных во 2-й группе на 5-й неделе. Улучшение показателей ОАК (увеличение количество эритроцитов в среднем до $4,1 \times 10^{12}/л$, уровень гемоглобина 115 г/л, нормализации уровней ферритина и сывороточного железа достигли на 5-6-й неделе лечения. Из 29 обследованных 9 (31,0%) пациенток родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями для оперативного родоразрешения были гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, вторичная слабость родовой деятельности.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности и отсутствии побочных явлений в/в препарата мегафер для лечения ЖДА, что позволяет рекомендовать данный препарат для лечения анемии у беременных женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология : Стандарты медицинской помощи. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – 992 с. – (Стандарты медицинской помощи). – ISBN 978-5-9704-3866-4.

2. Бахарева И.В. применение препаратов железа у беременных: версии и контрверсии / И.В. Бахарева // Медицинский Совет. - 2020. - №13. - С. 65-74.
3. Кузнецова, И. В. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у женщин с обильными менструациями / И. В. Кузнецова, М. В. Беришвили // Женская клиника. - 2022. - № 3. - С. 29-37.
4. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия беременных: последствия для матери и плода, возможные пути решения / А. П. Магомедова, Н. А. Ломова, Т. Э. Карапетян, Э. Ю. Амирасланов // Медицинский совет. - 2021. - № 4. - С. 170-173.
5. Лечение и профилактика алиментарной анемии поросят при дефиците в кормовом рационе железа, кобальта и меди / А. И. Кузнецов, Н. П. Смолякова, М. Я. Гордеева, В. В. Давыденко // АПК России. - 2022. - Т. 29, № 4. - С. 520-524.
6. Новые методы профилактики и диагностики железодефицитных состояний в акушерстве и гинекологии / Н. А. Стефаниян, Т. Х. М. Хашаева, З. А. Абусеува [и др.] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. - 2023. - № 4-2. - С. 214-217. - DOI 10.37882/2223-2966.2023.04-2.29.
7. Оптимизация индивидуальной стратегии профилактики дефицита железа при физиологической беременности / В. А. Крамарский, Ю. В. Трусов, Н. И. Файзуллина, Л. В. Хышиктуев // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). - 2018. - Т. 3, № 2. - С. 15-19.
8. Тютюнник, В. Л. Алгоритм назначения препаратов железа при беременности / В. Л. Тютюнник, А. А. Балущкина // Акушерство и гинекология. - 2019. - № S6. - С. 33-34.
9. Ховасова, Н. О. Железодефицитная анемия и латентный дефицит железа в практике терапевта: диагностика и лечение / Н. О. Ховасова, Е. Д. Ларюшкина // Амбулаторный прием. - 2015. - Т. 1, № 1(1). - С. 6-9.
10. Шевелева, Т. В. Проблема железодефицитной анемии в акушерстве и гинекологии / Т. В. Шевелева, М. Ю. Скворцова // РМЖ. Мать и дитя. - 2012. - Т. 20, № 17. - С. 877-882.
11. Янгибаева, Б. У. Диагностика и комплексное лечение детей с железодефицитной анемией / Б. У. Янгибаева, З. Н. Набиев // Вестник Педагогического университета. - 2015. - № 5-2(66). - С. 223-227.
12. Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia with intravenous ferric carboxymaltose in pregnancy / B. Froessler, T. Gajic, G. Dekker, N. A. Hodyl // Archives of Gynecology and Obstetrics. - 2018. - Vol. 298, No. 1. - P. 75-82.

Шарапова М.С., Исмоилов И.И., Салихов Х.Х.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПОЗДНЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Синдром дефицита внимания это нарушение мозговой деятельности для которого характерны стабильно преобладающая потеря концентрации внимания, воздействующая на функции или развитие.

Потеря концентрации внимания или рассеянность это состояние при котором человек склонен отвлекаться от поставленных задач, испытывать снижение способности к выполнению длительных действий, с трудом концентрируют внимание и дезорганизован, при этом, эти проблемы не связаны с неповиновением или недостатка понимания.

Рассеянность- это ключевая модель поведения, выделяющая лиц с этим синдромом. Это влияет на качество или же снижает качество функционирования в социуме в процессе учебы или на работе.

Лица с симптомами рассеянности зачастую:

-не замечают или пропускают детали, делают бездумные ошибки в школьных заданиях, при выполнении работы или других видов деятельности.

-с трудом удерживают внимание на выполняемом задании или в игре, а также в беседе, слушая лекцию или воспринимая содержание текста, читаемого длительное время.

-как будто не слушают речь обращенную непосредственно к ним.

-не выполняют инструкции и не доводят до конца выполнения учебных заданий, либо быстро приступают к выполнению заданий, но так же быстро теряют концентрацию и легко отвлекаются.

-с трудом организуют выполнения заданий и действий, не зная в какой последовательности выполнять их.

-неопытные в работе плохо планируют время.

-избегают выполнять или не любят задания, требующего устойчивого умственного напряжения.

-теряют вещи необходимые для выполнения заданий.

-легко отвлекаются на посторонние мысли ли стимулы.

-забывчивы при выполнении повседневных задач

К факторам риска дефицита внимания относят:

-генетическая предрасположенность

- табакокурение, употребление алкоголя или наркотиков в период беременности

-подверженность к воздействию токсинов, присутствующих в окружающей среде в период беременности.

-подверженность токсинов такие как свинец в ранние годы жизни

-низкий вес при рождении

-повреждение мозга

Чаще встречается у мужского пола.

Актуальность этой темы заключается в том, что при этом синдроме люди встречаются с многочисленными проблемами в обучении, в работе и в повседневной жизни.

Цель исследования. Изучение диагностических критериев для выявления людей с синдромом дефицита внимания, выбора правильной тактики лечения и улучшение их работоспособности в обществе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования была выбрана определенная группа подростков, позднего подросткового возраста от 17-19 лет. И под наблюдением психологов и психиатров в дневном стационаре на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им.проф.Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино были выданы соответствующие задания на умственную деятельность, с определенным промежутком времени. В тех заданиях, затрагивается умственное мышление, внимание, память и смекалка.

Также были выбраны некоторые методы терапии для этих подростков, чтобы понять, который из них был наиболее эффективен.

Результаты исследования и их обсуждение.

После проведения теста с заданиями по результатам группа подростков была разделена на три части:

Группа А:

В нее входили подростки в возрасте 17 лет. Отличительным признаком этой группы было то, что они справились с заданиями лучше всех остальных. Лишь у некоторых были временные потери концентрации, но они быстро возвращались к заданию.

Группа Б:

В этой группе были подростки в возрасте от 18 лет. Они справились с заданием почти вовремя. На протяжении выполнения заданий они связывались с такими проблемами, как потеря внимания и отвлекались на посторонние вещи. Но все таки, с трудом, успели выполнить задания в назначенное время.

Группа В:

В эту группу входили подростки 19 лет. Их результаты были самыми наихудшими. Некоторые из них даже не приступали к выполнению заданий, а другие пропускали наиболее трудные из них. Группа не справилась с поставленной задачей.

Существует несколько способов лечения этого синдрома, которые способствуют лишь купированию и смягчению его проявлений. Такими средствами являются:

- медикаментозная терапия (стимулирующие медикаменты, медикаменты без стимулирующего эффекта)
- психотерапия (поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия)
- обучение и тренинг (обработка родительских навыков, техники управления стрессом, группы поддержки)

Выводы.

1. После проведенного тренинга с группой подростков, выяснили, что с возрастом, состояние концентрации и внимания лишь усугубляется.

2. После применения медикаментозной терапии (стимулирующие медикаменты) у некоторых подростков повысился процесс мышления и концентрация внимания. Так как эти препараты повышают уровень дофамина и норадреналина, которые играют ключевую роль в этих процессах. Так же нужно брать во внимания побочные эффекты этих препаратов:

- снижение аппетита
- проблемы со сном
- тики
- повышенная тревожность или раздражительность
- боли в желудке, головные боли

При наличии этих эффектов, применяется медикаментозная терапия без стимулирующего эффекта.

3. Психотерапия применяется в качестве дополнительного средства купирования проявления синдромов. При ней пациента учат как контролировать свое поведение и вознаграждать или поощрять себя за надлежащее поведение.

4. В когнитивной поведенческой терапии подростков обучают техникам познания себя или медитации, чтобы повысить концентрацию и внимание.

5. В тренингах для родителей, семейную пару обучают контролю поведенческих проявлений своих детей, то есть навыки для стимулирования позитивных поведенческих проявлений у их детей и их поощрения за адекватное поведение.

6. Группы поддержки созданы между родителями таких детей, чтобы они помогали друг другу и обсуждали их общие проблемы на своих встречах.

Список литературы.

11. Бадалян Л.О. Синдромы дефицита внимания у детей и подростков-2013
12. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания у детей-2015
13. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания и сопутствующие расстройства -2017
14. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развитие детей с минимальными мозговыми дисфункциями-2012
15. Ясюкова Л.А. Диагностика и компенсация ММД -2016

Шарипова Х.Ё., Сохибов Р.Г., Турсункулов З.Дж.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ АССОЦИИРОВАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедры пропедевтики внутренних болезней, и внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Таджикистан

Актуальность. Когнитивные нарушения (КН), в связи с широкой распространённости и склонности к прогрессирующему течению, представляют важнейшую медико-социальную проблему, так как нередко заканчиваются тяжелой деменцией. Как причина КН, чаще всего выступает цереброваскулярная патология, нейродегенеративные, органические и токсические поражения головного мозга [1, 2].

Данные о значимости ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) в развитии КН неоднозначны и, главным образом, сводятся к описанию тесной взаимосвязи кардио- и цереброваскулярных заболеваний с развитием когнитивной дисфункции [3,4].

В экспериментальных исследованиях было выявлено, что после перенесенного ОКС чаще возникают патологические изменения нейронов в лобной коре и гипоталамусе, традиционно связанных с различными когнитивными функциями [5].

Значимость острого коронарного синдрома (ОКС) и ассоциированных с ним сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в развитии и выраженности КН у пациентов молодого и среднего возраста (до 59 лет) фактически не изучена.

Цель исследования. Установить влияние ОКС и ассоциированных с ним ССЗ в нарушении нейропсихологического статуса у пациентов молодого и среднего возраста (до 59 лет).

Материал и методы исследования. Проведено наблюдение 221 пациентов (основная группа), госпитализированных с ОКС. Диагнозы нестабильной стенокардии (НС), инфаркта миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК – транзиторная ишемическая атака, ишемический и геморрагический инсульты) устанавливались согласно протоколу диагностики и лечения заболеваний кардиоваскулярной системы в Республике Таджикистан.

Контрольную группу составили 30 пациентов, сопоставимые по полу и возрасту основной группе, у которых ОКС был исключён. У части пациентов этой группы имело место артериальная гипертензия (АГ), стабильная стенокардия, ХСН и перенесенные ОНМК.

Для оценки нейропсихологического профиля (НПП) использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Критерии включения в исследование: возраст до 59 лет; госпитализированные с подозрением на инфаркт миокарда, т.е. ОКС. Из исследования были исключены пациенты в активной фазе Covid-19 (менее 3 месяцев после заболевания), пороками сердца, кардиомиопатией, аутоиммунными заболеваниями.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием пакетов статистических программ Statistica - 10,0.

Результаты исследования. Сравнительный анализ полученных результатов показывает значимое преобладание у пациентов основной группы, при сравнении с контрольной, частоты (таблица 1) артериальной гипертензии (30,0 и 76% соответственно, у больных контрольной и основной группы; $p < 0,0001$); ХСН (26,7 и 74,7% соответственно; $p < 0,0001$); и стабильной стенокардии (20,0 и 100% - соответственно; $p < 0,0001$). При этом, у 70 (31,7%) пациентов основной группы стабильная стенокардия документирована после перенесенного инфаркта миокарда, тогда как в контрольной группе пациентов с перенесенным инфарктом миокарда не было.

Таблица 1.- Частота ассоциированных с острым коронарным синдромом (ОКС) сердечно-сосудистых заболеваний при сравнении с контрольной группой пациентов без ОКС.

Показатели	Контрольная (n=30)	Основная (n=221)	p
Артериальная гипертония, абс (%)	9 (30,0)	168 (76,0)	<0,0001
САД, мм рт. ст. (M±SD)	131±15,4	151,2±14,3	<0,0001
ДАД, мм рт. ст. (M±SD)	81,3 ±6,6	93,4±8,5	<0,0001
ИБС в анамнезе, абс (%)	6 (20,0)	221 (100,0)	<0,0001
ХСН, абс (%)	8 (26,7)	165 (74,7)	<0,0001
ФК ХСН, усл. ед (M±SD)	0,27±0,58	1,28±0,92	<0,0001
ОНМК в анамнезе, абс (%)	7 (23,3)	66 (29,9)	>0,05
Степень тяжести ОНМК (M±SD)	0,3±0,59	0,44±0,74	>0,05

Примечание: САД – систолическое артериальное давление; ДАД - диастолическое артериальное давление; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения; p – отмечены статистическая значимость различия показателей между группами (абсолютных - по U-критерию Манна - Уитни, относительных - по χ^2).

Степени повышения САД, ДАД и выраженности ХСН также были выше у пациентов основной группы; $p < 0,0001$). Что касается ОНМК, то более высокие показатели частоты и его тяжести у пациентов основной группы были не значимы ($p > 0,05$).

На фоне такой частоты ССЗ, ассоциированных с ОКС, КН (по шкале MoCa) были значимо ниже, у пациентов

основной группы с ОКС ($p < 0,001$).

Средние значения нейропсихологического профиля по шкале МоСА составляла $27,7 \pm 1,26$ и $25,1 \pm 3,1$ баллов, соответственно у пациентов контрольной и основной группы, то есть значимо ниже у пациентов с ОКС, у которых частота ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, уровни САД и ДАД, частота и выраженность ХСН) – выше, чем у пациентов контрольной группы (рисунок 1).



Рисунок 1. Выраженность когнитивной недостаточности у пациентов основной группы с ОКС (сдвиг влево к более низким значениям; $p < 0,001$) при сравнении с контрольной группой пациентов без ОКС.

У пациентов контрольной группы установлена отрицательная взаимосвязь значений МоСА и возраста, уровни САД и частоты и тяжести перенесенных ОНМК ($p < 0,05$). В группе пациентов основной группы значения шкалы МоСА имели отрицательную взаимосвязь не только с возрастом, перенесенным инфарктом миокарда, но и частотой и тяжестью ХСН и ОНМК ($p < 0,05$).

Таким образом, у пациентов молодого и среднего возраста с ОКС частота и выраженность ассоциированных ССЗ (частоты АГ, уровней САД и ДАД, частоты и тяжести ХСН, ОНМК) значимо превышает таковую у пациентов контрольной группы. В группе пациентов с ОКС выраженность ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний взаимосвязана со снижением когнитивной функции. Проявления КН значимо выражены у пациентов с ОКС, чем при его отсутствии.

Список литературы

1. Камчатнов П.Р., Черемин Р.А., Скипетрова Л.А., Чугунов А.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза в практике терапевта. Терапия, 2022, №9; с. 152-162.
2. Чимагомедова А.Ш., Джигоева З.Р., Ахильгова З.М., Куркина М.В., Автандилов А.Г. Когнитивные расстройства при сердечной недостаточности: роль нарушения микроциркуляции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020;120(10-2): 54-60. DOI: [10.17116/jnevro202012010254](https://doi.org/10.17116/jnevro202012010254)
3. Шишкова В.Н. Значение артериальной гипертензии в развитии поражения головного мозга - от легких когнитивных нарушений к деменции. Системные гипертензии 2014;11(1):45-51.
4. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства. М.: ИМА-ПРЕСС; 2017. 128 с.
5. O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, Roman G, Sawada T, Pantoni L, Bowler JV, Ballard C, DeCarli C, Gorelick PB, Rockwood K, Burns A, Gauthier S, DeKosky ST. Vascular cognitive impairment. The Lancet. Neurology 2003 Feb;2(2):89-98.

Шарифзода Т.М., Шаропова Т.Б., Махмадова Х.Ф.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ФАСЦИОЛЁЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра инфекционных болезней ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.

ГУ "Городская клиническая инфекционная больница" г. Душанбе.

Актуальность.

Фасциолёз – зоонозный биогельминтоз из группы трематозов с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется поражением гепатобилиарной системы. В мире насчитывается от 2,4 млн. до 17 млн. человек больных фасциолёзом [1,2,4,5]. Из трематод, относящихся к семейству Fasciolae Railliet, наиболее распространены два вида фасциол: Fasciolae hepatica (печёночная двуустка) и Fasciolae gigantica (гигантская двуустка). На данный момент заболевание фиксируется в странах Африки, Южной Америки, Средней Азии. Чаше всего болезнь поражает домашний скот (овцы, крупный рогатый скот, лошади и др.) и регистрируется в странах, где развито животноводство. Немаловажное значение в формировании эпизоотического процесса при фасциолёзе имеют малюски – промежуточный хозяин. Человек заражается при питье сырой воды из загрязнённых водоёмов, используемых для сельского хозяйства и животных, а также при потреблении в пищу сырых овощей и зелени с огородов, поливаемых из этих водоёмов. В ряде районов Таджикистана из-за своеобразия природно-климатических условий, животноводство является единственным занятием сельского населения.

Сложная обстановка по фасциолёзу в Республике Таджикистан обусловлена присутствием паразитов в природных условиях, неполным охватом сельскохозяйственных животных лечебно - профилактическими мероприятиями, благоприятными климатическими и экологическими условиями. Фасциолёз в большинстве случаев

протекает без клинических проявлений и следовательно, не диагностируется своевременно. Заболевание на начальных стадиях протекает в виде токсико-аллергических проявлений и, как правило, этим больным ставятся различные диагнозы. Поэтому важным моментом является качественное лабораторное исследование пациентов.

Своевременная и точная диагностика фасциолёза не только определяет лечебную тактику врача и во многом обеспечивает её успех, но и является основополагающим условием для проведения полноценных и эффективных противоэпидемиологических мероприятий [1,3,5].

В данной статье приводятся наблюдения случаев фасциолёза у детей, которым несвоевременно был диагностирован данный паразит.

Цель исследования.

Изучить ошибки в диагностике острого фасциолёза у детей.

Методы и методы исследования.

Материалом исследования послужили истории болезни 4-х детей, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе с диагнозом «Острый фасциолёз». Диагноз был поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, клинических проявлений болезни и данных лабораторной диагностики. Диагноз фасциолёз был подтвержден обнаружением печёночной двуустки в порциях А, В и С дуоденального содержимого. Гельминтоовоскопическое исследование проводилось тремя методами – с помощью нативного мазка, по Флюорну и Като-Кацу. При постановке диагноза была использована классификация фасциолёза, предложенная профессором Камардиновым Х.К (1977г.).

Результаты исследования и их обсуждение.

Всего больных было четверо: три девочки и один мальчик. Возраст детей: 3 года 11мес; 5лет 8мес; 6,5лет и 8 лет. Все дети были из сельской местности: г. Вахдата, г. Гиссара, районов Хамадони и Шахринав. Время поступления в стационар от начала проявления симптомов в среднем составило $76,25 \pm 6$ дней.

Клинический случай: Больная А, возраст – 6 лет, жительница района Хамадони, из анамнеза заболевания начальные проявления отмечены (со слов бабушки) с июня 2022 г, когда появились температура, слабость, недомогание, головная боль, боли в животе. В течение месяца по месту жительства получала лечение от лихорадки неясной этиологии – амоксациллин в дозе по 250 мг х 3 раза, парацетамол – 0,2 мг х 3 раза 5 дней. Состояние оставалось без изменений. В клинике «Истиклол» Национального медицинского центра «Шифобахш» получала лечение от сепсиса и анемии без эффекта (выписка не предоставлена). Из-за выраженных симптомов анемии больную показали врачу гематологу, ребенку сделали стерильную пункцию костного мозга для исключения заболеваний крови, после чего она была направлена в клиническую инфекционную больницу г. Душанбе. При проведении общего анализа крови эозинофилы составили 60%, лейкоциты $26,4 \times 10^9/\text{л}$. При анализе кала от 21.09.2022 г. методом копроовоскопии по Като выявлена *Fasciola hepatica*. Больная была госпитализирована в профильное отделение с диагнозом «фасциолёз».

Из эпидемиологического анамнеза: живет в сельской местности, дома содержат кошку и собаку, ребенок часто играет с животными, воду пьет из арыка.

Объективный статус при поступлении: состояние при поступлении средней тяжести, у больной отмечались слабость, повышение температуры тела до 39-40°, отсутствие аппетита, боли в животе, головная боль. Сознание ясное, телосложение правильное, снижение аппетита. Кожные покровы бледные, сухие, тургор кожи снижен, сыпи нет. Минингальных знаков нет. Периферические лимфатические узлы пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 22 уд. в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 88уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздутый, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень увеличена на 6,0 см средней плотности, селезёнка увеличена на 4,0 см. Синдромы раздражения брюшины отрицательные.

В стационаре больной была назначена антибактериальная терапия, затем терапия желчегонными и спазмолитическими препаратами, на фоне которых отмечалась положительная динамика. На 20 -й день с целью дегельминтизации был назначен трикланбендазол в дозе 150 мг х 2 раза в течение 3 дней. На 28-й день больная была выписана из стационара под диспансерным наблюдением инфекциониста по месту жительства.

Во всех 4-х случаях заражение фасциолёзом связано с употреблением некипячёной воды, воды с арыков, немых овощей и зелени. Во всех случаях начало заболевания сопровождалось повышением температуры тела. У двоих больных отмечался кожный зуд и высыпания аллергического характера по всей поверхности кожи, а также гастроэнтерологические нарушения в виде тошноты и рвоты. У одной больной наблюдался жидкий стул и сухой кашель. У всех 4-х больных отмечались боль в правой подвздошной области, гепатоспленомегалия, а также общая раздражительность, быстрая утомляемость, головная боль, отсутствие аппетита.

Как правило, больные до поступления в инфекционный стационар обращались к врачам разных специальностей: хирургу, гематологу, онкологу, педиатру, фтизиатру. Позднее обращение в инфекционный стационар обусловлено тем, что заболевание начиналось с таких симптомов, как боль в животе, длительное повышение температуры тела, тошноты, рвоты, слабости, бледности кожных покровов, увеличением печени и селезёнки. Кроме того, все больные в связи с длительной лихорадкой были госпитализированы в больницы по месту жительства с диагнозом «сепсис».

Выводы.

1. На основании клинических данных диагностировать данную инвазию сложно, поскольку подобная клиническая картина может быть характерна для разных заболеваний инфекционной (описторхоз, трихинеллез, вирусные гепатиты) и неинфекционной природы (холецистит, холангит). Поэтому исследование дуоденального содержимого и копроовоскопия позволят своевременно поставить правильный диагноз.

2. Независимо от возраста, у всех больных появляются такие симптомы, как повышение температуры тела в период всего заболевания, увеличение печени и селезёнки, боль в правой подвздошной области, изменения показателей со стороны общего анализа крови – все это ведёт к быстрому развитию болезни. Выявление симптомов у больных

с острым фасциолёзом поможет правильно поставить диагноз и своевременно начать лечение, от которого будет зависеть улучшение течения болезни и её благоприятный исход.

Список литературы.

1. Возгорькова, Е.О. Фасциолёз человека - актуальная проблема/ Е.О. Возгорькова, Л.Р. Храповская //Материалы Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум 2023». – 2021. - №8. - С.11-13.
2. Трудности ранней диагностики фасциолёза у человека / М.А. Никулина, И.А. Хорошилова, И.Н. Киушкина, И.В. Арсеньева //Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 6. – С. 205-205.
3. Профилактика инфекционных болезней: санитарно-эпидемиологические правила СП 3.368-21. - М. - 2021.
4. Сергиев, В.П. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) / В.П. Сергиев, Ю.В. Лобзин, С.С. Козлов//.- СПб.: Фолиант. - 2016. - С. 373-382.
5. Гулямова, Н.М. Фасциолёз человека – современные аспекты диагностики и лечения / Н.М. Гулямова, В.Б. Исмоилов //Материалы 66-й годичной научно практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. - 2018. – С. 442-444

Шарифов М.М., Ибрагимов А.Ф, Зокирова М.Н.

НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА

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

Актуальность. Хронический миелолейкоз (ХМЛ) – клональное миелопролиферативное заболевание, опухоль, возникающая из клетки – предшественницы миелопоэза, общей для гранулоцитарного, эритроцитарного и мегакариоцитарного ростков кроветворения, что обуславливает вовлечение в патологический процесс клеточных элементов трёх вышеуказанных рядов гемопоэза.[3] Хронический миелолейкоз распространенный вид лейкоза, на долю которого приходится около 20% среди всех лейкозов. Ежегодная заболеваемость ХМЛ на протяжении последних 50 лет составляет 1-1,5 на 100 000 населения во всех странах. Хронический миелолейкоз встречается во всех возрастных группах, чаще в возрасте от 30 до 50 лет. Мужчины заболевают несколько чаще, чем женщины. [1]. Хронический миелолейкоз развивается в результате злокачественной трансформации и клональной пролиферации плюрипотентных стволовых клеток, приводящей к гиперпродукции зрелых и незрелых гранулоцитов. Заболевание изначально протекает бессимптомно; прогрессирование протекает скрыто, с неспецифической «доброкачественной» стадией, постепенно переходит в фазу обострения или в бластный криз с выраженными симптомами заболевания, такими как спленомегалия, бледность, кровоточивость, лихорадка, лимфаденопатия и кожные изменения.[2] Диагноз устанавливается на основании исследования мазка периферической крови, аспирата костного мозга и определения Филадельфийской хромосомы. Филадельфийская (Ph) хромосома присутствует в 90–95% случаев хронического миелоидного лейкоза. Ph хромосома является продуктом взаимной транслокации между хромосомами 9 и 22, t(9;22). Во время этой транслокации часть хромосомы 9, которая содержит онкоген ABL, транслоцируется на хромосому 22 и соединяется с геном BCR. Химерный гибридный ген BCR-ABL отвечает за производство онкопротеина тирозинкиназы bcr-abl. Онкопротеин bcr-abl обладает неконтролируемой тирозинкиназной активностью, которая нарушает процесс регуляции клеточной пролиферации, снижает «прилипание» лейкозных клеток к строме костного мозга и защищает лейкозные клетки от естественной запрограммированной гибели клеток (апоптоза).[1]

Применение ингибиторов тирозинкиназы (ТКИ), таких как гливек, дазатиниб, нилотиниб, босутиниб и понатиниб, значительно улучшает результаты лечения и позволяет увеличить продолжительность жизни больных ХМЛ.[5] При применении ингибиторов тирозинкиназы 5-летняя общая выживаемость больных, которым диагноз был поставлен в хронической фазе заболевания, составляет > 90%. До начала применения ингибиторов тирозинкиназы, даже с проведением лечения, в первые 2 года после установления диагноза умирало 5–10% больных и затем – 10–15% ежегодно. Медиана продолжительности жизни была 4–7 лет. Большинство (90%) больных погибает в фазу обострения или во время бластного криза. Медиана продолжительности жизни после бластного криза составляет 3–6 месяцев или больше, в случае достижения ремиссии. Тактика лечения хронического миелолейкоза зависит от стадии заболевания. В бессимптомной хронической фазе ингибиторы тирозинкиназы (например, гливек, нилотиниб, дазатиниб, бозутиниб, понатиниб) являются препаратами выбора для стартовой терапии; они не излечивают заболевание полностью, но чрезвычайно эффективны. Ингибиторы тирозинкиназы также применяются иногда во время ускоренной фазы и во время бластного криза. Они угнетают онкоген BCR-ABL, который отвечает за индукцию ХМЛ. Эти лекарства высокоэффективны для достижения полной гематологической и цитогенетической ремиссии при Ph-позитивном ХМЛ (Ph+ ХМЛ) и значительно превосходят по эффективности другие режимы лекарственной терапии. В последнее время у больных хроническим миелолейкозом, особенно в терминальной стадии и резистентных формах, отмечаются побочные явления этих препаратов[2].

В настоящее время гливек является стандартом терапии первой линии для пациентов с хроническим миелолейкозом во всех фазах. Однако часть больных остаются резистентными к данному препарату. Риск развития резистентности возрастает с увеличением длительности хронической фазы заболевания и тем более с развитием фазы акселерации и бластного криза. Несмотря на впечатляющие успехи в лечении хронического миелолейкоза гливек, часть больных остаются резистентными к данному препарату. Кроме того, у небольшой части пациентов имеется непереносимость гливека.

Цель исследования. Изучение эффективности применения «Дозатиниб»-а у больных с хроническим миелолейкозом в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в условиях гематологического отделения Государственного Учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан (ГУНМЦРТ) «Шифобахш» находилось 35 больных с диагнозом хронического миелолейкоза и его рецидивами в возрасте от 30

до 60 лет за период с 2022 до августа 2023 г. Из них 6 больных от 30 до 40 лет (17,1%), 8 больных от 40 до 45 лет (22,8%), 2 больных от 45 до 60 лет (5,7%). Из них 16 (45,7%) женщины и 19 (54,3%) мужчины. Продолжительность лечения у 23 (65,7%) больных свыше 3 лет, у 12 (34,3%) больных до 3 лет. Больным поставлен диагноз на основании: жалоб, анамнеза заболевания и клинико-лабораторных данных – увеличенные селезенки, печени, гиперлейкоцитоз от 20×10^9 до $420,0 \times 10^9$, наличие бластных клеток, переходных элементов, пунктат костного мозга и положительной Ph – хромосомой.

Результаты и их обсуждение. 25 (71,4%) больных получали препарат иматиниб по 100мг, 4 капсулы утром, 10 (28,6%) больных в связи с отсутствием эффекта от иматиниб был назначен препарат дозатиниб по 140мг 1,5 таблетки в день. У всех больных через 3-х месяца лечения отмечалось уменьшение количество лейкоцитов от $350,0-200,0$ до $45,0-20,0 \times 10^9/\text{л}$ и уменьшение размеров печени и селезенки. Лечение проводилось под прикрытием антибиотиков, гемостатиков и переливания компонентов крови (отмытые эритроциты, свежезамороженная плазма и тромбоконцентрат).

Вывод. Таким образом, препарат Гливек (Иматиниб) дал хороший результат у 25 больных хроническим миелолейкозом (ХМЛ) с положительной Ph хромосомой. Наряду с этим у 10 больных гливек не дал ожидаемый результат, в связи с чем этой группе больных был назначен дозатиниб который позволил добиться положительных результатов, что привело к улучшению качества жизни этой категории больных с хроническим миелолейкозом (ХМЛ).

Литература

1. Волкова, М.А. Основы клинической гематологии / М.А.Волкова //– М; 2013. с. 109-111.
2. Ермолин А.Э. Дифференциальная диагностики и лечение и хронических лейкозов.-М; 2008. с. 52-56, 82-93.
3. Абдулкадыров К.М., Шуваев В.А., Хронический миелолейкоз: многолетний опыт таргетной терапии. Клиническая онкогематология. 2016;9.с. 54—60.
4. Никитин Е.А. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического лимфолейкоза (версия 2018). Клиническая онкогематология. 2018;6(1):99–109. [Nikitin E.A. Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia (version 2012). Clinical oncohematology. 2019;6(1):99–109.
5. Мукминова С.Ф., Бакиров А.Б., Загидуллин Ш.З. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных гемобластозами. Гематология и трансфузиология. 2003;48(2):1820. [Mukminova S.F., Bakirov A.B., Zagidullin Sh.Z. Functional state of the cardiovascular system in hemoblastosis patients. Hematology and transfusiology. 2020;48(2):1820 (in Russ.)].

Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.
РОЛЬ И ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЛЛЕРГЕНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО БРОНХИТА У
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время астматический бронхит представляет собой серьезную нарастающую угрозу подрастающему поколению. Отмечается рост аллергических заболеваний, что является поводом для изучения различных аспектов этой патологии, которые являются одной из первых проблем современной медицины. Астматический бронхит имеет полиэтиологическую природу. При этом непосредственными аллергенами могут выступать как неинфекционные агенты, так и инфекционные факторы (вирусные, грибковые, бактериальные), поступающие в организм аэробронхогенно или через ЖКТ. Среди неинфекционных аллергенов чаще всего выявляются домашняя пыль, пух, пыльца растений, шерсть животных, компоненты пищи и консерванты. Астматический бронхит у детей может являться следствием лекарственной и вакцинальной аллергии. Нередко имеет место поливалентная сенсибилизация. Часто в анамнезе пациентов имеются указания на наследственную предрасположенность к аллергии (экссудативный диатез, нейродермит, аллергический ринит и др.).

Инфекционным субстратом астматического бронхита в большинстве случаев выступает патогенный стафилококк. На это указывает, частая высеваемость микроорганизма из секрета трахеи и бронхов, а также повышенный уровень специфических антител в крови больных с астматическим бронхитом. Нередко астматический бронхит развивается после перенесенного гриппа, ОРВИ, пневмонии, коклюша, кори. Отмечены неоднократные случаи развития астматического бронхита у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В зависимости от ведущего аллергического компонента, обострения астматического бронхита могут возникать в весенне-летний период (сезон цветения растений) или холодное время года.

Учитывая большое число мнений и исследований астматического бронхита, естественным было появление руководств, основанных на принципах доказательной медицины.

Цель исследования. Изучение аллергенов формировании астматического бронхита у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами наблюдались 40 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, которые находились на базе ГУ комплекса здоровья «Истиклол» пульмонологическом и аллергологических отделениях. Из них 25(62%) мальчиков и 15(38%) девочек. Проводилось тщательное изучение общего и аллергологического анамнеза, а также проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, лабораторного обследования включая общий анализ крови, анализ крови на С – реактивный белок, анализ крови на общий иммуноглобулин Е и кал на яйца глист.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнеза заболевания показала, что существенное влияние оказывала наследственная предрасположенность 27 (70%) детей, сопутствующие заболевания экссудативный катаральный диатез 16 (40%) детей. Дети находящиеся на искусственном и раннем смешанном вскармливании 12(30%) детей, в 9% случаев у матерей отмечен отягощенный акушерский анамнез. Частые острые респираторные заболевания 24(60%) у детей, глистная 4(10%), частые обструктивные бронхиты у 9 (22%).

Наиболее частой причиной развития астматического бронхита являлась сенсибилизация к аллергену: которая была выявлена у 18(100%) детей. Была диагностирована гиперчувствительность к бактериальному аллергену у 8 (44.5%), пыльцевым аллергеном у 4(23%) и к лекарственным препаратам у 6(32.5%)

Клиническая картина астматического бронхита зависела от этиологических факторов, возраста, тяжести заболевания, а также от сопутствующих заболеваний, как экссудативный катаральный диатез. У детей с экссудативным катаральным диатезом было выявлено при выраженной аллергической реакции со стороны кожных покровов в фазе манифестации наблюдались сухость и гиперемия кожи, местами шелушения; в области щека, ягодиц, наружной поверхности плеча имела папулезно-пустулезная сыпь. Латентной фазе коже в большинстве случаев была гиперемизированная и сухая.

Отмечались отклонения сердечного ритма в виде учащения и урежения. Тоны сердца были приглушены в фазе обострения процесса, а также отмечалось усиление систолического шума на верхушке.

В отделение дети в основном поступали в очень тяжелом состоянии во время приступа. При осмотре отмечалось вынужденное положение, беспокойства, одышка экспираторного характера с участием вспомогательных мышц, втяжения уступчивых мест грудной клетки, выраженный цианоз губ и носового треугольника, кашель с трудно отделяемой вязкой мокроты. Грудная клетка бочкообразной формой, дыхания слышное на расстоянии, хрипящее свистящее, перкуторное обеих сторон коробочный звук. Аускультативно на фоне ослабленного жесткого дыхания выслушивались масса рассеянные, проводные сухие свистящие хрипы разнокалиберные влажные хрипы. Со стороны лабораторных данных в общем анализе крови отмечалась анемия легкой и средне-тяжелой степени (Hb от 110г/л до 70 г/л), умеренный лейкоцитоз (от 10 до 16 тыс), умеренное ускоренное СОЭ (от 12 до 20 мм/ч) и эозинофилия (от 6 до 12%). У больных детей с увеличением тяжести течения заболевания наблюдается рост содержания противовоспалительных цитокинов и С-реактивный белок в плазме крови, а также повышенный уровень общего иммуноглобулина Е (IgE) (более 30 МЕ/мл). В анализе кала на яйца глист у 4 детей (10%) высевались острицы, лямблии или карликовый цепень. На рентгенограмме грудной клетки у детей раннего грудного возраста отмечалась картина обструктивного бронхита у 9 (22%) детей.

Выводы.

Таким образом, своевременное обследование больных и выявления повышенной чувствительности к аллергену и проведение ранней гип-сенсибилизации, будет препятствовать развитию осложнений.

Список литературы.

1. Гудима Г.О. Научные исследования и новые стратегии современной клинической иммунологии и аллергологии / Г.О.Гудима, Н.И.Ильина // Иммунология. – 2016. - № 2. – С. 134–136.
2. Мизерницкий Ю.Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференциальной терапии бронхо-обструктивного синдрома при острой респираторной инфекции у детей // Земский врач. - 2017. - №3. - С.5-10.
3. Hancox R.J. Systemic inflammation and lung function: a longitudinal analysis / A.R. Gray, M.R. Sears, R. Poulton // Respir. Med. – 2016. - P. 54–59.
4. Green C.E. The role of the endothelium in asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / C. E. Green, A.M. Turner // Respir. Res. – 2017. - № 1 (18). - P 118- 125.
5. Zielińska K.A., Endothelial response to glucocorticoids in inflammatory diseases / K.A. Zielińska, Van Moortel L // Front. Immunol. - 2016. – Vol.7, №592. – P

Абдуллаева Н. А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ И ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время по-прежнему актуальными являются вопросы диагностики, лечения и профилактики данной проблемы. Изучение острой пневмонии у детей раннего возраста большая и обусловлена следующими факторами значительным распространением этой патологии у детей первого года жизни более 4%, тяжестью протекания, хронизацией процесса бронхиальной системе, высокой летальностью, которую указывает на то, что пневмония основная причина детской смертности. В структуре заболеваемости и смертности детей раннего возраста пневмония занимает одно из первых мест и составляет свыше 85% всех заболеваний лёгких. Распространённость и прогноз пневмонии у детей в различных регионах не одинаково и во многом зависят от социально-экономических условий. Так по данным ВОЗ (2022) заболеваемость пневмоний у детей раннего возраста в экономических развитых странах не превышает 3-4% и составляет не более 8-9% от всех причин смертности. Большое значение для возникновения пневмонии имеют преморбидный фон, нарушение естественных общих защитных механизмов и локальных в бронхолёгочной системе. К факторам, способствующим возникновению пневмонии у детей раннего возраста, относят следующие нарушения режима, ухода и питания, охлаждение, рахит, дистрофию, аллергический диатез, иммунодефицитные состояния, снижение секреторного иммуноглобулина А, нарушение мукоцилиарного барьера бронхов.

Цель исследования. На фоне ретроспективного анализа выявить факторы, влияющие на течение пневмоний у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ за 2022 – 2023 год, 50 историй болезни в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Больные находились на лечение в ГУ комплекса здоровья «Истиклол» в пульмонологическом отделении. Диагностика основывалась на комплексе клинико-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения. Принимались во внимания: анамнез, клинические показатели исследования (общий анализ мочи, кала, периферический анализ крови, биохимический анализ крови), рентгенограмма органов грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение. Авторами был проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни из них 30(60%) больных дети первого года жизни было больных. От 1 до 3 лет 20(40%) больных детей с пневмонией из обследованных нами больных с гипотрофией первой и второй степени тяжести составляло 25 что составило 50%, рахит первой степени 15 (30%) больных, анемия различной степени тяжести составила 20(40%) больных, с перинатальной энцефалопатией составило 35 (70%) больных, с паратрофией 5 (10%) больных, два больных ребёнка с врождённым пороком сердца, дети находящиеся на грудном вскармливании 35 (70%) больных, на искусственном вскармливании 10 (20%) больных, на смешанном 5 (10%) больных.

Анализ ретроспективного анализа показал, что неблагоприятный преморбидный фон оказывал влияния на течение пневмонии. Тяжесть пневмонии определялась наличием и степенью выраженности синдромом, осложняющих течение в виде дыхательной недостаточности, токсического синдрома, сердечно сосудистой недостаточностью и развития плеврита. Из 50 обследованных нами детей у 24(48%) больных пневмония протекала в тяжёлой форме, а у 16(32%) больных имела крайне тяжёлое течение, которые были переведены из реанимационного отделения на третий- четвёртый день после поступления. Из анамнеза заболевания было установлено, что на второй третий день после начала было госпитализировано 12 (24%) детей, на четвёртый пятый день 27(54%) больных, свыше пяти дней 11(22%) больных. Наиболее частыми общими симптомами в клинике пневмонии клинически отмечались повышение температуры тела до фебрильных значений, которая держалась в течение трёх дней, а также выраженные явления интоксикации, бледность, сероватый оттенок кожи с мраморным рисунком, вялость, расстройство сна и аппетита, у грудных детей нередко отмечалось срыгивание и рвота. Респираторная симптоматика была представлена одышкой смешанного характера с участием вспомогательной мускулатурой. Влажным реже сухим кашлем, цианозом носогубного треугольника и стонущее дыхание при тяжёлых формах заболевания. Укорочение перкуторного звука отмечалось над отдельными участками лёгкого, аускультативно изменения дыхания чаще поверхностное, ослабленное, везикулярное и локальные мелкопузырчатые хрипы или крепитация.

Пневмония во всех случаях была подтверждена рентгенологически. С диагнозом очаговая пневмония был выставлен у 21(42%) больного сегментарная пневмония у 29(58%) больных. В анализах крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз воспалительного характера со сдвигом влево ускоренное СОЭ 70% случаев проводилась посиндромно. Терапия в основном применялись антибиотики широкого спектра действия. Детям с крайне тяжёлой формой пневмонии 43% случаев назначались антибиотики в комбинации из двух препаратов. Продолжительность антибиотикотерапии

во всех случаях составила 10-14 дней. Назначались противогрибковые препараты. Оксигенотерапии с помощью носоглоточного катетера проводилось 40% детей. Отхаркивающие препараты и ингаляции препаратами разжижающую мокроту, лечебные травы, ферменты получили все дети, поступившие с пневмонией.

Выводы. Таким образом, тяжесть течения пневмоний у детей грудного возраста напрямую зависят не только от возраста ребёнка, но и от наличия при этом ряда сопутствующих заболеваний, таких как гипотрофия, рахит, анемия, изменения со стороны ЦНС в виде гипоксический-ишемических состояний, которые усугубляют течение основного заболевания и могут отрицательно повлиять на течение пневмонии. Своевременно правильно выбранная тактика лечения с учётом сопутствующих заболеваний ведёт к более быстрому улучшению состояния и дальнейшему выздоровлению.

Список литературы

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. //Изд. 6., Том 1. 2011. С. 399-474.
2. Малахов А.Б., Дронов И.А. Показания для применения и выбор антибактериальной терапии при пневмонии у детей. //Вопросы практической педиатрии. Изд. 4., 2016. С. 79-84.
3. Lassi Z.S., Das J.K. Systematic review on antibiotic therapy for community – acquired pneumonia in children. // Dis. Child., 2017, 99(7), P. 687-693.
4. E. Eber, F. Midulla. ERS Handbook – Pediatrics Respiratory Medicine. 2017, P. 719.

Абдуллаева Н. А., Кадырова М.Р., Усмонова Д.Ш.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность В силу своей полиэтиологичности и разнообразия клинической картины болезней органов дыхания у детей, особенно детей раннего возраста, сопровождающиеся нередко различными степенями дыхательной недостаточности, побуждают к поиску более адекватных методов терапии и профилактики данной патологии. Особое место отведено детям грудного возраста, т.к. именно в этом возрасте в структуре заболеваемости, в связи с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, у детей наиболее часто регистрируются заболевания органов дыхания, протекающие в сочетании с другими заболеваниями, такие как рахит, гипотрофия, анемия, патология сердечно-сосудистой системы, поражения ЦНС.

Цель исследования. Изучение особенности клинического течения пневмонии при сочетании с другими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Нами наблюдались 300 детей в возрасте от 1 года до 3 лет за 2021- 2023, которые находились на базе ГУ комплекса здоровья «Истиклол» пульмонологическом и аллергологических отделениях. Из них 168 (56%) мальчиков и 132(44%) девочки. Проводилось тщательное изучение общего и аллергологического анамнеза, а также проведено рентгенологическое исследование грудной клетки, лабораторного обследования включающего общий анализ крови, анализ крови на С – реактивный белок, анализ крови на общий иммуноглобулин Е и кал на яйца глист.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анализа историй болезней, по нашим данным, пневмония в раннем детском возрасте в сочетании на фоне белково-энергетической недостаточности 18 %, на фоне рахита 23% и с внутричерепной родовой травмы 12%, с экссудативным катаральным диатезом 21%, на фоне анемии 28%, гипотрофии. В связи, с увеличением распространенности аллергических заболеваний за последнее время значительно повысился удельный вес пневмонии, протекающей с астматическим синдромом 49%. Возникновению астматического синдрома при пневмонии у детей первых лет жизни способствовали: акушерский анамнез 13%, наследственная предрасположенность к аллергии 26%, аллергические заболевания как бронхиальная астма, крапивница, экссудативный диатез 13%, увеличение вилочковой железы 31%, частые вирусные и микробные респираторные инфекции 45%, нерациональное применение лекарственных средств, особенно антибиотиков 51%, а так же большую роль играли и такие факторы, как нерациональное вскармливание и плохой уход. У детей раннего возраста астматический синдром на фоне пневмонии развивался в первые дни заболевания, особенно в ночное время, имело характер кратковременной. У 21% больных астматический синдром резко ухудшило общее состояние, с продолжительностью несколько дней подряд и в последующем ходе болезни повторялось. Пневмонии у детей раннего возраста, протекавших с астматическим синдромом, были характерны бледность кожных покровов 78%, цианоз носогубного треугольника 87%, своеобразная мраморность кожных покровов у 41%. У всех детей беспокоил сухой, мучительный, навязчивый кашель, одышка с наличием удлиненного и затрудненного выдоха, с участием в акте дыхания вспомогательных мышц (крылья носа, втяжение межреберных мышц и т.д.). Перкуторное над легкими определялся тимпанический звук с коробочным оттенком. При аускультации выявлялись обильные сухие и разнокалиберные влажные хрипы, которые сохранялись долгое время, особенно сухие хрипы.

Рентгенологически у 92% детей выявляли на фоне легочного и прикорневого рисунка очаги инфильтрации, снижение прозрачности в области корней легкого. У 48% больных отмечалось тахикардия, у 27% увеличение печени и 9% увеличение селезенки. На электрокардиографии у 58% больных установили дистрофические изменения миокарда, о которых свидетельствовало вольтаже зубцов Т (в I-II и III-IV отведениях) удлинение электрической систолы сердца, а также деформация зубцов Я в стандартных отведениях. В анализах крови у 78% больных определялось лейкоцитоз, 81% лимфоцитоз, 32% эозинофилия (эти изменения развивались на 2-3 й неделе заболевания). В биохимии крови изменялись и белковые фракции крови: у 28% больных увеличилось содержание гамма-глобулинов, в моче у 29% больных находили признаки протеинурии, эритроцитурии, пиурии в начале заболевания. Течения пневмонического

процесса у детей раннего возраста неблагоприятным фоном являлся экссудативный катаральный диатез. И у этих больных воспаление легких протекало двояким патогенезом, с доминированием аллергического и преобладанием инфекционного компонента. Пневмонии с аллергическим патогенезом, но без наложения инфекции, экссудативные изменения у 41% больных детей начинались постепенно, протекающие на фоне субфебрильной или нормальной температуры, волнообразно со смешанной одышкой, выраженными катаральными явлениями со стороны носоглотки - ринит, конъюнктивит, фарингит, с частым влажным кашлем, большим количеством мелких и средне-пузырчатых влажных хрипов в легких. Эффективность от антибактериальной терапии у таких детей были незначительными. У этих больных отмечались на коже и слизистых оболочках наблюдались разные экссудативные изменения (эритематозные или эритематозно-папулезные высыпания, молочный струп, гнейс, географический язык и др.) У 72% больных рентгенологически обнаруживали длительно сохраняющиеся мелкоочаговые инфильтративные тени. У 56% определялось эозинофилия. У 65% больных пневмония протекала остро с подъемом температуры, смешанной одышкой, с выраженной цианозом. У детей с тимомегалией течение пневмонии характеризовалась с тяжелым и затяжным течением с выраженными явлениями токсикоза, респираторной недостаточностью. Кожные покровы у 92% больных бледные, 12% цианотичные, особенно в области верхней половине туловища и лице, а также бледность с мраморным оттенком кожи. У 83% детей беспокоил кашель, иногда мучительно сухой. Рентгенография легких выявляло признаки перибронхиальных и пери васкулярных изменений, эмфизему легких, мелкоочаговые пневматические тени. При анализе периферической крови у 65% отмечалось лимфоцитоз, 40% лейкоцитоз и 73% анемию. У 21% больных наблюдалось ослабление дыхания в легких, вздутия живота с момента поступления или через 2-3 дня. Изменения в крови у этих больных часто проявлялось с ускорением СОЭ (от 20 до 30 мм/ч), иногда с выраженным лейкоцитозом или лейкопенией, с нарастанием числа нейтрофилов (с палочкаядерным сдвигом), снижением эритроцитов и гемоглобина.

Выводы. Таким образом, сочетание пневмоний с различными другими заболеваниями служит причиной неблагоприятного взаимовлияния и не только отягощает их течение, но и ухудшает прогноз. Эффективность лечения пневмоний, развивающихся на фоне другого заболевания, зависит от комплекса терапевтических мероприятий, направленных на борьбу со всей патологией детского организма.

Список литературы.

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. //Изд. 6., Том 1. – 2021. С. 399-474.
2. Малахов А.Б., Дронов И.А. Показания для применения и выбор антибактериальной терапии при пневмонии у детей. //Вопросы практической педиатрии. Москва. Изд. 4. – 2016. С. 79-84.
3. Lassi Z.S., Das J.K. Systematic review on antibiotic therapy for community – acquired pneumonia in children. // Dis. Child., 2017, 99(7), P. 687-693.
4. Eber, F. Midulla. ERS Handbook – Pediatrics Respiratory Medicine. 2017, P. 719.

Алишерова Н.А.

ВИРУС ЭПШТЕЙНА –БАРР У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Вирусная инфекция Эпштейна–Барр (ЭБВИ), встречающаяся среди детского населения, остается одной из наиболее актуальных в современной педиатрии. Сам по себе вирус обладает тропизмом к различным клеткам организма, о чем свидетельствует многообразие клинической картины. По данным ВОЗ, вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) инфицировано около 55–60% детей раннего возраста (до 3 лет), 80–90% — к периоду совершеннолетия, что связано как с истинным увеличением заболеваемости вследствие воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов, так и совершенствованием методов лабораторной диагностики. Актуальность исследования данной патологии вызвана широкой циркуляцией этого вируса среди детей, многообразием клинических форм ЭБВИ, специфическим поражением вирусом иммунокомпетентных клеток. Вирус может вызывать поражение нервной системы плода (28%), органов зрения (7%), рецидивирующий хронический мононуклеоз (13%), гепатит и синдром дыхательных расстройств. ЭБВИ может явиться причиной развития в дальнейшей жизни ребенка синдрома хронической усталости, длительного субфебрилитета, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии. К особенностям проявлений ЭБВИ у новорожденных следует также отнести частое выявление врожденных пороков сердца: дефекта межпредсердной и межжелудочковой перегородок и др. В высоком проценте случаев встречаются конъюгационная желтуха, гипербилирубинемия, геморрагический синдром.

Таким образом, герпетические инфекции представляют интерес для фтизиатров, поскольку герпесвирусы распространены повсеместно и возможна ассоциация герпесвирусных инфекций и туберкулеза легких [8].

Особенности ВЭБ, эпидемиологии и патогенеза заболевания определяют многообразие клинических форм с учетом сроков от момента инфицирования. Практикующие врачи в своей повседневной практике чаще встречаются с клинически манифестными формами первичной ЭБВИ в виде острой, как правило, неverified инфицированной респираторной инфекции (более 40% случаев) или инфекционным мононуклеозом (около 18% всех инфекционных заболеваний). В большинстве случаев ЭБВИ протекает доброкачественно и заканчивается выздоровлением, но с пожизненной персистенцией ВЭБ в организме переболевшего [9]. В последние 10 лет заболеваемость ИМ возросла в 5 раз не только у взрослых, но и у грудных детей.

Цель исследования выявить частоту встречаемости вируса Эпштейна –Барр у детей.

Материал и методы исследования. Было проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни. Всем им проводились лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала, кровь на ЦМВ, герпес, Эпштейна Барр) . У детей раннего возраста первичная ЭБВИ часто протекает под маской ОРВИ, о чем свидетельствует высокий процент выявления иммуноглобулина G (IgG)

Результаты исследования. Клинические проявления у детей были разнообразными, что создает определенные

трудности в своевременной и правильной диагностике заболевания, а также при дифференциально-диагностическом разграничении. Основными диагнозами при поступлении являлись ОРВИ и ангина у 17,0% детей. Больных беспокоила слабость, потливость, боль в мышцах и суставах (12,0%), сыпь, кашель, затрудненное носовое дыхание (21,0%), дискомфорт в горле, боль и тяжесть в области правого подреберья (8,9%), нехарактерные ранее головные боли, головокружение, эмоциональная лабильность (16,4%), нарушение сна, снижение памяти, внимания и другие проявления астенического синдрома (20,0%). Часто отмечалась субфебрильная/фебрильная температура, аденоидит, тонзиллит, гепатоспленомегалия (15,0%) разной степени выраженности. В периферической крови у больных детей чаще наблюдался лейкоцитоз (до $20 \times 10^9/\text{л}$), абсолютное или относительное снижение нейтрофилов, абсолютный лимфоцитоз, единичные плазматические клетки. Основным препаратом при лечении данного вируса являлся Виферон, который обладает противовирусным, иммуномодулирующим, антипролиферативным свойствами, подавляет репродукцию вирусов за счет разрушения вирусной матричной РНК и ДНК. Иммуномодулирующие свойства интерферона альфа-2b заключаются в усилении фагоцитарной активности макрофагов, увеличении специфической цитотоксичности лимфоцитов к клеткам-мишеням.

По показаниям назначали гепатопротекторы, нейро- и ангиопротекторы, кардиотропные препараты, ферменты, антигистаминные препараты второго поколения, энтеросорбенты, пробиотики и пребиотики.

Выводы. Больные ЭБВИ нуждаются в длительном диспансерном наблюдении (до 12 месяцев), реализации комплекса реабилитационных мероприятий под контролем клинико-лабораторных показателей. Диспансерное наблюдение должно проводиться педиатром и инфекционистом с привлечением, по показаниям, других специалистов. Обязателен контроль клинического анализа крови, мочи и показателей функции печени — 1 раз в 3 месяца, серологическая диагностика проводится через 3 и 6 месяцев от начала заболевания, по показаниям — ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При легкой и средней степенях тяжести медицинский отвод от вакцинации на 3 месяца, при тяжелой форме — на 6 месяцев. Рекомендовано ограничение физической нагрузки сроком до 3 месяцев, противопоказаны инсоляции до 12 месяцев [24].

Литература:

1. Афанасьева Т. М. Значение Эпштейна–Барр-вирусной инфекции в патологии беременности. Перинатальное инфицирование плода // Здоровье и образование в XXI веке. 2017; 19 (11): 13–17.
2. Иванова О. Н. Особенности иммунного статуса у детей с инфекцией вируса Эпштейна–Барр // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5.
3. Симованьян Э. Н., Денисенко В. Б., Григорян А. В., Ким М. А., Бовтало Л. Ф., Белугина Л. В. Эпштейна–Барр-вирусная инфекция у детей: совершенствование программы диагностики и лечения // Детские инфекции. 2016; (1): 15–23.
4. Пирогова З. И., Рябчук Ф. Н. Клинико-лабораторная характеристика персистирующих форм герпесвирусной инфекции у детей // Лечащий Врач. 2011; (8): 62–65.
5. Триско А. А., Колесникова Н. В., Авдеева М. Г., Чудилова Г. А., Ломтатидзе Л. В. Особенности клеточного иммунитета при острой инфекции, вызванной вирусом Эпштейна–Барр // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2015; 20 (4): 13–15.

Андросюк Ю.Б., Лазарчик И.В., Андросюк Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРШАЛЛА У РЕБЕНКА

Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». Республика Беларусь.

Актуальность.

В последние годы в клинической практике, научных исследованиях активно обсуждается тема аутовоспалительных заболеваний (АВЗ) [1]. Наиболее часто среди многочисленных и неоднородных АВЗ встречается синдром Маршалла, который впервые был описан в 1987 г. G.S. Marshall с соавт. За не столь долгий период диагностические критерии данного заболевания постоянно подвергались ревизии и пересмотру. Симптоматический комплекс клинических проявлений, на которые обратила внимание научная группа под руководством G.S. Marshall в виде: периодической лихорадки, афтозного стоматита, фарингита, шейного лимфаденита, с одной стороны обуславливает клинический полиморфизм данного синдрома. С другой — является существенным фактором возможного проявления заболевания под маской тонзиллита, тонзиллофарингита, инфекции, вызванной вирусом Эпштейна–Барра, первичного иммунодефицита, скарлатины. Врачи-специалисты (педиатры, инфекционисты и другие) недостаточно осведомлены о данном заболевании, в связи с чем необходимо знать о критериях данного заболевания для проведения дифференциальной диагностики, своевременного установления диагноза, назначения рационального лечения.

Цель исследования.

Продемонстрировать клинический случай синдрома Маршалла (PFAPA-синдрома) у ребенка с дебютом заболевания в возрасте 4 лет 9 месяцев, хронологию развития основных клинических событий, изучить спектр дифференциального диагностического поиска.

Материал и методы исследования.

С использованием клинико-anamnestического метода проведены ретроспективный анализ динамики развития заболевания у мальчика Р. и личное клиническое наблюдение за ребенком в августе 2023 года.

Результаты исследования и их обсуждение.

Синдром Маршалла (PFAPA-синдром) является одной из самых частых причин периодической лихорадки у детей. Этиология и патогенез заболевания до конца не изучены. На сегодняшний день считается, что основу патогенеза

составляет нейтрофильное воспаление, ассоциированное с гиперпродукцией интерлейкина-1. Обсуждается роль гиповитаминоза Д как фактора риска рецидивов синдрома данной нозологии. А.Л. Козлова, М.Е. Леонтьева и др. [2], не исключают вероятный наследственный характер заболевания, что основывается на молекулярно-генетическом анализе 33 пациентов с PFAPA-синдромом, у 13 обнаружили генетические варианты, этиологическая роль которых до настоящего времени не ясна. Также в генеральной совокупности 101 пациента с синдромом Маршалла шестьдесят процентов приходилось на лица мужского пола. Однако в исследовании Marko Gattorno, Michael Hofer et al. [3] из 60 пациентов выявлено только 47% лиц мужского пола. В связи с этим невозможно утверждать о наличии гендерного различия.

При первом описании данного заболевания G.S. Marshall и соавт. ввели аббревиатуру PFAPA (Periodic Fevers with Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis), отражающую и до настоящего времени клинические проявления. Группой экспертов критерии были пересмотрены в 2019 году и используются в регистре Eurofever [3]. На наш взгляд, более применимы на практике критерии, разработанные рабочей группой Childhood arthritis and rheumatology research alliance (CARRA) в 2020 году [4].

Для PFAPA-синдрома характерны периоды обострения и ремиссии, которая может наступать без оказания медицинской помощи. В Международной классификации болезней 10 пересмотра синдром Маршалла относится к подрубрике D89.9 «Нарушение, вовлекающее иммунный механизм, неуточненное».

Ребенок 5 лет от 2 беременности, 2 физиологических родов, родился доношенным. Психофизическое развитие ребенка соответствовало возрастным периодам. Перенесенные заболевания: ветряная оспа (2022 год), ангина, ОРВИ, инфекционный мононуклеоз в 1,5 года (тяжелое течение), гнойный отит (11.02.2022). Мальчик заболел остро 29.05.2023, когда поднялась температура до 38,2-38,6°C, которая сохранялась в течение 3 дней. В последующие 3 дня лихорадка усилилась до 39,5°C, неэффективно купировалась жаропонижающими средствами. У ребенка на 3 сутки появились налеты на миндалинах, зернистость и язвочки на задней стенке глотки. На 4 сутки мальчик был госпитализирован. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до $29,3 \cdot 10^9/\text{л}$, в биохимическом анализе крови – повышение уровня

С-реактивного белка (СРБ) до 303 мг/л, прокальцитонина (ПКТ) до 1,10 нг/мл. Начата антибактериальная терапия цефотаксимом, с 02.06.2023 добавлен кларитромицин, в тот же день появилась сыпь на коже, был выставлен диагноз скарлатина, ребенок переведен в инфекционную больницу. В динамике 05.06.2023 сохранялась тенденция к росту уровня ПКТ до 10,97 нг/мл, подъемы температуры отмечались реже, добавлен к лечению меропенем. На фоне проводимого лечения температура нормализовалась, сыпь купирована. На 15 сутки выписан в удовлетворительном состоянии.

Повторный эпизод гипертермии (39,5°C) 24.06.2023. Лабораторные показатели демонстрировали признаки острого воспаления: ПКТ 8,3 нг/мл, СРБ 188,4 мг/л, лейкоциты $31,3 \cdot 10^9/\text{л}$. Лихорадка держалась в течение 5 суток, пациент 10 дней получал амоксициллин в комбинации с клавулановой кислотой. Мальчик Р. выписан на 11 сутки в удовлетворительном состоянии.

Причиной очередной (третьей) госпитализации 11.07.2023 явился подъем температуры тела до 39-39,5°C. При лабораторном исследовании выявлено изменение маркеров воспаления: ПКТ (3,32 нг/мл), лейкоцитоз ($17,68 \cdot 10^9/\text{л}$), СРБ (21,7 мг/л, с максимумом до 111,5 мг/л). Длительность лихорадки – 4 дня, проведена антибактериальная терапия (ванкомицин, меропенем).

Новый эпизод заболевания сопровождался однотипными клиническими проявлениями (лихорадка, тонзиллит с налетами) и возник спустя 20 дней от начала предыдущего обострения. Ребенок госпитализирован в Минскую областную детскую клиническую больницу (МОДКБ) 01.08.2023, в общем анализе крови выражен лейкоцитоз ($16,97 \cdot 10^9/\text{л}$), преимущественно за счет нейтрофилов (72%, $12,22 \cdot 10^9/\text{л}$), в биохимическом анализе крови повышен уровень СРБ (94 мг/л). Комбинированная лекарственная терапия включала кларитромицин, цефотаксим, флуконазол, иммунозин. Периодический характер лихорадки и повторяющиеся на этом фоне симптомы позволили заподозрить PFAPA-синдром. Ребенку 02.08.2023 впервые применен преднизолон внутривенно из расчета 1 мг/кг. После введения преднизолона температура нормализовалась. При комплексном вирусологическом исследовании вирусные агенты не идентифицированы. Рядом микробиологических исследований не выявлены бактериальные возбудители из различных биологических локусов. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и сердца клинически значимых изменений не обнаружено.

Нами за период наблюдения пациента (с мая 2023) было зафиксировано пятое обострение заболевания 20.08.2023, ребенок госпитализирован в МОДКБ. Вновь отмечалась идентичная симптоматика: повышение температуры до 38,5-39,5°C, лейкоцитоз ($20,51 \cdot 10^9/\text{л}$), значительно повышенный уровень СРБ (115 мг/л). Преднизолон введен внутривенно 21.08.2023, после чего температура нормализовалась. Микробиологическими и вирусологическими исследованиями инфекционный агент не верифицирован. Очаг воспаления не обнаружен. В Республиканском научно-практическом центре детской онкологии, гематологии и иммунологии Республики Беларусь первичный иммунодефицит был исключен.

Выводы.

1. Приведенный клинический пример иллюстрирует возможности диагностики синдрома Маршалла, основанные, в первую очередь, на тщательном анализе клинической картины и анамнеза заболевания.

2. Хронология развития основных клинических событий, осведомленность врачей-специалистов по данному заболеванию в разрезе большого спектра аутовоспалительных заболеваний составляют основу для своевременной диагностики синдрома Маршалла (PFAPA-синдрома), назначение адекватной эффективной терапии.

Список литературы.

1. Недельская, С.Н. Аутовоспалительные синдромы в педиатрической практике / С.Н. Недельская, И.А. Жиленко // Педиатрия. Восточная Европа. - 2019. - Т. 7, № 2. - С. 300-312.

2. Аутовоспалительное заболевание - синдром PFAPA: опыт одного Центра / А. Л. Козлова [и др.] // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - 2022. - Т. 21, № 3. - С. 56-64.
3. Classification criteria for autoinflammatory recurrent fevers / M. Gattorno [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2019. – Vol. 78. – P.1025–1032.
4. Consensus treatment plans for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis syndrome (PFAPA): a framework to evaluate treatment responses from the childhood arthritis and rheumatology research alliance (CARRA) PFAPA work group / G. Amarillyo [et al.] // Pediatr. Rheumatol. Online J. - 2020. - Vol. 8 (1). - P.31.

Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. На сегодняшний день обструктивный бронхит (ОБ) является одним из достаточно распространённых, иногда весьма тяжело протекающих заболеваний дыхательной системы [1]. В силу анатомо-физиологических особенностей строения органов дыхания у детей раннего возраста, развитие патологического процесса протекает сложнее, чем у взрослых. Более чем у 25% детей респираторная инфекция осложняется ОБ, и до половины этих случаев могут принимать затяжное, волнообразное или рецидивирующее течение [3,4]. С острым ОБ сталкиваются дети любого возраста. В основном он возникает в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Ему подвержены дети с ослабленным иммунитетом, аллергией, генетической предрасположенностью, повторными и затяжными ОРВИ. Дети, которые часто переносят ОБ (4 и более раз в год), предрасположены к развитию бронхиальной астмы. Тесный контакт слизистой оболочки бронхов с окружающей средой, насыщенной большим количеством агрессивных факторов, способствует развитию самых различных реакций в этой части органов дыхания [4,5]. Дети, часто болеющие острыми инфекционными заболеваниями, составляют группы риска по развитию острых бронхитов, бронхолитов, формированию рецидивирующих бронхитов, включая обструктивные формы, и хронической бронхолегочной патологии. У детей раннего возраста от 5 до 50 % случаев острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) осложняются бронхообструктивным синдромом, основной причиной формирования которого является острый ОБ [1,2,3]. Практически у каждого второго ребенка с ОРВИ в клинической картине имеет место та или иная степень выраженности бронхиальной обструкции [2,3]. Острый ОБ – это воспаление слизистой оболочки бронхов, вызванное различными инфекционными и неинфекционными факторами, протекающее с синдромом диффузной бронхиальной обструкции [2,5]. Число заболеваний, протекающих с синдромом бронхообструкции, неуклонно растёт, хотя причины этого пока неясны. В России, например, заболеваемость ОБ составляет 75-250 случаев на 1000 детей 1-3 лет, что в 2 раза выше, чем при пневмонии. В амбулаторной практике США распространённость заболевания оценивается в 60-70 случаев на 1000 детей 0-2 лет, однако к 4-м годам и старше этот показатель резко снижается до 35 случаев на 1000 детей. Показатели заболеваемости бронхитами достигают пиковых значений в осенне-зимний и ранний весенний период, а также во время эпидемических вспышек гриппа и ОРВИ [1,2,3,5]. Нередко причиной бронхита является смешанная инфекция, обусловленная ассоциацией вирусов и бактерий. В качестве этиологических факторов, вызывающих ОБ, на 1 месте стоят вирусы, имеющие тропность к эпителию дыхательных путей. Из вирусов лидерами являются респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, вирус парагриппа 1 и 3 типа и аденовирус. Почти у 1/3 детей диагностируется микст – вирусное поражение дыхательных путей, считается, что чаще с участием вирусов гриппа, аденовирусов и бокавирусов. Имеются региональные и сезонные особенности преобладания той или иной вирусной инфекции [2,3].

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения острого обструктивного бронхита у детей и выделить факторы риска, способствующие возникновению данного заболевания.

Материалы и методы исследования. Критериями включения в исследование были пациенты в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с диагнозом: острый обструктивный бронхит, находившиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» в осенне-зимнее время 2021-2022 гг.. Проведен анализ 52 историй болезни. Больные были разделены на 4 возрастные группы. В I группу вошли дети 3–6 мес, во II группу – от 6 мес до 1 года, в III группу – с 1 года до 2-х лет, в IV группу – с 2 до 3-х лет. Мальчиков было больше (61,5%), чем девочек (38,5%). Оценивали показатели перинатального, аллергологического анамнеза, характер вскармливания, данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Пик заболеваемости ОБ пришелся на осенне-зимние месяцы, вследствие нарастания ОРВИ в данный период. Анализируя полученные данные, было выявлено, что ОБ чаще встречался у больных II (28,8%), III (26,9%) и IV (23,1%) групп. Аллергологический анамнез был отягощен в 30,8% случаев. Ведущей в структуре была пищевая аллергия (17,3%) с сенсibilизацией к коровьему молоку и куриным яйцам. В 9,6% случаев наблюдались - медикаментозная аллергия, аллергический конъюнктивит и их сочетание. Нами был изучен преморбидный фон пациентов с целью выявления факторов риска развития ОБ, а также выявление состояний, отягощающих его течение. Среди выявленной сопутствующей патологии преобладали: ринофарингит (92,3%), рахит (28,8%), анемия (23,1%), гипотрофия (21,2%). В 17,3% случаев наблюдалось сочетание вышеуказанных заболеваний. В I и II группах детей с острым ОБ, преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании (53,4%). С целью оценки влияния преморбидного фона на длительность течения ОБ, оценивали количество койко-дней пребывания в стационаре. Полученные результаты сравнивали со средним пребыванием детей с острым ОБ в стационаре, что составило в среднем 7 койко-дней. Была отмечена тенденция к увеличению длительности пребывания больных в стационаре при наличии сопутствующей патологии, особенно при их сочетании. Пациенты были госпитализированы в стационар в среднем на 2-й день от начала заболевания, 13,5% детей поступили в пульмонологическое отделение позже – на 5-6

день от начала заболевания. В 57,7% случаев температура тела оставалась в пределах нормы, в 42,3% отмечалась лихорадка, причем подъем температуры выше 38,5°С в течение 4-6 дней от начала заболевания регистрировался у 28,8% детей, субфебрильная температура 37,5°С держалась на протяжении 3-х дней у 9,6% больных. Клиническое течение характеризовалось постепенным началом с длительного сухого кашля и дальнейшим нарастанием синдрома бронхиальной обструкции. В микробном пейзаже мазков из зева и носа были высеяны нижеследующие бактериальные патогены: *Staphylococcus aureus* (26,9%), *Streptococcus epidermidis* (15,4%), *Streptococcus anginosus* (5,8%), *Enterobacter aerogenes* (1,9%). У больных, имеющих склонность к рецидивам бронхитов, чаще выявлялись антитела Ig G к цитомегаловирусной инфекции (CMV) – 17,3% и герпесвирусной инфекции (ВПГ-2) – 9,6%. Этиологическим лидером вирусно-микробных ассоциаций при ОБ в 26,9% случаев являлись цитомегаловирус и герпесвирус в ассоциации с золотистым стафилококком. ОБ у таких детей протекал более тяжело, требовал ранней экстренной госпитализации и применения антибактериальных препаратов в 100 % случаев. Тяжесть ОБ у больных оценивали на основании определения степени дыхательной недостаточности (ДН) при поступлении в стационар. ДН была выявлена в 82,7% случаев. В 55,8% случаев - ДН 0- I степени, в 23,1% - ДН I, в 3,8% - ДН I-II степени. Особо следует отметить наличие сопутствующей патологии у больных с ДН I-II степени (аллергия, анемия, рахит, гипотрофия).

Выводы. Острый ОБ встречался чаще в возрасте от 6 месяцев до 1 года, причем мальчики (61,5%) болели чаще девочек. Среди детей, госпитализированных с острым ОБ, преобладали дети, находящиеся на искусственном вскармливании (53,4%). В группу риска по развитию ОБ следует отнести больных с отягощенным аллергологическим анамнезом (30,8%). Течение ОБ с явлениями дыхательной недостаточности усугубляет сопутствующая патология, что наряду с факторами риска увеличивает продолжительность пребывания пациентов в стационаре.

Список литературы.

1. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей: Пособие для врачей. — М.: Б.и., 2005. — 48 с.
2. Сорока Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике // Здоровье ребенка. — 2006. — № 2. — С. 77-81.
3. Германова О. Н., Голубева М. В., Барычева Л. Ю. Бронхообструктивный синдром у детей с инфекциями респираторного тракта // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2010. — Т. 20, № 4. — С. 42-48.
4. Охотникова Е.Н. Патогенетические особенности бронхообструктивного синдрома у детей и современные возможности неотложной терапии// Астма та алергія. — 2013. - №2. - С.52-61.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство. — 2-е изд., испр. — М., 2015. - 396с.

Бабаева Л.А., Якубова З.Х. ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Одной из наиболее распространенных проблем патологии детского возраста является бронхо-лёгочная патология. По мировым статистическим данным, ежегодно регистрируется до 150 млн. случаев заболевания (11 случаев на 100 детей грудного возраста) [1,2]. Бронхиолит – самая распространенная причина госпитализации на первом году жизни. К развитию ОБ предрасположены дети до 2-х лет. Около 13% детей требуют госпитализации, 1-3% из них нуждаются в интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения. У 1% заболевших формируется хронический облитерирующий бронхиолит. Уровень летальности при бронхиолите составляет 0,2-7% [5]. Чаще всего заболевание обусловлено воздействием респираторно-синцитиального вируса РСВ (90%), значимым агентом является риновирус [4]. При заражении РСВ не формируется постоянный или длительный иммунитет, а повторные инфекции распространены на протяжении всей жизни. К другим возбудителям данного заболевания можно отнести: риновирус (39%), вирус гриппа (10%), коронаровирус (2%), метапневмовирус (3%), вирус парагриппа (1%) [2,4]. Приблизительно 75 % всех случаев ОБ приходится на детей первого года жизни, 95 % — на детей первых 2-х лет. Пик заболеваемости ОБ наблюдается у детей в возрасте 2–8 месяцев. Соотношение мальчиков к девочкам составляет 1,25:1. Клинические проявления ОБ могут широко варьироваться в зависимости от степени тяжести, возраста ребенка, сопутствующих заболеваний и наличия факторов риска [1,3,4]. Кроме основных этиологических причин, развитию бронхиолита у детей способствуют неблагоприятные медико-биологические и социальные факторы. Они же обуславливают и тяжелое течение заболевания: возраст 1-6 мес., недоношенность, искусственное вскармливание, сопутствующая бронхо-лёгочная дисплазия, пороки развития лёгких и бронхов, гемодинамически значимые врожденные пороки сердца, иммунодефицит, курение матери [1,2,4]. Как правило, решение о госпитализации ребенка с ОБ основывается на возрасте пациента, фазе заболевания, наличии факторов риска, тяжести респираторного дистресс-синдрома, способности приема жидкостей [2,5]. Прогноз после перенесенного ОБ обычно благоприятный, редко наблюдается развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита с последующей инвалидизацией. 50 % детей, перенесших ОБ в дальнейшем могут иметь эпизоды бронхиальной обструкции [1,3].

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения острого бронхиолита у детей.

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 2-х лет с диагнозом ОБ. Исследование проводилось на базе детского пульмонологического отделения ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за период 2018–2021 гг. Были изучены данные анамнеза, объективные данные, лабораторно-инструментальные методы обследования и лечения на уровне стационара. Основными медицинскими показателями были: возраст, пол, количество койко-дней, проведенных в стационаре, данные анамнеза, наличие фоновой патологии, степень дыхательной недостаточности (ДН) и тяжести состояния, проведенное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного исследования нами было выявлено, что ОБ чаще всего встречался у детей в возрасте от 1 до 5 мес. Соотношение по полу мальчиков к девочкам составило 1,1:1.

Заболевание чаще развивалось остро, с проявления типичной вирусной инфекции, длительность заболевания до госпитализации составила 3–5 дней. Несмотря на то, что заболевание имеет вирусную этиологию, 34 % детей получали антибактериальную терапию на догоспитальном уровне (пенициллины, цефалоспорины, макролиды, аминогликозиды). В результате проведенного амбулаторного лечения отсутствовала положительная динамика, состояние больных ухудшилось, в связи с чем, пациенты были госпитализированы в стационар. 7 детей в тяжелом состоянии поступили в отделение реанимации и интенсивной терапии. При сборе анамнестических данных было выявлено, что патология во время беременности встречалась у 30 (50%) из 60 матерей (анемия, токсикоз I и II половины). 16 % детей родились недоношенными. У 16,7 % детей наблюдалась задержка внутриутробного развития плода. Аллергологический анамнез был отягощен у 45 % больных. Основными жалобами детей при поступлении, со слов матерей, были: кашель, одышка, интоксикация. В клинической картине ОБ преобладали симптомы интоксикации, бронхообструктивного синдрома (БОС), сопровождающегося кашлем и признаками ДН (тахипноэ, раздувание крыльев носа, затрудненное хрипящее дыхание, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, тахикардия, цианоз). Диагностика заболевания была основана на комплексной оценке клинических проявлений, тщательного сбора анамнеза, лабораторных методов исследования, функциональных и рентгенологических признаков. Актуальными методами диагностики ОБ является проведение пульсовой оксиметрии, которая отображает степень гипоксемии при отсутствии клинических проявлений. При сатурации кислорода ≤ 90 % необходимо госпитализировать ребенка, в то время как насыщение кислородом более 94 % является показанием для его выписки. В общем анализе крови значимых изменений не было выявлено. Рентгенологически отмечалось повышение воздушности легочных полей, перибронхиальная инфильтрация и ателектаз. Фоновая патология наблюдалась у 46 % детей, среди них: перинатальная энцефалопатия в 45%, железодефицитная анемия и желтуха в 14%, внутриутробная инфекция в 12% случаев. Было выявлено, что количество койко-дней у детей с фоновой патологией в 2 раза больше, чем у детей без нее.

Главной задачей лечения ОБ являлось: нормализация функции внешнего дыхания, адекватная гидратация и оксигенация. Проводилась поддерживающая терапия, которая, в большинстве случаев, сводилась к минимизации применения излишних лекарственных средств и процедур. С целью уменьшения гипоксемии назначали ингаляции теплым, увлажненным кислородом. Заложенность носа приводила к значительному увеличению ДН, в связи с этим всем пациентам проводилась санация полости носа. Основными группами препаратов у детей с ОБ, применяемыми в стационаре, являлись ингаляционные бронходилататоры и глюкокортикостероиды. При сопутствующей бактериальной инфекции в 100% случаев применяли антибактериальные препараты (цефалоспорины, макролиды).

Выводы. В ходе проведенного исследования было выявлено, что фоновая патология у детей с острым бронхиолитом влияет на степень тяжести состояния и дыхательной недостаточности, а также удлиняет время пребывания пациентов в стационаре.

Список литературы.

1. Таточенко В. К. //Практическая пульмонология Справочник. — Москва, 2000 г. — 230 с.
2. Eber E. Fabio Midulla Paediatric Respiratory Medicine ERS Handbook 1st Edition Editors Ernst Eber // European Respiratory Society Sep. 2013: 719.
3. Shawn L. Ralston, Allan S. Lieberthal, H. Cody Meissner et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis// Pediatrics November 2014, 134 (5).
4. Doucette A, Jiang X, Fryzek J, Coalson J, McLaurin K, Ambrose CS. Trends in Respiratory Syncytial Virus and Bronchiolitis Hospitalization Rates in High-Risk Infants in a United States Nationally Representative Database, 1997–2012. // PLoS One. April 2016, 11(4).
5. A. Kirolos, S. Manti, R. Blacow, G. Tse, T. Wilson et al. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Bronchiolitis// Journal of Infectious Diseases August 2019, 240.

Бабаева Л.А., Нагзибекова Д.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭЛЬКАР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И СНИЖЕННЫМ АППЕТИТОМ

Кафедра профилактики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Актуальность. Одним из главных показателей здоровья детей служит физическое развитие, нарушения которого сопровождаются снижением уровня адаптационных ресурсов и противоинфекционной защиты организма. Еще один известный постулат — дефицит массы тела при плохом питании является следствием дефицита белка [4,5]. В настоящее время нутрициологи делают акцент не только на значимости белка, но и на роли сбалансированного рациона питания и качественном наполнении диеты разнообразными ингредиентами, эссенциальными для их нормального роста и развития. Среди них обязательны не только белки, жиры и углеводы, но и макро- и микроэлементы, витамины и витаминоподобные вещества, к которым относится карнитин, значимость которого для организма человека доказана в многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях зарубежных ученых. Установлено, что снижение содержания карнитина и изменения в соотношении ацилкарнитина и свободного карнитина могут обуславливать нарушения метаболизма в митохондриях, ингибируя цикл Кребса, окисление жирных кислот, метаболизм пирувата и процессы глюконеогенеза [3,4,5]. В серии исследований [2] было также показано, что недостаточность карнитина нередко выявляется как фактор/условие при нарушении питания детей. Приведены научные доказательства роли дефицита карнитина при первичных митохондриальных болезнях. Еще более внушительным выглядит перечень вторичных нарушений, при которых обязательно формируются проявления недостаточности карнитина (недоношенность, искусственное вскармливание, анемия, стресс, иммунодефицит, замедление темпов умственного и физического развития и др.). В связи с этим одним из перспективных направлений решения проблемы рационального питания детей с дефицитом массы тела и сниженным аппетитом является использование различных биологически значимых веществ (таких

как L-карнитин, витамины группы В, коэнзим Q₁₀, биотин), необходимых для обеспечения энергетических процессов организма [1,2]. С 2011 года Элькар (МНН: левокарнитин) производится как 30%-ный раствор L-карнитина для приема внутрь (300 мг/мл). Наиболее часто Элькар® стал применяться для коррекции массы тела и метаболических расстройств у новорожденных, особенно недоношенных детей.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Элькар в комплексном лечении детей с пониженной массой тела и сниженным аппетитом.

Материал и методы. Нами были обследованы 56 детей в возрасте от 1,5 до 3-х лет с пониженной массой тела и сниженым аппетитом, с оценкой основного и сопутствующих заболеваний. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ «МК Истиклол». Девочек было больше (n=30; 53,6%) мальчиков (n=26; 46,4%). Пациенты были подразделены на 2 группы в соотношении 1:1. Дети I группы получали 30%-ный раствор Элькара внутрь из расчета 30-50 мг/ кг/сут в 3 приема после еды в течение 1,5 месяцев. Пациенты II группы получали стандартное лечение без добавления препарата. Всем больным оценивали аппетит, наличие и степень выраженности следующих симптомов: нарушения сна, головные боли, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, трудности сосредоточения внимания.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза было выявлено, что в 100% случаев наблюдалось осложненное течение перинатального периода - внутриутробная гипоксия, гипоксически-травматическое поражение центральной нервной системы. 71% пациентов находились на искусственном вскармливании. Со слов родителей основными жалобами при поступлении в стационар являлись: плохая прибавка массы тела, функциональный запор/диарея, боли в животе, снижение аппетита. У 78,2% (n=43) детей отмечалась такая сопутствующая патология, как рахит, анемия различной степени тяжести (69,1%), врожденный порок сердца (1,8%). В 7,3% случаев отмечалось сочетание цитомегаловирусной инфекции с вирусом простого герпеса. Наряду с детальным сбором анамнестических данных всем пациентам проводили физикальный осмотр с измерением роста и массы тела, определением перцентилей по таблицам «масса тела/возраст», «рост/возраст», «масса тела/рост», а также измеряли толщину кожной складки. В 100% случаев подкожно-жировой слой был развит недостаточно, отмечено снижение или полное отсутствие аппетита, нарушения сна, утомляемость, снижение работоспособности и толерантности к физической нагрузке, трудности сосредоточения внимания. У всех больных отмечался астенический синдром. Лечение заключалось в проведении диетотерапии, медикаментозной коррекции и своевременном оказании психосоциальной помощи семьям. В отделении проводили коррекцию качественного и количественного состава рациона с учетом потребностей ребенка в пищевых веществах и энергии, его функциональных возможностей и специфики патологии. При наличии у больных изменений в копрограмме, свидетельствующих о нарушениях экзокринной функции поджелудочной железы, одновременно с Элькаром назначали креон из расчета 1000 ЕД липазы/кг/сутки в 3 приема в начале еды в течение 2-х недель. В I группе больных через 1 месяц от начала применения препарата Элькар отмечали повышение массы тела по сравнению с исходной, а также по сравнению с показателями детей II группы сравнения. В ходе лечения наблюдали улучшение аппетита и сна у детей, повышение концентрации внимания и толерантности к физической нагрузке. Побочных явлений и аллергических реакций не было ни у одного пациента.

Основная роль L-карнитина заключается в транспортировке длинноцепочечных жирных кислот через мембрану в митохондрии, где они используются в сложнейшем процессе синтеза АТФ — универсального источника энергии. На сегодняшний день уже не вызывает сомнений принципиальная роль митохондриального энергообмена в обеспечении целого ряда базовых физиологических реакций организма человека. К их числу в первую очередь необходимо отнести внутриклеточные сигнальные механизмы: транскрипционную активность, апоптоз, каскады протеинкиназы, гуанилинциклазы и др., а также межклеточные и системные сигнальные взаимодействия митохондрий, значимые для реакции организма на температуру, контроль за кислородным гомеостазом организма, секрецию инсулина в β -клетках, взаимодействие парасимпатической и симпатической нервной системы, процессы старения и роста, формирование адаптивных реакций организма. Изменения на уровне этих сигнальных взаимодействий зачастую обуславливают формирование патофизиологической реакции в виде хронического стресса [1,3,4,5]. Данный вид стрессовой реакции клинически нередко реализуется в разнообразных нозологических формах, исход которых во многом предопределяется эффективностью клеточного метаболизма и уровнем адаптационного ресурса организма. К клиническим проявлениям подобной патофизиологической реакции можно отнести вышеперечисленные симптомы так называемого астенического синдрома, различная степень выраженности которого была диагностирована в начале наблюдения практически у всех обследованных нами детей. В ходе проведенного исследования были отмечены очевидные признаки повышения адаптационного ресурса у детей, получавших L-карнитин. Подтверждением этого вывода могут служить существенное улучшение аппетита и сна, а также нормализация исходно повышенной возбудимости и поведенческой лабильности, снижение уровня тревожности и других признаков астении в указанной группе детей.

Выводы. При включении левокарнитина в комплексное лечение детей с пониженной массой тела и сниженным аппетитом была отмечена хорошая переносимость и эффективность препарата, а также хорошая комплаентность больных. Применение препарата позволяет повысить массу тела, улучшить функциональное состояние организма, а также повысить компенсаторно-приспособительные возможности. Использование левокарнитина не приводит к негативным реакциям у детей.

Список литературы.

1. Брин И.Л. Элькар в педиатрии. Научный обзор. М., 2004. 18 с.
2. Сухоруков В.С. Лечение и профилактика энергодефицитных состояний с применением препарата Элькар (пособие для врачей) М., 2007; 16.
3. Гармаева В.В. Особенности биосинтеза, метаболизма и функции карнитина в организме плода и новорожденного. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2007; 35: 21-26.
4. Николаева Е.А., Ледяева М.Я., Ключников С.О. Недостаточность карнитина у детей: причины возникновения,

профилактика и лечение (Пособие для врачей). Росс.вестник перинатологии и педиатрии. 2008; приложение: 44.
5. Jahoor F., Badaloo A., Reid M. et al. Protein metabolism in severe childhood malnutrition // Ann Trop Paediatr. 2008, 28 (2), p. 87–101.

Бадалова З.А., Мирзоева З.Э.
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ
Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. У детей стоящих на диспансерном учёте, значительно чаще выявляются хронические заболевания верхних и нижних дыхательных путей и тяжелее протекают такие заболевания как бронхиальная астма, хронический ринит, фарингит, тонзиллит, отит и ряд других заболеваний(2,3). У детей раннего и дошкольного возраста являются состояние лимфоэпителиальной ткани глоточного кольца, осуществляющего местную противомикробную защиту респираторного тракта. Обычно, начиная со 2-го полугодия жизни ребенка, постепенно формируются небные миндалины. На 2-м году начинается формирование глоточной миндалины (аденоидов), которая локализуется в так называемой «стратегической зоне» верхних дыхательных путей (1). При нарушении целостности эпителия под воздействием инфекции, особенно повторной, или под воздействием других повреждающих факторов, нарушающих ее целостность, антигенная нагрузка на ЛЭГС неизмеримо возрастает. Это может сопровождаться перенапряжением, истощением или расстройством защитных механизмов.

Целью исследования явилось изучение особенности клиники и лечения детей с хроническими заболеваниями носоглотки у детей раннего и дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 131 пациент с хроническими заболеваниями носоглотки: с хроническим ринитом – 27(14,8%), фарингитом – 30(16,3%), отитом -29(15,8%), с гайморитом 25(13,5%), с тонзиллитом-20(10,9%), которые часто развивались после перенесенной вирусной инфекции. Всем детям проводились общий анализ крови, мочи, кала, температурный профиль, осмотр отоларинголога, риноскопия и отоскопия, Р-графия гайморовых пазух, бактериологическое исследование на флору из носа, зева и уха.

Результаты исследований и их обсуждение. Обследуя 131 ребёнка, страдающих хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей, т.е. с хроническим ринитом, фарингитом, отитом, гайморитом и тонзиллитом, нами было отмечено у них резкое снижение реактивности организма. Эти больные были выделены в группу часто болеющих детей. На развитие этих заболеваний большое влияние оказывает воздействие внешних, и внутренних факторов: неблагоприятное окружение, среда, проживание в сырых помещениях, посещение детских коллективов, недостаточное и/или неправильное питание, неправильное лечение предшествующих заболеваний, стрессовые воздействия. У 27 детей с хроническим ринитом часто были выделения из носа большого количества прозрачной, а позже гнойной слизи, чувство заложенности, сухости в носу. Аллергический ринит появлялся во время цветения злаков, слизистая носа обычно набухала и краснела, сопровождалась чиханием с выделением из носа большого количества светлой прозрачной слизи. При заболеваниях носа выделения стекали по задней стенке носоглотки, мягкому небу и вызвали раздражение слизистой оболочки глотки, и развитие фарингита у 30(16,3%) больных. Дети жаловались на неприятное ощущение в глотке, сухость, першение в горле, боли при глотании. Проникновение в полость среднего уха инфицированной слизи способствовало развитию отита у 29(15,8%). При чихании, кашле глотании сопровождающимся повышением давления в барабанной полости боль усиливалась. При гайморитах боль irradiровалась щеку и висок, а при фронтитах боль локализовалась в надбровных дугах. Температура повышалась до субфебрильной, ухудшалось самочувствие, наблюдались симптомы общей интоксикации. Со стороны лабораторных данных в анализах крови наблюдался умеренный лейкоцитоз, повышенное СОЭ, преимущественно при обострениях хронических очагов инфекции. Тоны сердца у них были глухие, у 10-брадикардия, у 15-тахикардия, у всех детей выслушивался систолический шум на верхушке сердца и 5-ой точке. Все дети тщательно осматривались ЛОР врачом и педиатром. Назначалось полноценное питание, обильное питье (соки и отвары трав). Проводилась санация хронических очагов инфекции. По чувствительности проводилась медикаментозная терапия: в период обострения – антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, бициллин, макролиды. Использовались бактерицидные пластинки – фарингосепт, гексорал. Применялись этиопатогенетические препараты- интерферон, виферон, а также физиотерапевтические методы (УФО, УВЧ зева). Диспансерное наблюдение проводилось в течение 3-х лет.

Выводы. Нами были выявлены факторы способствующие развитию заболевания и клинические особенности хронических заболеваний носоглотки у ЧБД. Разработана комплексная терапия и проведено катаральное наблюдение в течение 3 лет. Весной и осенью проводилось противорецидивное лечение.

Литература:

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология.-М.,2019.-431 с.
2. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации. Руководство для врачей.-М.,2020.
3. Самсигина Г.А., Фитилев С.Б., Левин А.М. // Педиатрия/.-202.-№2.-с.81-86.

Бакоев Ф.С., Наджмидинова Д.Дж.
ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. Развитие пищевой аллергии может вызвать практически любой пищевой продукт. В «большую восьмерку» продуктов, обладающих наибольшей аллергенностью входят молоко, яйцо, рыба, пшеница, арахис, соя,

ракообразные (креветки, крабы, лобстеры и др.), орехи (лесные, миндаль, грецкие). К широко распространенным аллергенам относятся также какао и шоколад, цитрусовые, клубника, земляника, мед, мясо животных и птиц, икра и другие морепродукты, злаки. Но у детей первого года наиболее аллергенным является коровье молоко - частая причина развития пищевой аллергии у детей раннего возраста[1]. Коровье молоко содержит более 20 антигенов, среди них наибольшей аллергенной активностью обладают β -лактоглобулин и казеин. Некоторые белки молочной сыворотки (α -лактоальбумин, бычий иммуноглобулин, сывороточный бычий альбумин) разрушаются при кипячении, в то время как β -лактоглобулин термостабилен. Казеин также незначительно изменяется при термической обработке, а при закисании выпадает в осадок, поэтому его особенно много в сырах[2]. Известно, что среди детей первого года жизни аллергия к белкам коровьего молока (БКМ) чаще встречается у детей, находящихся на искусственном вскармливании (2-7%) (4). Развитию молочной аллергии у них способствует необоснованно раннее введение различных молочных смесей, в том числе неадаптированных, а также преждевременное (в 2-3 месяца и ранее) назначение молочных каш, особенно детям, генетически предрасположенным к атопии [3]. Существенное значение в развитии аллергических реакций у детей имеют и пищевые продукты растительного происхождения. Белки зерен злаков, в первую очередь пшеницы и ржи, реже риса, овса, гречихи, обладают выраженной аллергенной активностью. У детей первого года жизни причиной возникновения или обострения атопического дерматита и гастроинтестинальных проявлений аллергии могут быть соевые продукты[4].

Цель исследования. Определить частоту развития пищевой аллергии, особенности ее этиопатогенетической структуры у детей страдающих хронической патологией.

Материалы и методы исследования. Число обследованных включало 177 больных детей, страдающих хроническим течением заболевания. 125 детей (70,6%) страдали атопическим дерматитом, 13 (7,3%) – бронхиальной астмой, 39(22%) - аллергическим ринитом. У 125 детей сочеталось с хроническим гастритом, ночным энурезом. Всем детям проводили кожные аллергологические пробы, МРТ головного мозга (20 детям). Иммунологическое обследование с определением IgA, G, M. Наряду с кожными пробами в специфической диагностике пищевой аллергии большое значение имеют лабораторные тесты, среди них определение в сыворотке специфических иммуноглобулинов класса Е к пищевым аллергенам радио- иммунологическим или иммуноферментным методом.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех детей была наследственная отягощенность в структуре этиологических факторов. Определены пищевые ингредиенты: куриное яйцо –79,0%, цитрусовые –42,0%, рыбные изделия –45,0%, молоко коровье –78,0%, злаки –69%. Анализируя структуру этиологических факторов пищевой сенсibilизации выявлены, что при всех формах болезни практически с одинаковой частотой определялась сенсibilизация в большей степени к яйцу до 90,0%. У больных с атопическим дерматитом к молоку –68,0%, к цитрусовым –72,0%, и к яйцу- 79,0%. У больных детей с бронхиальной астмой –цитрусовые составили 70,0%, к яйцу 79,0% к рыбе –60,1%. У больных с аллергическим ринитом отмечалась сенсibilизация к яйцу и молоку –72,5%, к рыбе –26,0%. У детей страдающих хроническим гастритом сенсibilизация составила: к злакам –29,6%, к яйцу–65,5%, к рыбе – 37,0%. Учитывая что данные продукты относятся к продуктам ежедневного употребления установить четкую связь обострений с приемом в большинстве случаев не представлялась возможным. Специфическая диагностика пищевой аллергии у детей основывается на оценке данных аллергологического анамнеза, клинической картины, результатов аллергологического и лабораторного исследования. Наиболее значимым методом диагностики пищевой аллергии является анамнез. Аллергоанамнез позволяет уточнить спектр подозреваемых пищевых аллергенов, их связь с возникновением определенных клинических проявлений, длительность временного промежутка между приемом продуктов и возникновением клинических симптомов. Учитывая возможность внутриутробной сенсibilизации и сенсibilизации через грудное молоко, выясняются особенности питания беременной и кормящей матери, наличие нарушений в диете, особенно избыточное употребление каких-либо пищевых продуктов. Важно изучить пищевой режим ребенка: установить сроки введения пищевых продуктов (соков, прикорма), время перехода на смешанное и искусственное вскармливание и сопоставить их со сроками появления симптомов со стороны кожи или других органов (желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, ЛОР-органов), что позволяет в большинстве случаев выявить «виновный» пищевой продукт. В связи с этим пищевая аллергия подтверждалась элиминационными и провокационными пробами и по результатам которых у 65, 0% обследованных больных выявлена пищевая аллергия. Положительные результаты кожных проб через 24 часа, 48 и 72 часа доказало высокую сенсibilизированность детей. В случаях выявления пищевой аллергии у детей, находящихся на естественном вскармливании, учитывая уникальные свойства грудного молока, необходимо сохранить его в питании ребенка как можно дольше, желательно не менее чем до 6-месячного возраста. Кормящей женщине назначают гипоаллергенную диету, при этом степень ограничений и набор элиминированных продуктов достаточно индивидуальны и зависят в первую очередь от спектра причинно-значимых аллергенов и тяжести клинических проявлений аллергии у ребенка. Рекомендуется исключить из питания кормящей матери высокоаллергенные продукты: яйца, орехи, мед, шоколад, кофе, какао, а также бульоны, острые приправы, консерванты, газированные напитки. При наличии у ребенка аллергии к белкам коровьего молока из рациона кормящей матери полностью исключаются молоко и молочные продукты.

Выводы. В развитии пищевой аллергии участвуют различные типы аллергических реакций, вызывая сенсibilизацию организма. И это позволяет рекомендовать детям, страдающим хроническими заболеваниями проводить аллергологические пробы во избежание развития пищевой аллергии и его осложнений.

Литература

1. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей // Аллергология и иммунология в педиатрии 2016; 4 (15): 7-15.
2. Лечебное питание детей с атопическим дерматитом (под ред. В.А. Ревякиной, Т.Э. Боровик): пособие для врачей. М., 2012. :36 .
3. Макарова И.В. Новое в лечении и профилактике пищевой аллергии у детей. — Педиатрия, 2018 ; 2 : 2-7.

4. Боровик Т.Э., Ревякина В.А., Семенова Н.Н., Яцык Г.В. Опыт диетологической коррекции аллергии к белку коровьего молока у детей первого года жизни // Вопросы диетологии, 2015; 3(1): 41-47.

Белых Н.А., Пизнюр И.В., Никифоров А.А.

ВЛИЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО ФГБОУ ВО «РГМУ им. академика И.П.Павлова». Россия.

Актуальность.

Бронхиальная астма (БА) является широко распространенным в детском возрасте заболеванием дыхательных путей. Обзор литературы показывает, что периостин вносит значительный вклад в развитие БА, за счет высокой экспрессией гена периостина в эпителиальных клетках легких при БА. Непосредственное участие в процессе хронизации аллергического воспаления при астме принимают ростовые факторы. В последние годы растет интерес к витамину D (VD), и его влияния на достижение контроля БА.

Цель исследования.

Изучить взаимосвязь концентрации периостина и трансформирующего фактора роста в зависимости от уровня обеспеченности организма витамином D у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования.

Сывороточную концентрацию 25(OH)D, периостина, трансформирующего фактора роста бета 1 определяли методом ИФА с использованием наборов "25OH Vitamin D Total ELISA Kit" (DIAsource ImmunoAssays SA, Бельгия), "ELISA Kit for Periostin", (Cloud-Clone Corp., США), "ELISA Kit for Transforming Growth Factor Beta 1" (Cloud-Clone Corp., США) в ЦНИЛ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России с дальнейшим расчетом медианы и межквартильного размаха (Ме; 25%-75%). Полученные результаты оценивали в соответствии с Национальной программой «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». За нормальный уровень принимали концентрацию 25(OH)D >30 нг/мл, недостаточность - 21-30 нг/мл, дефицит - <20 нг/мл. Нормы периостина в образцах сыворотки/плазме человека в 500-кратном разведении: 132,4~859,6 нг/мл. Нормы ТФР b1 в 3-кратном разведении в сыворотке/плазме: 82,4~702,4 пг/мл. Статистическая обработка данных производилась при помощи стандартного пакета программ MS Excel 2016 и Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждения.

Большинство детей имели среднюю (57,5%, n=23) и легкую степень тяжести БА (42,5%, n=17). При обследовании было выявлено, что в 1 группе всего лишь 18% (n=7) детей имели оптимальную обеспеченность VD, что было в 2 раза ниже, чем в контрольной группе (37%, n=15) (p <0,05). Дефицит VD в 1й группе регистрировался в 2 раза чаще, чем в контрольной: 72% (n=29), против 35%, (n=14). Медиана 25(OH)D соответствовала дефицитному состоянию в 1 группе 16,7 нг/мл, и недостаточности во 2й группе - 25,7 нг/мл (p <0,05). Медиана 25(OH)D в 1 группе не зависела от тяжести течения БА и соответствовала дефицитному состоянию как при легкой степени БА 16,2 нг/мл, так и при средней степени тяжести БА 16,8 нг/мл (p <0,05). Медиана периостина в 1й группе была в пределах нормы 730 нг/мл, но выше по сравнению со показателями 2й группы 539,7 нг/мл (p <0,05). У детей со средней степенью БА медиана периостина составляла 751 нг/мл, у детей с легкой БА показатели периостина составили 539 нг/мл (p <0,05). Наиболее высокие показатели медианы периостина при стаже БА 4-6 лет у детей со средней степенью 617 нг/мл, с легкой БА 455,5 нг/мл. Медиана TGFβ1 в сыворотке крови как у детей 1 и 2 группы соответствовала нормальным значениям 309,0 пг/мл и 369,6 пг/мл соответственно. Во всех возрастах обследованных детей медиана TGFβ1 в сыворотке крови была в пределах нормы. Таким образом, в г. Рязани у детей с БА дефицит VD выше в 2 раза по сравнению с детьми контрольной группой. Показатели периостина у детей со среднетяжелой степенью БА выше, чем у детей с легкой степенью БА. Медиана TGFβ1 в сыворотке крови обследованных детей соответствовала диапазону нормальных значений и не зависела от уровня обеспеченности VD и наличия БА.

Выводы.

1. В г. Рязани среди детей с БА частота дефицита витамина D регистрируется в 2 раза чаще, чем у здоровых детей, не зависит от тяжести течения астмы.
2. Показатели периостина в сыворотке крови возрастают пропорционально степени тяжести БА.
3. Концентрация TGFβ1 в сыворотке крови обследованных детей соответствовала диапазону нормальных значений и не зависела от уровня обеспеченности витамином D и наличия БА.
4. Целесообразно проводить мониторинг уровня 25(OH)D в сыворотке крови детей, с последующей коррекцией.

Список литературы.

1. Союз педиатров России и др. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». Москва: ПедиартЪ, 2018. 96 с.
2. Современные представления о роли витамина D в патогенезе бронхиальной астмы у детей / Н.А. Белых, И.В. Пизнюр // Наука молодых. - 2019. - № 3(7). - С. 429-438.
3. Izuhara K, Nunomura S, Nanri Y, Ono J, Takai M, Kawaguchi A. Periostin: An emerging biomarker for allergic diseases / Allergy. - 2019. Vol.74, №11. - P. 2116-2128.

Гойибова Н. С., Гарифулина Л.М.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра педиатрии лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета,
Узбекистан

Аннотация

Обследован 51 ребенок с экзогенно-конституциональным ожирением. Проведено лабораторное обследование детей с определением парциальных функций почек. Выявлено, что скорость клубочковой фильтрации (СКФ) зависела от типа и тяжести ожирения, с увеличением степени ожирения у детей отмечалось увеличение СКФ, а у детей с абдоминальным ожирением с большей частотой наблюдалась гиперфильтрация с достоверно высокими показателями по сравнению с детьми с простым ожирением. СКФ не имела зависимости от продолжительности ожирения, но зависела от уровня АД, особенно в группе с абдоминальным ожирением. У детей с абдоминальным ожирением отмечалась большая частота детей с микроальбуминурией, что характеризовало нарушение клубочко-канальцевого баланса в почке, а также у части детей наблюдалось нарушение концентрационной функции почек, что требовало специализированной помощи детского нефролога.

Ключевые слова: дети, ожирение, микроальбуминурия, скорость клубочковой фильтрации,

На сегодняшний день проблема ожирения, в том числе у детей продолжает оставаться как одна из основных проблем здравоохранения в мире. Международная целевая группа по ожирению подсчитала, что 22 миллиона детей младше 5 лет имеют избыточный вес или страдают ожирением. Также и в возрасте от 5 лет до 17 примерно 1 из 10 детей имеют избыточный вес, что составляет около 155 миллионов. Из них 45 млн страдают ожирением различной степени тяжести. При этом в последние годы с большой частотой имеет распространение абдоминальное ожирение, которая являясь компонентом метаболического синдрома, имеет ряд осложнений, имеющих проявлений как в детском возрасте также и в последующей взрослой жизни [1,2,].

Научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что абдоминальное ожирение сопровождается поражением почек. Авторами показано, что абдоминальное ожирение с осложнениями является независимым фактором риска хронической болезни почек. Наличие абдоминального ожирения увеличивает вероятность развития ХБП у пациентов старше 20 лет в 2,6 раза, причем она повышается по мере увеличения количества осложнений абдоминального ожирения.

При наличии ожирения в детском возрасте почки неспособны справиться с физиологическим стрессом, который возникает от быстрого роста тела и ведет к метаболической дисфункции в более позднем возрасте [3,4].

Одним из ранних нарушений функционального состояния почек может являться микроальбуминурия, изменения в скорости фильтрации почек и других парциальных функций почек. В связи с выше указанным целью нашего исследования явилось изучение парциальных функций почек у детей с ожирением.

Материал и методы: наши исследования проводились в семейных поликлиниках города Самарканда (Узбекистан). Основную группу составили 51 ребенок с экзогенно-конституциональным, алиментарным ожирением и 20 детей контрольной группы с нормальной массой тела.

Антропометрические исследования проводились с использованием стандартных измерительных приборов (ростомер напольный и медицинские весы). Антропометрические измерения включали в себя: рост, массу тела, окружность талии и бедер. Сравнение полученных данных и оценку физического развития проводили по центильным таблицам возрастного и гендерного распределения ВОЗ роста и массы тела для детей 5-19 лет. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали на основании измерений. Результаты оценивались с использованием стандартных отклонений ИМТ (SDS) и Z-score в соответствии с рекомендациями ВОЗ [5]. Окружность талии (ОТ) измеряли в средней точке между гребнем подвздошной кости и реберной дуги в средней подмышечной линии в положении стоя в конце полного выдоха, результата сравнивали с процентильным распределением окружности талии (см) у мальчиков и девочек в возрасте от 2 до 18 лет (ВНОК 2009).

В соответствии с поставленными задачами дети основной группы были разделены на 2 группы: 1 группа - 27 детей имела ИМТ $+2,0$ до $\geq +3$ SDS, т.е. дети имели ИМТ характеризующих ожирение от 1 - 3 степени, но с ОТ находящихся в пределах нормы согласно процентильным отклонениям соответственно возрасту и полу. В среднем ИМТ составил $31,92 \pm 0,51$ кг/м²

2 группа – 24 детей включала детей с ИМТ $+2,0$ до $\geq +3$ SDS, что было соответственно 1-3 группе ожирения, ОТ талии в данной группе превышал 90 перцентиль для соответствующего возраста и пола. Средний ИМТ у детей данной группы ($32,43 \pm 0,62$ кг/м²) достоверно превышал показателя контрольной группы ($p < 0,01$).

Группу контроля составили 20 детей аналогичного возраста (в среднем $12,00 \pm 0,34$ лет) с нормальной массой тела $19,18 \pm 0,34$ кг/м² (ИМТ менее $+1$ SDS для данного пола и возраста).

Основная группа детей с простым ожирением, абдоминальным ожирением и группа контроля были сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$) и гендерному составу ($p > 0,05$).

Определение скорости клубочковой фильтрации проводилось по формуле Кокрофта-Голта.

Микроальбуминурия определялась в утренней моче с помощью тест-полосок MICRAL-TEST II (Roche Diagnostics) (с пределом чувствительности от 0 до 100 мг/л). Диагностическим положительным уровнем экскреции альбумина считался 20 мг/л и выше в утренней моче. Нами проводилось двухкратное исследование с перерывом с неделю 7 дней. Положительным тест считался при двукратном наличии микроальбуминурии в утренней моче. Вторым этапом было определение альбумина иммунотурбидиметрическим методом на аппарате «Integra Analyzer» («Roche, Basel, CH») в утренней моче. На основании полученных данных (концентрация альбумина в 1 мл мочи) рассчитывали экскрецию альбумина (мг/л). Положительным тест считали при наличии альбумина выше 20 мг/л в разовой порции утренней мочи

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере программой Statistica 10. Применялись методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с определением средней арифметической (М), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (Р).

Результаты исследования. При оценке фильтрационной функции почек у пациентов с ожирением наблюдаются не точности, так как площадь поверхности тела у больных с ожирением не соответствует стандартным показателям, в связи с чем при определении расчетными методами значения СКФ занижаются или завышаются. Также и в педиатрии рекомендации в данном направлении единичные и не отражают четких рекомендаций по мониторингованию СКФ у детей с избыточным жиротложением. Данные литературы указывают на увеличение СКФ с повышением индекса массы тела независимо от возраста, в связи с этим нами была применена формула Кокрофта-Голта учитывающая массу тела пациента, тогда как в формулах Шварца и Коунахана, рекомендуемых для использования в педиатрической практике, используется только рост ребенка.

При расчете СКФ с использованием формулы Кокрофта-Голта получено статически значимое увеличение скорости фильтрации от контрольной группы до группы с абдоминальным ожирением (таблица 1).

В контроле состояние гиперфильтрации т.е. СКФ выше 130 мл/мин/1,73 м² не наблюдалось у детей с нормальной массой тела, и в среднем составила 102,7±2,09 мл/мин.

У детей с простым ожирением частота детей с состоянием гиперфильтрации составила 6 детей (22,2%), при этом средний показатель у детей данной группы составил показатели выше нормы и был статистически достоверен по сравнению с контролем (133,2±5,3 мл/мин; $p<0,01$), случаев детей с состоянием гипофильтрации не наблюдалось.

У детей с абдоминальным ожирением, частота повышенной скорости клубочковой фильтрации составила 19 детей (70,3%), при среднем уровне 167,00±7,10 мл/мин, что было достоверно больше по сравнению с контролем ($p<0,01$), следует отметить, что у 2 детей (7,4%) из группы с висцеральным ожирением наблюдалось состояние гипофильтрации в от 60 до 70 мл/мин среднем 67,85±5,00 что было расценено как начало хронической болезни почек у детей: повреждение почек с небольшим снижением СКФ. Данный факт способствовал взятию под контроль детским нефрологом данного контингента детей.

Нам представило интерес изучения состояния СКФ в зависимости от показателя ИМТ и длительностью ожирения у детей.

Полученные данные показали, что скорость клубочковой фильтрации изменялась в зависимости от ИМТ. Состояние гиперфильтрации наблюдалось у детей с ожирением 3 степени, при $\geq +3$ SDS: 173,00±5,58 мл/мин при этом показатели достоверно отличались от показателей детей с ожирением 1-2 степени (ИМТ $>+2<+3$ SDS) 155,77±5,00 мл/мин ($p<0,01$), избыточной массой тела (+1,0 до +2,0 SDS) - 146,10±6,33 мл/мин ($p<0,01$) и контролем $<+1$ SDS 102,7±2,09 мл/мин ($p<0,01$).

При проведении соответствия с длительностью течения ожирения у детей выявлено, что не всегда состояние гиперфильтрации возникало у детей с длительным течением патологического процесса в виде ожирения. Полученные данные показали, что уровень СКФ достоверно друг от друга не отличался в группах детей в зависимости от длительности ожирения. Так, при продолжительности ожирения 2-3 года средний уровень СКФ составил наименьшие значения (149,23 ±4,86 мл/мин), а при продолжительности ожирения 7 и более лет наибольшие значения (162,33±7,21 мл/мин), при среднем уровне 153,12±6,45 мл/мин при продолжительности 4-6 лет, но данные различия статистически достоверно не различались ($p>0,05$). Учитывая данные статистики, можно сказать, что СКФ не имеет зависимости от продолжительности ожирения, но зависит от массы тела, так как пациенты за короткий срок продолжительности ожирения могут набрать достаточно высокую массу тела.

При проведении соответствия с уровнем АД у детей выявлена зависимость уровня СКФ от процентильного распределения АД в зависимости от возраста и роста и пола, распределения показателей которых было рекомендовано в Клинических рекомендациях ВНОК (2009).

Полученные данные показали, что не смотря на более высокий уровень показателя СКФ в группе детей с простым ожирением с высоким нормальным АД (18 детей- 132,12±5,8 мл/мин), он не имел достоверной разницы с группой детей с нормальным АД (10 детей - 110,15±6,3 мл/мин), т.е. уровень АД не влиял на СКФ в группе детей с простым экзогенно-конституциональным ожирением.

Тогда как в группе детей с абдоминальным ожирением имела достоверная разница между скоростью клубочковой фильтрации в зависимости от уровня АД, при средних нормальных показателях у детей с нормальным АД (8 детей - 113,28 ±4,93 мл/мин), скорость клубочковой фильтрации у детей с нормальным высоким АД было достоверно выше (11 детей -156,38 ±4,93; $p<0,001$), по сравнению с детьми с нормальным АД. Также достоверно высокие показатели СКФ по сравнению с детьми с нормальным АД и высоким нормальным АД имели дети с диагностированной АГ I степени (≥ 95 - < 99 перцентил) 3 детей- 180,5 ±6,3 мл/мин ($p<0,01$ по сравнению с высоким нормальным АД), и дети с АГ II степени (≥ 99 перцентил) 2 детей- 174,71 ±4,38 мл/мин ($p<0,01$).

Таким образом, фильтрационная фракция, увеличивается одновременно с повышением АД. Изменения почечной гемодинамики могут происходить уже на ранней стадии гипертензии и в период, предшествующий гипертензии. Даже у новорожденного, оба родителя которого страдают гипертензией, имеющего нормальное АД, было обнаружено заметное снижение ренального кровотока и увеличение фракции фильтрации. Это говорит о том, что почечная гиперперфузия представляет собой очень ранний признак, а возмозжно, и предпосылку развития гипертензии.

Микроальбуминурия считается одним из важных маркеров поражения почек и развития хронических почечных заболеваний (нарушение микроциркуляции в почке), в особенности первичных поражений гломерулярного аппарата почек. Также в нашей работе нами был определен уровень экскреции альбумина в утренней порции мочи, который показал, что частота высокого уровня микроальбуминурии повышалась в зависимости от вида ожирения и его

тяжести.

При исследовании уровня альбумина в моче у больных с простым ожирением: патологическая МАУ выявлена у 6 (22,2%) больных, у 18 (66,6%) пациента находилась в пределах физиологических значений и у 3 (11,1%) больных отсутствовала. У детей с абдоминальным ожирением патологическая МАУ выявлена у 14 (58,33%) больных ($p < 0,01$ по сравнению с 1 группой), и всего у 9 (37,50%) пациента находилась в пределах физиологических значений ($p < 0,05$ по сравнению с первой группой), случаев отсутствия МАУ не наблюдалось. Выявлено, что средний уровень микроальбуминурии повышался в зависимости от тяжести ожирения, при среднем уровне $18,00 \pm 4,89$ мг/л у детей с избыточной массой тела, статистически достоверно был выше у детей с ожирением 1-2 степени (ИМТ $> +2 < +3$ SDS) $37,62 \pm 8,14$ мг/л ($p < 0,05$) и ожирением 3 степени, при $\geq +3$ SDS $64,30 \pm 2,21$ мг/л ($p < 0,0001$).

Концентрационная функция почек была изучена при помощи метода Зимницкого. Исследования показали, что средняя плотность мочи в обеих группах исследования составила референтные показатели, $1017,09 \pm 2,18$ в 1 группе и $1016,84 \pm 1,57$ во второй группе ($p > 0,05$), при этом минимальная плотность мочи составила 1006, а максимальная 1028.

Низкий удельный вес мочи (гипостенурия) (удельный вес мочи ниже 1010) в однократной порции мочи наблюдался у 1 (3,7%) ребенка из 1 группы, при этом он сочетался с низким удельным весом во всех порциях мочи (изостенурия). В группе детей с абдоминальным ожирением случаев гипостенурии наблюдалось больше 4 случая (16,6%), при этом у 2 (8,33%) он сопровождался изостенурией и никтурией (преобладание ночного диуреза), что указывало на поражение канальцевого аппарата почек и свидетельствовало о нарушении процессов концентрации в почечных канальцах. В остальных случаях плотность мочи в течении суток была в пределах нормы, т.е. концентрационная функция почек была сохранена.

Диурез за сутки составил $1,47 \pm 0,05$ л/сут в 1 группе и $1,5,0 \pm 0,04$ л/сут во второй группе ($p > 0,05$), дневной диурез преобладал над ночным и составил соответственно $0,90 \pm 0,06$ л в 1 группе и $0,91 \pm 0,07$ во второй группе.

Таким образом, у почти у абсолютного числа больных (у 48 детей из 53 90,5%), страдающих ожирением концентрационная функция почек была сохранена, при этом у 3 детей (5,6%) наблюдалось нарушение функции дистальных канальцев. При этом нарушения концентрационной функции почек у больных с ожирением зависели от наличия абдоминального ожирения, которое зачастую сопровождается осложнениями.

Выводы

Таким образом СКФ зависела от типа и тяжести ожирения, с увеличением степени ожирения у детей отмечалось увеличение скорости клубочковой фильтрации, также у детей с абдоминальным ожирением с большей частотой наблюдалась гиперфильтрация, при этом средние показатели были достоверно выше по сравнению с детьми с простым ожирением.

СКФ не имела зависимости от продолжительности ожирения, но зависела от уровня АД, особенно в группе с абдоминальным ожирением.

В группе детей с абдоминальным ожирением отмечалась большая частота детей с микроальбуминурией, средний уровень которой имел достоверные различия от детей с простым ожирением, что характеризует абдоминальное ожирение как состояние, при котором наблюдается потеря клубочко-канальцевого баланса.

Абдоминальное ожирение в 5,6% случаев сопровождалось нарушением работы дистальных канальцев с поражением концентрационной функции почек, что требовало специализированной помощи детского нефролога.

Литература

1. World Health Organization. Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). 2022. 70 p.
2. Ruiz Lyndsey D., Zuelch Michelle L., Dimitratos Sarah M., Scherr Rachel E.. Adolescent Obesity: Diet Quality, Psychosocial Health, and Cardiometabolic Risk Factors. *Nutrients*. 2019 Dec;12(1):43. doi: 10.3390/nu12010043
3. Вялкова АА, Лебедева ЕН, Красиков С.И и др. Клинико патогенетические аспекты повреждения почек при ожирении (обзор литературы). *Нефрология* 2014; (3): 24-33
4. Chen J, Muntner P, Hamm LL, et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U. S. adults. *Ann Intern Med*. 2004 Feb 3;140(3):167-74. PMID: 14757614.
5. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень № 311. Январь 2015 г. Электронный ресурс: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.

Аникеева Н.А., Гречкина А.К., Гончарова П.О.

АУТОИМУННЫЙ ПОЛИГАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА. СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Актуальность.

Аутоиммунный полигандулярный синдром (АПС) – редко встречающаяся аутоиммунная патология, представляющая собой поражение нескольких эндокринных желез, приводящее к их недостаточности, которое может сочетаться с неэндокринными аутоиммунными заболеваниями (соединительной ткани, гематологическими, желудочно-кишечными и другими поражениями).

Впервые АПС был описан в 1855 г. английским врачом эндокринологом Т. Аддисоном. АПС 1-го типа - моногенное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, манифестирующее в детском возрасте, связанное с мутациями гена AIRE. Ген AIRE расположен в 21-й хромосоме и содержит 14 экзонов, экспрессируется в мозговом веществе тимуса и отвечает за синтез одноименного белка AIRE, который обеспечивает иммунную толерантность к собственным антигенам организма, а так же регулирует развитие Т-регуляторных клеток.

Клиническая картина АПС 1 типа характеризуется классической триадой: гипопаратиреоз, кожно-слизистый кандидоз и первичная надпочечниковая недостаточность, однако могут встречаться и симптомы поражения других

органов и систем.

Полиморфизм клинической картины зачастую не позволяет своевременно поставить диагноз и начать патогенетическую терапию, без которой у пациентов рано развиваются жизнеугрожающие состояния. Сложности диагностики и серьезность прогноза при АПС-синдроме и обуславливают актуальность исследований в данной области.

Цель исследования.

Изучить особенности течения АПС-1 у ребенка на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования.

Работа с медицинской документацией пациента Е, учебная и научная литература.

Результаты исследования и их обсуждение.

Девочка 11 месяцев (28.07.2022 г.) поступила в инфекционное отделение ГКБ № 11 с жалобами на повышение температуры до 38 С, пятнистая сыпь по всему телу, жидкий стул до 5 раз в сутки, наличие белого налета на языке и деснах, боль в коленных суставах, снижение аппетита, вялость.

Особенности анамнеза жизни: ребенок от 3 беременности (1-ая беременность- 2002 г, мальчик с тугоухостью, мать во время беременности перенесла краснуху, 2-ая беременность – 2007г, мальчик, здоров), протекавшей на фоне анемии и отёков в 3 триместре, 3 роды путем операции кесарево сечение, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении – 3860 гр, длина тела - 53 см. Вакцинирована согласно национальному календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 4 раза в год, острый энтерит инфекционной этиологии, вирусная бактериальная инфекция, токсикодермия, кандидоз слизистых оболочек, острый правосторонний отит.

При обследовании - в гемограмме отмечался лейкоцитоз ($20,1 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилез, тромбоцитоз ($753 \times 10^9/\text{л}$). Проводилась дифференциальная диагностика между юношеским артритом с системным началом и аутовоспалительным заболеванием. На фоне лечения нимулидом, преднизолоном, цитиризином, цефотаксимом наблюдалась положительная динамика.

Для дальнейшего обследования в возрасте 12 месяцев была направлена в НКЦ гематологии онкологии и иммунологии г. Рязани. Выявлено повышение уровня IgG ($18,5 \text{ г/л}$) (N- $5,83\text{--}10,01 \text{ г/л}$). Диагноз: аутовоспалительный синдром?

В 1 год 2 месяца ребенок повторно госпитализирован в ГКБ №11 с жалобами на повышение температуры до 38 С без катаральных явлений, сопровождающаяся сыпью по всему телу, боли при движении в правом коленном суставе. При поступлении ОАК: лейкоцитоз, тромбоцитоз. На УЗИ в правом коленном суставе жидкость в объеме 2,5 мм. При динамическом наблюдении в отделении – эпизоды повышения температуры с появлением пятнистой сыпи на туловище.

Для уточнения диагноза пациентка направлена в ОДКБ ИМ. Н. В. Дмитриевой. В миелограмме: раздражение гранулоцитарного ростка, мегакариоциты в большом количестве с хорошей степенью отшнуровки, много зрелых тромбоцитов. В ОАК: анемия 2 степени, лейкоцитоз. Повышение уровня IgG общего ($21,7 \text{ г/л}$).

В возрасте 1 год 4 месяца была обследована в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. При инструментальном обследовании выявлены УЗИ-признаки увеличения объема щитовидной железы (диффузный зоб). По данным ЭГДС, колоноскопии обнаружены признаки антрального неатрофического гастрита, дуоденита, левостороннего колита. На МСКТ легких визуализируется картина интерстициальных изменений, в связи с чем назначена торакоскопическая биопсия легких, выявлена слабо выраженная интерстициальная инфильтрация мелкими реактивными лимфоцитами. В иммунограмме - повышение уровня IgG ($21,8 \text{ г/л}$). При проведении медико - генетического исследования была выявлена мутация в гене AIRE c.769C>Thomo. На основании полученных данных поставлен диагноз: аутоиммунный полигландулярный синдром 1 типа.

Пациентке проводилась терапия: препаратами моноклональных антител (абатацепт, ритуксимаб), антибактериальная терапия (цефепим, цефперазон, цефотаксим, бисептол, цефиксим), иммуноглобулин человеческий нормальный (кутакиг), противогрибковый препарат (флуконазол). На фоне проводимого лечения наблюдалась некоторая положительная динамика: отсутствовали эпизоды повышения температуры, уменьшилась площадь поражения слизистых оболочек и кожи *C. albicans*, снизилась выраженность и количество инфильтративных изменений в лёгких.

Таким образом, в описанном случае наблюдались как типичные (кожно- слизистый кандидоз), так и более редкие проявления (полиморфная эритема, сопровождающаяся лихорадкой и артропатией, энтеропатией, интерстициальной болезнью легких.) АПС 1 типа, что согласуется с рядом зарубежных авторов.

Заболевание манифестировало с проявлений кожно-слизистого кандидоза в первый год жизни, что совпадает с данными ряда исследователей [3].

У данной пациентки не отмечено клиники аутоиммунного поражения эндокринных желез, что может объясняться более поздней манифестацией эндокринопатий [4].

Выводы.

Врачи первичного звена и специалисты узкого профиля должны сохранять настороженность в отношении аутоиммунных заболеваний, которые на ранних этапах не имеют специфических клинических проявлений.

Ранняя диагностика позволяет снизить число жизнеугрожающих состояний и повысить качество жизни пациентов с АПС-1.

Дети с АПС-1 должны находиться под наблюдением врачей эндокринологов, поскольку для пациентов с данным заболеванием характерны поражение эндокринных органов, в частности щитовидной железы и надпочечников, манифестирующее в более позднем возрасте.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации – Первичные иммунодефициты с преимущественной недостаточностью синтеза антител – 2022-2023-2024 (26.05.2022) – Утверждены Минздравом РФ, стр 44-46
2. Ferre EM, Rose SR, Rosenzweig SD, Burbelo PD, Romito KR, Niemela JE, Rosen LB, Break TJ, Gu W, Hunsberger S,

Browne SK, Hsu AP, Rampertaap S, Swamydas M, Collar AL, Kong HH, Lee CR, Chascsa D, Simcox T, Pham A, Bondici A, Natarajan M, Monsale J, Kleiner DE, Quezado M, Alevizos, Moutsopoulos NM, Yockey L, Frein C, Soldatos A, Calvo KR, Adjemian J, Similuk MN, Lang DM, Stone KD, Uzel G, Kopp JB, Bishop RJ, Holland SM, Olivier KN, Fleisher TA, Heller T, Winer KK, Lionakis MS. Redefined clinical features and diagnostic criteria in autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy // JCI Insight. 2016;1:e88782.

3. Perheentupa J. Autoimmune polyendocrinopathy-candidiasis-ectodermal dystrophy // J Clin Endocrinol Metab. 2006;91:2843–2850.

4. Орлова Е.М. Аутоиммунный полиэндокринный синдром 1 типа: клинические варианты, генетические основы, иммунологические маркеры, лечение и прогноз: Дис.... док. мед. наук: 14.02.01/ Москва, 2017-268 с.

Давлатова С.Н., Исмаилов К.И., Абдурахманова У.Ш.

БЕТА-ТАЛАССЕМИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Талассемия является наиболее распространенным моногенным наследственным заболеванием у детей. Талассемии встречаются практически в каждой этнической группе и географическом местоположении. Носителями талассемии являются 1,5% населения мира. “Пояс талассемии” простирается вдоль берегов Средиземного моря и по всему Аравийскому полуострову, Турции, Ирану, Индии, юго-восточной Азии, особенно Таиланду, Камбодже и южному Китаю. Распространённость носителей талассемии в этих регионах колеблется от 2,5 до 15% [5]. Среди стран СНГ гемоглобинопатии наблюдаются в Закавказье, Дагестане, Молдавии, Башкирии, странах Средней Азии, особенно в Таджикистане.

Данная патология приводит к осложнениям со стороны многих органов и систем, особенно кардио-васкулярной, поэтому изучение сердечно - сосудистой системы у детей является значимым вопросом.

Талассемия является генетическим заболеванием, характеризующимся нарушением синтеза гемоглобина и анизоцитозом эритроцитов. Одной из ведущих форм талассемии является β -талассемия, которая проявляется наследственным дефицитом β -цепей гемоглобина и вызывает дисбаланс синтеза α - и β -глобиновых цепей в организме. Это приводит к снижению количества функционального гемоглобина и развитию гемолитической анемии. Степень тяжести клинической картины напрямую зависит от степени дисбаланса β - или α -глобиновых цепей. β -талассемия характеризуется уменьшением (β^+ -талассемия) или полным отсутствием (β^0 -талассемия) синтеза β -глобиновых цепей. Уровень HbF ($\alpha_2\gamma_2$) всегда повышен, а HbA2 ($\alpha_2\delta_2$) может быть различным, повреждённый ген находится на 11-й хромосоме и число продуцируемых полипептидных цепей снижено. Формируется нестабильная гемоглобиновая связка, которая быстро разрушается и разрушает клетки-носители – эритроциты и нормобласты. По числу дефектных генов различают большую талассемию, с поражением двух генов, отвечающих за формирование бета-цепей; промежуточную форму, при которой мутируют один или оба гена, но бета-цепей достаточно для выработки гемоглобина в пределах нормы; малую талассемию, когда мутирует один ген и численность бета-цепей уменьшается незначительно [1,2]. Большая форма талассемии, известная как анемия Кули, протекает наиболее тяжело. Пациентам с большой формой β -талассемии требуется постоянная заместительная гемотрансфузия эритроцитарной массы, что в сочетании с хронической анемией и повышенной адсорбцией и неэффективным выведением железа из ЖКТ ведёт к накоплению последнего в органах и тканях, нарушая их морфологию и функцию. Железо откладывается как в кардиомиоцитах всех отделов сердца, так и в проводящей системе, включая синоатриальный и атриовентрикулярный узлы. Кардиомиопатия, связанная с перегрузкой железа, длительная анемия, хроническая гипоксия приводят к гипертрофии миокарда, развивается систолическая и диастолическая дисфункция левого желудочка, что в последующем может привести к развитию сердечной недостаточности, аритмий и других осложнений [3,4].

Дети с талассемией нуждаются в определении клинико-лабораторных показателей для диагностики, оценки тяжести и лечения заболевания. Они также требуют постоянного мониторинга состояния сердца и сосудов для профилактики и лечения осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные параметры и особенности центральной гемодинамики у детей с β -талассемией.

Материалы и методы исследования. В рамках данного исследования были проанализированы клинические, лабораторные, а также инструментальные данные у больных детей. Нами обследовано 40 детей в возрасте от 2 до 15 лет. Девочек было 20, мальчиков-14. Большая талассемия диагностирована у 19 (47,5%) пациентов, малая талассемия - у 21 (52,5%). Контрольную группу составили 30 здоровых детей, приравненные по полу и возрасту (средний возраст – 9.15 ± 0.84 лет). Больные были условно разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести патологического процесса (средней тяжести и тяжёлой). В процессе исследования были оценены такие параметры, как уровень гемоглобина, концентрация гемоглобина HbF и HbA2, сывороточное железо, ферритин, общая железосвязывающая способность сыворотки крови, размеры селезёнки и печени, по показаниям проводили пункцию костного мозга. Особое внимание уделялось изучению параметров центральной гемодинамики, таких как сердечный выброс, сердечный индекс, минутный объём кровотока и другие.

Одним из доступных и высокоинформативных методов диагностики и мониторинга состояния сердечно - сосудистой системы у детей с талассемией является эхокардиография, которая позволяет оценить структурные и функциональные изменения сердца. Исследования центральной гемодинамики проводились методом эхокардиографии на ультразвуковом аппарате фирмы «Toshiba».

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе лабораторных данных у 14 больных выявлена ане-

мания средней тяжести: эритроциты – 1.5-3.3 млн., гемоглобин – 70-78 г/л, ЦП-0.64-0.95. Анемия тяжелой степени обнаружена у 26 больных: эритроциты составили 1.1-2.4 млн., гемоглобин – 20-67 г/л, ЦП-0.55-0.8. У всех обследованных больных были выявлены ретикулоцитоз, лейкопения, нормобластоз, анизо-пойкилоцитоз, а при тяжелой степени анемии – ускоренное СОЭ, тромбоцитопения, сдвиг лейкоформулы влево. Уровень сывороточного железа превышал норму и составлял 24-78 мкмоль/л. Отмечено увеличение концентрации билирубина у 22 наблюдаемых детей, за счёт непрямой фракции. Изменения форегаммы характеризовались увеличением концентрации гемоглобина А2 у больных с малой талассемией, фетального гемоглобина у детей с большой талассемией. Проба Кумбса была отрицательной у всех больных. По результатам анализа костномозгового пунктата были выявлены следующие изменения: резкая гиперплазия эритроидного ростка, количество эритроидных клеток достигало 44%, число митозов красной крови составило 1,4%-2,9%, в 89% выявлено сужение белого ростка. Костномозговой пунктат оценён как гиперрегенераторный. Отмечалась выраженная гепатомегалия (от 4 до 7 см) и спленомегалия (от 5 см до полости малого таза). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия (95%), приглушения тонов сердца (72,5%), систолического шума на верхушке и над всей областью сердца. Обнаружено смещение границ относительной сердечной тупости на 1-1,5 см (55%), одышка в покое (87,5%). Эхокардиография показала следующее: умеренное расширение всех полостей сердца (27,3%), увеличение конечно-диастолического размера (КДР) левых отделов сердца (26,7%), увеличение КДР левого предсердия и правого желудочка (21,6%), у 10 больных увеличение КДР левого желудочка, у 8 – расширение полости правого желудочка. Выявлено снижение сократительной способности миокарда до I (ФВ – 56-59%) степени у больных с малой формой, до II степени (ФВ – 51-53%) у детей с большой формой β- талассемии. Гипертрофия миокарда левого желудочка встретилась у 5 детей (12,5%). Результаты эхокардиографических данных показали, что в условиях покоя у больных первой и второй групп средняя величина минутного объёма кровотока (МОК) и его относительная величина – сердечный индекс (СИ) были выше по сравнению с таковыми показателями здоровых детей. Это было обусловлено тахикардией, вследствие хронической анемии. В связи со снижением площади поверхности тела (дефицита массы тела) у пациентов в исследуемых группах обнаружено увеличение величины ударного индекса (УИ) больных по сравнению с контрольной группой. Средние показатели систолического объёма кровотока (СОК) у больных незначительно отличались от такого же показателя здоровых. При проведении умеренной нагрузки на велоэргометре дети с большой формой заболевания не смогли выполнить требуемые задания. У них отмечалась выраженная одышка, резкая слабость, головокружение. У детей с малой талассемией показатели центральной гемодинамики после проведения физической нагрузки увеличились: МОК на 80.2, СИ – на 81.0, СОК – на 10, 3 и УИ – на 10.2%.

Выводы. У детей с β-талассемией хроническая анемия, гипоксия, перегрузка организма железом приводят к нарушению структурных и функциональных особенностей сердца и сосудов. У большинства пациентов на Эхо-КГ отмечается гипертрофия и увеличение полости левого желудочка с увеличением сердечного выброса, а при выполнении умеренной нагрузки показатели МОК и СИ увеличиваются более чем в 2 раза за счёт выраженной тахикардии. Данный факт объясняется нарушением адаптации сердечно-сосудистой системы к хронической анемии и кардиомиопатией, ассоциированной с гемосидерозом. Детям с данной патологией необходимо раннее выявление нарушений со стороны сердца, а также применение хелаторной терапии для предотвращения тяжелых осложнений и летальных исходов.

Список литературы

1. Сметанина Н.С. Оценка степени накопления железа у детей с трансфузионнозависимой бета-талассемией //Н.С.Сметанина, Г.В.Терещенко, М.В. Красильникова, А.А. Гвоздев, Д.И.Ибрагимова //Гематология и трансфузиология.- 2016. - №1 (61).- С.42-48.
2. Учебник гематологии/Н.И. Стуклов, Г.И. Козинец, Н.Г. Тюрина //М.: Практическая медицина. - 2018. -С.182-188.
3. Albakri A. Iron overload cardiomyopathy: A review of literature on clinical status and meta-analysis of diagnostic and clinical management using iron chelators/A. Albakri //Int Med Care. - 2018. -Volume 2(1). -P. 1-12.
4. Bazi A. Cardiac Hemosiderosis in Transfusion Dependent Thalassemia: A Mini-Review /A. Bazi, M.R. Keramati, I.Shahramian //Iran. Int J Basic Sci Med. - 2017.-2(1). - P.5-10.
5. Hematology (Seventh Edition). /John Chapin, Patricia J.Giardina. -2018. - P. 546-570.

Джумаева¹ Л.Ф., Исмоилов² К.И., Саторов³ С.

КОРРЕЛЯТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

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

Актуальность. Болезни органов остаются актуальными в педиатрии и занимают лидирующие позиции по частоте общей заболеваемости и по уровню смертности у новорождённых и детей раннего возраста. В экономически развитых странах заболеваемость пневмонией составляет 1,5 (3%) на 1000 детей с рождения до 15 лет и 3,4 (6,8%)—у детей с рождения до 5 лет.

Пневмония вызывается целым рядом возбудителей, включая вирусы, бактерии и грибки. Этиологические факторы развития пневмонии отличаются по наличию преобладающих патогенов и их антигенным (серологическим) свойствам.

Бактериальные пневмонии в первые месяцы жизни чаще всего развиваются у детей с привычной аспирацией пищи. Помимо привычной аспирации пищи к факторам риска развития пневмонии относят нейромышечную патологию, иммунодефициты, муковисцидоз, врожденные пороки, в том числе сердца. Осложнённые пневмонии у детей первого

года чаще всего вызывает *Staphylococcus aureus*, у детей в возрасте старше года – *Streptococcus pneumoniae*. Стафилококки являются возбудителями значительной части внебольничных и нозокомиальных пневмоний, инфекций кожи и мягких тканей, костей и суставов [1,2,3].

На сегодня известно, что клинические проявления и течение патологии инфекционной природы, включая пневмонии напрямую коррелируют с генотипической характеристикой этиологического агента [4,5].

Учитывая тот факт, что *S.aureus* является этиологическим агентом более 100 нозологических форм заболеваний включая пневмонию, выявление взаимосвязи между клиническими проявлениями и генотипами возбудителей пневмонии представляет практический интерес.

Цель исследования. Изучить коррелятивность клинико-генетических показателей при бактериальной пневмонии у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное, обследование 105 детей с пневмонией, находившихся в отделении патологии новорождённых, в отделении патологии детей раннего возраста и отделении реанимации ГУ НМЦПТ «Шифобахш».

Всем детям были проведены лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови), бактериологические методы исследования, в качестве материала использовали мазок из слизистой задней стенки глотки, бронхиальный аспират и кровь, ПЦР метод исследования, молекулярно-генетический метод исследования и инструментальные методы исследования (рентгенологическое обследование органов грудной клетки, бронхоскопия, электрокардиография, ультразвуковое исследование головного мозга).

Результаты исследования и их обсуждение. Клинический интерес представляло выявление частоты встречаемости генов патогенности в хромосомной ДНК штаммов *S.aureus*, выявленных у новорождённых детей и детей первого года жизни с тяжёлой и очень тяжёлой пневмонией. Исходя из этого, ПЦР анализу были подвергнуты штаммы *S.aureus*, которые были высеяны в результате бактериологического исследования мазка из слизистой задней стенки глотки, крови и бронхиального аспирата у обследованных новорождённых и детей первого года жизни.

У детей с тяжёлой пневмонией в образцах ДНК были обнаружены 3 генотипа из сочетания различных хромосомных генов. Чаще всего, в 22 (66,7%) случаях, был обнаружен генотип одного гена (Sak), ген (Pls) был обнаружен - в 6 (18,2%) случаях.

Генотип из комбинации 2 генов (Sak, scn) был обнаружен в 4 (12,1%) случаях. Генотип из комбинации всех трёх генов (Pls, Sak, scn) был обнаружен в 1 (3%) случае.

У детей с очень тяжёлой пневмонией, в отличие от больных первой группы, чаще других был обнаружен генотип из вариации всех трёх генов (pls, sac, scn) - в 27 (65,8%) случаях. В 11 (26,8%) случаях был обнаружен генотип из комбинации двух генов (sac, scn), генотип из 1 гена (Sak) был обнаружен в 2 (6,25%) случаях и ген (Pls) был обнаружен в 1 (2,4%) случае. Данные генотипов при пневмонии у детей первого года жизни с тяжёлой и очень тяжёлой пневмонией отражены в таблице 1.

Таблица 1 Распределение генотипов *S.aureus* у новорождённых и детей первого года жизни с тяжёлой и очень тяжёлой пневмонией

Кол-во генов	Генотип	Кол-во позитивных образцов, при тяжёлой пневмонии	Кол-во позитивных образцов при очень тяжёлой пневмонии	Итого
1	Sak	22(66,7%)	2 (4,9%)	24 (32,4%)
2	Sak, scn	4(12,1%)	11(26,8%)	15 (20,3%)
1	Pls	6(18,2%)	1(2,4%)	7 (9,4%)
3	Pls,Sak,scn	1(3%)	27 (65,8%)	28 (37,8%)
Всего		33 (44,6%)	41 (55,4%)	74 (100%)

Также был проведён корреляционный анализ между генотипами и тяжестью, длительностью и исходом заболевания у новорождённых и детей первого года жизни. Так, статистически достоверная, сильная связь была выявлена между генотипами Sak и тяжестью заболевания ($r=-0,722$), между длительностью лечения ($r=-0,732$) и между исходом заболевания ($r=0,728$), статистически умеренная связь была выявлена между генами Sak, scn и тяжестью ($r=-0,543$), между длительностью заболевания ($r=0,524$), между исходом заболевания была выявлена умеренная связь ($r= -0,548$). Сильная связь была выявлена между генами Pls, Sak, scn и тяжестью заболевания ($r=-0,734$), между длительностью заболевания ($r=-0,722$), между исходом заболевания ($r=-0,732$) Слабая корреляционная связь ($r=0,46$) отмечалась между геном Pls, тяжестью, длительностью и исходом заболевания (таблица 2).

Таблица 2 Корреляция генотипа *S. Aureus* с клинической формой, тяжестью заболевания, длительностью лечения и исходом пневмонии

Генотип	Тяжесть заболевания	Длительность заболевания	Исход
Sak	-0,722 $p<0,01$	- 0,732 $p<0,01$	0,728 $p<0,01$
Pls	0,46	0,45	0,34
Sak, scn	-0,543 $p<0,01$	0,524 $p<0,01$	-0,548 $p<0,05$
Pls, Sak, scn	-0,734 $p<0,01$	0,722 $p<0,01$	-0,732 $p<0,01$

Примечание: p - статистически достоверная корреляционная связь между генотипом, степенью тяжести пневмонии, длительностью и исходом

Выводы.

1. Результаты исследования показали, что штаммы *S. Aureus*, которые явились этиологическими агентами пневмонии, имели достаточно широкую генотиповую разновидность. У детей с бактериальной пневмонией из хромосомной ДНК были выявлены гены, кодирующие ферменты патогенности и вирулентности бактерии *S. Aureus*.
2. Корреляционный анализ показал, что количество клинических признаков и их проявления напрямую коррелировали с количеством генов в хромосомной ДНК. В частности, при очень тяжёлой пневмонии интенсивность клинических проявлений была более выражена в исследуемых образцах, и все осложнения пневмонии, длительность заболевания и летальные исходы были ассоциированы с таковыми штаммами.

Литература:

1. Абдурахимов Р.М. Некоторые вопросы эпидемиологии пневмоний у детей в Республике Таджикистан / Абдурахимов Р.М., Вохидов А.В. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2019. - №4. С.
2. Володин Н.Н. Неонатология – национальное руководство / под ред. академика РАМН проф. Володиной Н.Н. // – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – 896 с.
3. Викторов В.В. Факторы риска и прогноз развития пневмонии у новорождённых / Викторов В.В., Фатыхова А.И., Богданова Р.З., Куватов С.С. // Медицинский Вестник Башкортостана. - 2020. - Т.8. - №3. – С. 62-67.
4. Горбич О.А. Факторы риска тяжёлой внебольничной пневмонии у детей. / Чистенко Г.Н., Мазаник О.А., Глинская И.Н., Дашкевич А.М., Филипченкова М.А. // Здоровоохранение. - 2018; №6: - С. 2-6.
5. Bootsma M.C., Diekmann O., Bonten M.J. Controlling methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* quantifying the effects of interventions and rapid diagnostic testing. Proc. Natl. Acad. Sci USA 2020; 103(14):5620–5625.

Зиядудлаева Хулкар Облакуловна, Дильмурадова Клара Равшановна.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ.

Surunkali gipoksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarda cerebral gemodinamikaning xususiyatlari.

Ziyadullaeva H. O., Dilmuradova K.R.

Characteristics of cerebral hemodynamics in newborns undergoing chronic hypoxia.

Ziyadullaeva H. O., Dilmuradova K.R.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Maqolada surunkali gipoksiy bilan tug'ilgan chaqaloqlarda serebrovaskulyar patologiya bo'yicha adabiyotlar sharhi keltirilgan. Mualliflar gemostazning ba'zi ko'rsatkichlari va endotelial disfunktsiyaning markeri endotelin-1 o'rganish natijalarini taqdim etadilar. Surunkali xomila ichi gipoksiyasida qonda fibrinogen va endotelin -1 ning ko'payishi va bu bosh miya qon tomirlari gemodinamikasi gipoperfuziyasiga olib kelishi aniqlandi.

Kalit so'zlar: gipoksiya, gemostaz, endotelin-1, fibrinogen, bosh miyada qon oqimining tezligi, qarshilik indeksi.

The article presents a literature review on cerebrovascular pathology in infants born with chronic hypoxia. The author presents the results of the study of endothelin-1, a marker of endothelial dysfunction and some indicators of hemostasis. In chronic intrauterine hypoxia, it was found that fibrinogen and endothelin-1 increase in the blood, which leads to hypoperfusion of brain hemodynamics.

Key words: hypoxia, hemostasis, endothelin-1, fibrinogen, cerebral blood flow rate, resistance index.

Введение:

Частота встречаемости перинатальной гипоксии не имеет тенденции к уменьшению. 60-80% всех заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) детского возраста связаны с перинатальной гипоксией [1,2].

В развитии хронической внутриутробной гипоксии плода, переходящей в гипоксию новорожденного выделяют три основные группы причин;

1. Экстрагенитальные заболевания матери - заболевания щитовидной железы, бронхиальная астма, анемия, нарушения ритма сердца, курение, нейроциркуляторная дистония, ожирение, сахарный диабет.
2. Нарушения маточно-плацентарного кровообращения (у матери гипертония или артериальная гипотония).
3. Нарушение плодово- плацентарного кровообращения (тугое обвитие пуповины вокруг шее, тела, истинные узлы пуповины и отслойка плаценты) [2].

Среди перинатальных поражений головного мозга ведущее место занимает цереброваскулярная патология. Одной из основных причин, развития геморрагических и ишемических поражений головного мозга у новорожденных являются нарушения церебральной гемодинамики [5].

При этом гипоксия признается ведущим этиологическим фактором перинатальной патологии нервной системы, в частности, цереброваскулярных нарушений, приводящих к возникновению геморрагических и ишемических повреждений центральной нервной системы (ЦНС) у новорожденных детей [4].

Одним из важнейших факторов, приводящих к структурным повреждениям головного мозга, является нарушение мозгового кровотока на фоне перенесенной гипоксии. Гемодинамические изменения, возникающие при неблагоприятном течении перинатального периода и связанные с нарушением ауторегуляции церебрального кровотока, способствуют развитию геморрагических осложнений и последующих деструктивных изменений вещества мозга. Эффективное гемодинамическое обеспечение зависит от тонуса церебральных сосудов. Согласно исследованиям последних лет здоровый доношенный новорожденный рождается с высоким индексом резистентности сосудов (RI), который быстро снижается уже к концу первых суток жизни и стабилизируется к окончанию раннего неонатального периода (RI – 0,69–0,73) [8].

Доставка кислорода тканям существенно зависит от реологических свойств крови. Для здоровых новорождённых в первые сутки (особенно часы) жизни характерна тромбогенная направленность гемостаза, сменяющаяся на 3-4-

ые сутки жизни тенденцией к гипокоагуляции и гипоагрегации. У детей с асфиксией эта направленность выражена в большей степени. Однако при тяжёлой асфиксии значительно повышается свёртывающий потенциал крови [9].

Повышение эндотелина-1(ЭТ) отмечалось в пуповинной крови у новорожденных с гипоксическими поражениями нервной системы. Под действием гипоксии активируются транскрипция информационной РНК, синтез предшественников ЭТ, превращение их в ЭТ-1 и его секрецию за несколько минут [2,7]. Основным механизмом действия ЭТ заключается в активации высвобождения кальция, что вызывает:

1. стимуляцию адгезии и агрегации тромбоцитов и вторичного гемостаза;
2. сокращение и рост гладких мышц сосудов, приводящие к утолщению стенки сосудов и вазоконстрикции [2,10].

Выраженное повышение содержание ЭТ-1 в крови на фоне значимого уменьшения эндотелиальной продукции оксида азота, что указывает на преобладание вазоконстрикции над вазодилатацией у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровотока, обуславливающей возникновение вазоспазма и замедление кровотока [2]. Степень повреждения вещества мозга прямо коррелирует с выраженностью эндотелиальной дисфункции [7,10].

ЭТ-1 влияет на процессы мозговой саморегуляции за счет сужения сосудов головного мозга и снижения церебрального кровотока ниже ишемического порога, что может спровоцировать церебральный инфаркт [10]. Выявлено, что ЭТ-1 инициирует спазм церебральных артерий как в результате прямого действия на сосудистую стенку, так и через развитие деполяризации нейронов, обусловленной активацией эндотелиновых рецепторов А-типа и фосфолипазы C [2,10].

Цель исследования:

Целью работы явилось исследование состояния некоторых показателей гемостаза, сосудистого эндотелия и церебральной гемодинамики у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию новорожденного.

Материал и методы исследования.

Критериями для включения детей в обследуемые группы являлись:

1. Маловодие.
2. Нарушение двигательной активности плода.
3. Отставание высоты стояния дна матки от сроковой нормы, отсутствие прироста высоты дна матки в динамике.
4. Изменение частоты сердечных сокращений плода.
5. Окрашивание околоплодных вод.
6. Доплерометрическая оценка кровотока в пуповинной артерии позволяет косвенно оценить плодовую гемодинамику.
7. При кардиотокографии: изменение сердечных сокращений плода учащение (акцелерация) или урежение (децелерация).

Под наблюдением находились 59 новорожденных детей различного срока гестации с перинатальными поражениями нервной системы. Исследования проводилась в Самаркандском Областном Перинатальном Центре в отделении физиологии и реанимации новорожденных. Материалом исследования было 5,0 мл пуповинной крови.

Обследовались 2 группы детей: I-группу здоровых новорожденных составили 22 детей от здоровых матерей в возрасте от 21 до 33 лет, без отягощенного акушерского анамнеза с физиологическим течением беременности и родов.

Вторую группу составили 37 новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию. У детей этой группы было диагностировано поражение ЦНС II и III степени тяжести, что определялось длительностью синдрома угнетения, наличием неонатальных судорог, наличием и динамикой структурных изменений головного мозга по данным ультразвукового исследования. Эти дети выхаживались в условиях реанимации и им проводили интенсивную и длительную респираторную терапию.

При распределении детей по полу мальчики составили 37%, девочки 63% (Диаграмма 1).

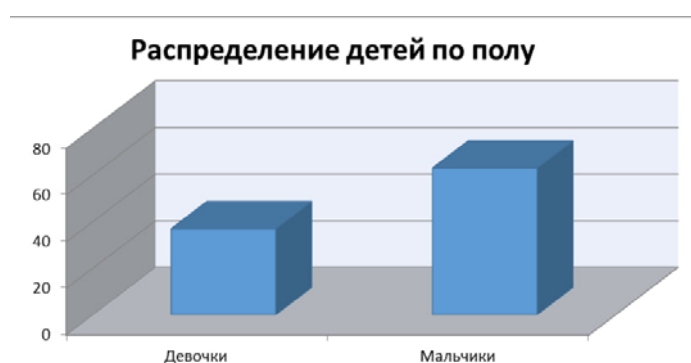


Диаграмма 1. Распределение новорождённых 2 группы по полу.

Причинами хронической внутриутробной гипоксии плода являлись: 1) анемия тяжелой степени (8%); обострение хронического пиелонефрита (10%); преэклампсия тяжелой степени (16%); угроза прерывания беременности (20%), поздний токсикоз (10%), поднятие температуры (3%), поперечное расположение плода (5%), асцит и анасарка (17%), экстракорпоральное оплодотворение с многоплодной беременностью (3%), маловодие (5%), низкое расположение плаценты (3%) (Диаграмма 2).



Диаграмма 2. Причины хронической внутриутробной гипоксии у новорожденных 2 группы.

Распределение детей этой группы по массе тела составило: с массой тела ≤ 1000 гр. - 9%, 1000 - 1499 гр. -13%, 1500 - 2499 гр. -43%, 2500 - 3999 гр. -32% более 4000 гр. -3% (Диаграмма 3).



Диаграмма 3. Распределение детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию по массе тела.

Оценка по шкале Апгар при рождении у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, составила 0-3 балла у 19%, 4-5 баллов – у 52%, 6-7 баллов у 19% и 8-10 баллов у 10% (Диаграмма 4).



Диаграмма 4. Распределение новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, по оценке шкалы Апгар.

Диагноз «перинатальная энцефалопатия» устанавливался согласно классификации перинатальных поражений нервной системы у новорожденных по Sarnat and Sarnat (1976).

Методы исследования. Лабораторные исследования коагулограммы: протромбиновое время (ПТВ), протромбиновый индекс по Квику (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген и тромбиновое время (ТВ) определялись на аппарате Human clot junior (2000). Специфический маркер эндотелиальной дисфункции –эндотелин-1 в крови определялся иммуноферментным методом на аппарате Миндрай ВС-380.

Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование структуры головного мозга в В-режиме (нейросонография), доплерография сосудов головного мозга с применением цветового сканирования и спектральной доплерографии, проведены на аппарате GE Logic F 8 (США) с использованием мультисекторных датчиков 5,5 м Гц, линейный датчик с частотой сканирования от 7 до 10 МГц. Сканирование осуществляли в стандартных плоскостях. Спектральную доплерографию проводили в передней, средних мозговых артериях. Оценивали индекс рези-

стентности(RI) в передней мозговой артерии (ПМА), средней мозговой артерии (СМА) справа и слева и скорости кровотока в вене Галена.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением специальных программ Statistica 10.0 Microsoft Excel 2017 и SPSS (версия 29, IDV Co. Armonk, NY, США).

Результаты и обсуждение.

При анализе полученных показателей гемостаза ПТВ, МНО, АЧТВ, ТВ у здоровых и новорожденных с хронической гипоксией выявлены изменения, не имеющие статистически достоверной разницы. Так, ПТВ у здоровых составило $14,14 \pm 1,02$ сек. в среднем, а при хронической гипоксии $12,75 \pm 0,82$ сек. в среднем, ПТИ соответственно составил $93,43 \pm 6,91\%$ и $110,15 \pm 6,03\%$ у здоровых и больных.

Однако среди показателей гемостаза, по данным исследования пуповинной крови, лишь уровень фибриногена у больных новорожденных имел статистически достоверную разницу ($P < 0,01$) увеличившись до $3,96 \pm 0,58$ г/л в среднем (таблица 1).

Таблица 1.

Показатели свертывающей системы крови и эндотелия сосудов у обследованных новорожденных ($M \pm m$).

№	Показатели	I группа (n=22)	II группа (n=37)
1	ПТВ(сек)	$14,14 \pm 1,02$	$12,75 \pm 0,82$; $P > 0,2$
2	ПТИ(%)	$93,43 \pm 6,91$	$110,15 \pm 6,03$; $P > 0,1$
3	МНО	$1,35 \pm 0,16$	$1,06 \pm 0,08$; $P > 0,1$
4	АЧТВ(сек)	$39,01 \pm 4,80$	$33,34 \pm 1,38$; $P > 0,2$
5	ТВ(сек)	$46,43 \pm 8,52$	$48,15 \pm 6,59$; $P > 0,5$
6	Фибриноген (г/л)	$2,11 \pm 0,42$	$3,96 \pm 0,58$; $P < 0,01$
7	Эндотелин (пг/мл)	$0,04 \pm 0,001$	$1,06 \pm 0,24$; $P < 0,001$

Примечание: P- достоверность различий показателей здоровых и новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

При этом у новорожденных, перенесших хроническую гипоксию отмечалось повышение уровня эндотелина-1 до $1,06 \pm 0,24$ пг/мл и имело статистическую достоверность ($P < 0,001$) по сравнению с показателями группы здоровых новорожденных.

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей церебральной гемодинамики у обследованных новорожденных ($M \pm m$).

№	Показатели	I группа (n=22)	II группа (n=37)	P
1	RI (ПМА)	$0,680 \pm 0,006$	$0,913 \pm 0,04$	$< 0,001$
2	RI (СМА)справа	$0,680 \pm 0,006$	$0,904 \pm 0,05$	$< 0,001$
3	RI (СМА) слева	$0,674 \pm 0,011$	$0,89 \pm 0,05$	$< 0,001$
4	V скорость кровотока(см/сек)	$7,128 \pm 0,075$	$3,3 \pm 0,12$	$< 0,001$

Примечание: P- достоверность различий показателей здоровых и новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

При исследовании церебральной гемодинамики при помощи доплерометрии у здоровых и новорожденных, перенесших хроническую гипоксию выявили их изменения: так RI- ПМА, у здоровых составил $0,680 \pm 0,006$, а при хронической гипоксии $0,913 \pm 0,04$, со статистически достоверной разницей ($P < 0,001$), RI-СМА справа у здоровых - $0,680 \pm 0,006$, а при хронической гипоксии $0,904 \pm 0,05$ ($P \leq 0,001$) и RI -СМА слева составил $0,674 \pm 0,011$ и $0,89 \pm 0,05$ у здоровых и больных соответственно ($P \leq 0,001$). Скорость кровотока в вене Галена составила в среднем $7,128 \pm 0,075$ (см/сек) и $3,3 \pm 0,12$ (см/сек) у здоровых и больных соответственно, со статистической разницей $P \leq 0,001$. (Таблица 2).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что при хронической внутриутробной гипоксии плода отмечается повышение ЭТ-1 и фибриногена, которые сопровождаются снижением церебральной гемодинамики мозга, характеризующейся вазоспазмом, приводящим к формированию тяжелых неврологических осложнений у детей.

Список литературы.

1. Водолаская Т.И. Хроническая внутриутробная гипоксия плода у женщин с привычным невынашиванием беременности и антенатальные критерии риска развития церебральных нарушений у новорожденных. Автореф. дисс.канд.мед.наук.М.,1994.24 с.
2. Зиядуллаева Х.О., Дильмурадова К.Р. Состояние системы гемостаза и эндотелия сосудов при перинатальных поражениях нервной системы. Проблемы Биологии и Медицины.2022. №5(139).-с.315-322.
3. Ковалев В.В. // Медицинские технологии в охране репродуктивного здоровья женщины.-Нижевартовск 2003,- с. 139-142.
4. Панахова Н. Ф, Гусейнова С.А и др. Патогенетические механизмы нарушений функции гематоэнцефалического барьера у недоношенных новорожденных с церебральной ишемией. Педиатрия/2013/92/№2/28-32 с.
5. Павлюкова, Е.В и Давыдова И. В. и др. Возможности профилактики и восстановительного лечения последствий перинатального поражения центральной нервной системы у недоношенных детей.159-167с.DOL:10.15690/pf.vl5i21872.
6. Ремнева О.В, Н.И. Фадеева, О.Н. Фильчакова и др. Интранатальная гипоксия плода: возможности диагностики, резервы снижения частоты церебральных расстройств у доношенных новорожденных. Жур: Российский вестник перинатологии и педиатрии.5.2015.с-61-65.
7. Степанова Ю.И и Гончар И. А Эндотелин-зависимые эффекты при цереброваскулярной патологии ишемического

генеза. Медицинские новости №10/2013/12-18 с.

8. Тумаева Т.С., И.Ю. Рязина, Е.Э. Конакова, Ю.Р. Блохина. **Церебральная гемодинамика у детей группы высокого риска в неонатальном периоде. Российский Вестник Перинатологии и Педиатрии. 2, 2016.44 стр.**

9.Хотамова М.Н, Х.Д. Аминов. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных. Вестник Авиценны.2012 г.№1170 стр.

10.Gargus R.A, Vohr B.R, and al. Unimpaired outcomes for extremely low birth weight infants at 18 to 22 months. Pediatrics.2009/124/1/112- 121.doi/10.1542./peds.2008-2742.

Исмаилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., Ходжаева Н.Н.

ДИСФУНКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Распространение острых лейкозов повсеместное, в различных странах среднегодовой показатель данным заболеванием находится в пределах от 1,8 до 4,3 на миллион жителей. У взрослого населения 80% случаев приходится на миелобластный вариант острых лейкозов, у детей до 90% - на острый лимфобластный лейкоз [4]. В конце XX века в России для лечения данного заболевания был принят протокол ALL-BFM-90, благодаря чему значительно изменился исход острых лейкозов, которые еще недавно считались абсолютно фатальными заболеваниями, но также предоставленное им лечение ведет к тяжелым последствиям – инфекционно-септическим, органотоксическим осложнениям [3,5]. В данный момент ремиссия достигает 73%.

Нельзя забывать таком опасном осложнении острых лейкозов – геморрагическом синдроме(ГС), который отрицательно сказывается на итоге лечения больных и не позволяет проводить лечение в полной мере.Информация из литературных источников говорит о неполном и не вовремя начинающемся распознавании нарушений системы гемостаза и их корректировка у людей с острым лейкозом во время химиотерапии [1,5].Нарушения свертываемости при опухолевых заболеваниях системы крови обусловлены самой неоплазией [1]; механизмы часто обсуждаются в литературе. По мнению одних исследователей, ГС чаще всего бывает вызван развитием амегакариоцитарной тромбоцитопении по причине угнетения нормального кроветворения [4]. Другие авторы причиной ГС считают возможность бластных клеток выделять тканевой фактор и активированные факторы свертывания, а также раковые прокоагулянты, являющиеся прямыми активаторами факторами свертывания II и X. Также лейкоэмические клетки, находящиеся в периферической крови, производят множество фибринолитических и антифибринолитических средств, которые приводят к повышенному свертыванию крови, понижение фибринолитической активности и возникновению продуктов фибринолиза [3, 5]. Существенную роль имеет выделение цитокинов и других метаболитов, вызывающих дефект эндотелия сосудов и усиливающих адгезию и агрегацию тромбоцитов [1,3]. Тромботические осложнения у лиц с острыми лейкозами соотносят в первую очередь с тем, что при гиперлейкоцитозе в остром периоде заболевания возникает агрегация лейкоцитов в микрососудистом русле, что приводит к ДВС-синдрому, который усугубляет лейкостаз и развивается полиорганная недостаточность [3].Тяжелая аплазия кроветворения, вызванная лейкозным процессом, является причиной развития бактериальных инфекций в первично-активной фазе заболевания [4]. Поскольку инфекции и тромбогеморрагические осложнения, в том числе зависящие от самого лейкозного процесса, могут повысить летальность, актуальными остаются вопросы дальнейшего изучения патогенеза острых лейкозов и разработки методов ранней диагностики осложнений.

Цель исследования. Выявить нарушение состояние гемостаза и проявления геморрагического синдрома у детей с острым лейкозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 ребёнка в возрасте от 3 до 14 лет. Дети были разделаны на 2-группы. Первую группу составили 34 ребенка впервые выявленным с острым лейкозом; во вторую в группу вошли 18 детей с х- рецидивом болезни. Контрольную группу составили 25 здоровых детей, приближенных к исследуемым группам по возрасту и полу. Комплексное исследование включало в себя общеклиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследования их обсуждения. Начальная стадия острого лейкоза с выраженными геморрагическими явлениями - наблюдается у 11% пациентов, проявляется различными профузным кровотечением (носовым, желудочно-кишечным, церебральным и др.). В развернутой (второй) стадии острого лейкоза геморрагическому синдрому свойственны кожные геморрагии петехиально-пятнистого характера 56%. При парентеральном введении препаратов появились значительные по размерам кровоизлияния в местах инъекций у 77%. В последней стадии на месте данных кровоизлияний в стенке ЖКТ появляются язвенные и некротические изменения. У больных острым лейкозом появились кровоизлияния на местах травм, эпистаксис, маточные кровотечения, кровоизлияния в жизненно важные органы у 37% больных. В развитии геморрагий немаловажную роль играют сами лейкозные клетки, которые содержат большое количество тромбопластина на своей поверхности и в цитоплазматических гранулах. При разрушении лейкозных клеток потенцируется развитие синдрома дессименированного внутрисосудистого свертывания крови из-за высвобождения фактора свертывания крови III и лизосомальных протеаз вне клетки[3].Геморрагический синдром отсутствовал у % детей острым лимфобластным лейкозе.

В 15% случаев геморрагический синдром был основным фактором, который привел к гибели пациентов из-за массивных кровотечений и кровоизлияний, так самая частая причина гибели пациентов с острым лейкозом - апоплексический удар, легочное кровотечение. По нашим данным и данных зарубежных источников, такое явление связана с несколькими обстоятельствами. Первое, что ведет к данным последствиям - при острых лейкозах в различных органах и тканях, в том числе в сосудистой стенке, появляются очаги экстрамедуллярного кроветворения. Это говорит о том, что в стенке кровеносного сосуда появляется кроветворная ткань, из-за чего стенка сосуда становится хрупкой, что

является базой для геморрагий. Второе, у пациентов появляется тромбоцитопения, данное явление при условии повреждения сосудистой стенки является основанием для длительного кровотечения [5].

Выводы. Система гемостаза у пациентов с острым лейкозом страдает еще до начала лечения и ее состояние ухудшается на фоне терапии по программе, нарушения имеют разнонаправленный характер. В первой стадии болезни и после лечения они вызваны активацией внутрисосудистого свертывания крови с умеренной и высокой тромбинемией. В начале заболевания геморрагический синдром был вызван тромбоцитопенией, а в ходе проведения химиотерапии и использованием факторов свертывания крови и становлением синдрома дессиминированного внутрисосудистого свертывания. Возникновение геморрагического синдрома при острых лейкозах - сложный вопрос, так как имеет прямую связь с самим опухолевым процессом, лечением и осложнениями. Учитывая вышеизложенное, необходимо изучать воздействие нарушения системы гемостаза на развитие геморрагического синдрома у пациентов с острым лейкозом.

Литература.

1. Nellis M.E., Goel R., Karam O. Transfusion Management in Pediatric Oncology Patients //Hematology/Oncology Clinics of North America. W.B. Saunders, 2019 Vol. 33, № 5 P. 903–913.
2. Ueda M. et al. Immunoglobulin therapy in hematologic neoplasms and after hematopoietic cell transplantation.// Blood Rev. 2018 Vol. 32, № 2 P. 106–115.
3. Fisher B.T. et al. Effect of Caspofungin vs Fluconazole Prophylaxis on Invasive Fungal Disease among Children and Young Adults with Acute Myeloid Leukemia: A Randomized Clinical Trial //JAMA - J. Am. Med. Assoc. American Medical Association, 2019 Vol. 322, № 17 P. 1673–1681.
4. Toyama D. et al. Successful Treatment of Pediatric Refractory/Relapsed AML with KIR-Ligand-Mismatched Cord Blood Transplant after FLAG-IDA Reinduction Therapy with or without the GO Regimen // Case Rep. Hematol. Hindawi Limited, 2020 Vol. 2020
5. Winestone L.E. et al. Disparities in pediatric acute myeloid leukemia (AML) clinical trial enrollment // Leuk. Lymphoma. Taylor and Francis Ltd, 2019 Vol. 60, № 9 P. 2190–2198.

Исмоилов К. И., Зайнудинова П. К., Назарова Д. Р.

НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Актуальность. Проблема врожденных инфекций является одной из ведущих в акушерской практике и перинатологии и особо актуальна в современных условиях в связи с распространенностью и тяжестью воспалительных процессов, высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушений развития плода и рождения больного ребенка [4,5]. Актуальность проблемы внутриутробных инфекций (ВУИ) обусловлена не только существенными пери- и постнатальными потерями, но и тем, что у детей, перенесших тяжелые формы врожденной инфекции, очень часто развиваются серьезные нарушения здоровья, нередко приводящие к инвалидизации и снижению качества жизни в целом [5].

Новорожденные составляют группу высокого риска развития тромботических и геморрагических осложнений [1,2]. В большинстве случаев сдвиги в системе гемостаза существенно могут повышаться при наличии у новорожденного ВУИ [2]. Механизмы развития сдвигов в свертывающей системе крови и возникновения тромботических и геморрагических осложнений у новорожденных, до конца не понятны и остаются спорными. Из-за особенностей гемостаза у новорожденных лабораторная диагностика нарушений этой системы сильно затруднена, и лечащий врач вынужден исключительно ориентироваться на клиническую картину, которая в большинстве случаев проявляется после того, как тромбогеморрагическое осложнение уже развилось и прогрессирует [3].

Установлено, что в большинстве случаев ВУИ различной этиологии у новорожденных детей имеют сходные клинические проявления. В раннем неонатальном периоде наиболее типичными симптомами ВУИ являются: недоношенность, задержка внутриутробного развития, гепатоспленомегалия, желтуха, врожденные пороки развития, гидроцефалии, хориоретинит, дыхательные расстройства, тяжелые неврологические нарушения, сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоцитопения, тромбозы и др. [3,4,5].

Несмотря на широкое внимание к проблеме внутриутробной инфекции, разработки многочисленных методов исследований по диагностике и лечению, во всем мире до сих пор многие вопросы остаются нерешенными, в том числе состояние гемостаза у новорожденных при ВУИ не подвергались целенаправленному изучению, что и указывает на необходимость проведения данного исследования.

Цель исследования. Изучение некоторых нюансов свертывающей системы крови у новорожденных детей с внутриутробными инфекциями.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 92 новорожденных детей в возрасте от 2 до 35 дней жизни с внутриутробной инфекцией госпитализированных в отделении патологии новорожденных ГУ НМИЦ РТ «Шахраки Шифобахш».

В зависимости от степени тяжести и выраженности клинических проявлений внутриутробных инфекций все обследуемые нами дети были разделены на две группы. Первую группу составили 52 (56,5%) новорожденных, из них 42 (45,6%) - доношенных и 10 (11%) - недоношенных детей с тяжелым течением внутриутробной инфекции. Вторая группа сформирована из 40 (43,4%) детей, доношенных 26 (28,2%) и недоношенных 14 (15,2%) новорожденных с очень тяжелым течением патологического процесса. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых новорожденных с аналогичными возрастно-антропометрическими показателями и с отрицательными результатами анализов на ВУИ.

Всем больным были проведены общеклинические (общий анализ крови в развернутой форме, биохимические показатели сыворотки крови), посевы крови, из зева и кала на микрофлору, коагуляционные, а также паракоагуляционные тесты с первых дней поступления новорожденных в стационар.

Результаты и методы исследования. На ранних сроках беременности у обследуемых матерей наблюдались угрозы прерывания беременности в виде осложненного течения антенатального периода 62(67%), ранние токсикозы - 55(60%), дефицит питания - 32(34,7%) и симптоматическая артериальная гипертензия - 23(39,7%). На втором и третьем триместрах беременности у матерей имелись признаки умеренной - 25(36,7%) и тяжелой преэклампсии - 16(25%) в виде отеков на ногах - 31(33,6%) и повышения артериального давления до критических цифр - 9 (9,7%), мертворождения - 9(9,7%), длительного безводного периода - 28(30,4%). При сборе анализа на TORCH – инфекцию у матерей обнаружались диагностические титры к цитомегаловирусной инфекции - у 58(63%), вируса простого герпеса – у 43(46,7%), хламидиоза – у 4(4,3%), токсоплазмоза – у 1 (1%), вируса краснухи у 2(2,1%).

Все дети поступили в стационар в тяжелом 52(56,5%) и очень тяжелом 40(43,4%) состоянии, и клиническая картина ВУИ у наблюдаемых больных первой и второй группы имела разнообразную симптоматику. Отмечалось беспокойство – в 49(53,2%) случаев, вялость – в 36 (39%), гиподинамия – в 31(34%), постанывание - у 33(36%) новорожденных, снижение сосательного рефлекса – у 45(49%), серо-бледный цвет кожи с мраморным оттенком и выраженной иктеричностью – в 36(39%), повышение температуры тела до 39,0⁰С – у 17(18,4%) больных, субфебрильная температура до 37,7⁰С – у 27(29%), участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – в 71(77%), набивание пены у рта – у 37(40%), геморрагические высыпания на коже – у 13(14%), кровоточивость с мест инъекций - у 8(9%) пациентов (рис. 1). Физиологические рефлексы были снижены, периодически отмечались судороги – у 13(14%), одышка или тахипноэ более 66 в минуту – 58(63%). Отсутствие прибавки массы тела и её снижение отмечались у 19(21%) и 17(18,4%) пациентов соответственно, в 34(37%) - затяжная желтуха, в 11(12%) – гепатоспленомегалия (рисунок 1).

Рисунок 1. Клинические симптомы у новорожденных при ВУИ



При серологическом исследовании крови наблюдаемых новорожденных с ВУИ на предмет TORCH – инфекцию обнаружили положительные титры (более 1:500lgG) маркеров цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у 29(31,5%) детей, ЦМВИ и вирус простого герпеса у 45(49%), ВПГ у 4(4,3%), токсоплазмоз – у 2 (2,1%), ЦМВИ и хламидий у 5 (5,4%), у 2 (2,1%) ЦМВИ + ВПГ+ вирус Covid – 19, ЦМВИ и токсоплазма у 5 (5,4%) обследуемых больных.

Так, среди новорожденных с внутриутробными инфекциями моноинфекция выявлена у 35(38%) детей, смешанная – у 57(62%). У большинства новорожденных обнаружилась сочетанная форма, причем значительную долю составляет сочетание таких вирусных инфекций, как ЦМВИ и инфекции, вызванной вирусом простого герпеса.

Время свертывания крови по Ли – Уайту у новорожденных детей первой группы с ВУИ имели тенденцию к удлинению времени кровотечения (9,3±1,3) и была выявлена умеренная склонность к увеличению АВР (81,01±1,7) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы (р <0,05). Показатели фибрина были несколько повышены (21,1±1,5), фибриногена (177,4±4,3) и тромботеста (3,11±0,23) у этих детей были достоверно снижены по сопоставлению с этими же показателями детей контрольной группы (р <0,05 р <0,001). АЧТВ (76,4±1,31) и фибринолитическая активность (225,3±7,0) у детей этой группы были несколько удлинены за исключением некоторого снижения средних значений антитромбин III (78,9±3,5) по сравнению с этим же показателем группы здоровых детей (р <0,05). Кроме того, у больных этой группы обнаружили незначительное снижение средней величины тромботеста (3,13 ±0,21) и протромбинового индекса (80,1±0,23) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы (таблица1).

Таблица1. Сравнительная характеристика величины коагулограммы у детей I и II гр.

Показатель	Контрольная группа (n=20)	I - группа(n=52)	II - группа (n=40)
Время рекальцификации (сек.)	30,61±2,6	81,01±1,7	88,71±4,1
р		<0,05	<0,001
р1			<0,05

Фибрин г/л р р ₁	13,1 ±0,9	21,1±1,5 >0,05	15,03±1,5 <0,05 <0,05
Фибриноген (г/л.) р р ₁	333,4±4,0	177,4±4,3 <0,001	133,51±14,4 <0,05 <0,001
Время свертывания крови Ли Уайту (мин.) р р ₁	5,4±1,9	9,3±1,3 <0,05	10,97±1,1 <0,001 <0,05
АЧТВ(сек) р р ₁	33,1±4,70	76,6±1,34 <0,001	81,01±2,72 <0,05 <0,001
Фибринолитическая активность (мин) р р ₁	211,0±8,90	225,6±7,1 <0,01	163,1±5,1 <0,01 <0,001
Антитромбин III мг% р р ₁	83,1±3,5	78,2±3,1 <0,001	60,1±1,8 <0,001 <0,05
Тромботест (степ.) р р ₁	5,3±0,01	3,11 ±0,23 <0,001	2,05 ±0,1 <0,001 <0,001
Протромбиновый индекс (%) р р ₁	96,0±4,11	80,1±0,23 <0,001	56,1±1,9 <0,05 <0,001

Примечание: Р - статистическая значимость различий ишал по сравнению с контрольной группой. Р1 – статистическая значимость различия показателей между двумя группами (по U-критерию Манна-Уитни).

У детей второй группы с ВУИ отмечалось существенное удлинение времени свертывания крови по Ли – Уайту (10,97±1,1) и АВР (88,71±4,1) по сравнению детей контрольной группы (р <0,001), тогда как содержание фибриногена (133,51±14,4) в плазме у наблюдаемых групп детей были достоверно ниже, а содержание фибрина (15,03±1,5) несколько увеличено по сопоставлению с этими же показателями детей контрольной группы (р <0,001). АЧТВ (81,01±1,72) существенно был удлинен и было обнаружено заметное снижение средней величины фибринолитической активности (163,1±5,1) и антитромбина III (60,1±1,8) по сравнению с аналогичными показателями детей контрольной группы (р <0,001). Наряду с этим, у больных данной группы показатели тромботеста и протромбинового индекса в плазме крови были достоверно ниже (р <0,001) этих же показателей группы здоровых детей.

Следует отметить, что при изолированной ЦМВИ отмечалось значимое изменение гемостатических показателей, включая относительное увеличение АЧТВ, незначительное удлинение времени свертывания по Ли-Уайту и времени рекальфикации, что имеют компенсаторный характер. В обеих группах также с одинаковой частотой регистрировался геморрагический синдром. В то же время нарушения сердечной деятельности метаболического характера имели место у всех больных вне зависимости от гестационного возраста.

Таким образом, система гемостаза новорожденного ребенка имеет ряд отличий от детей старшего возраста и взрослых. При этом существует баланс между свертывающей и противосвертывающей системами, предотвращающий развитие, как тромбозов, так и геморрагических нарушений.

Выводы. У детей на фоне ВУИ наблюдаются изменения гемостаза в виде разнонаправленного изменения коагуляционной системы, выраженность которых зависит от течения ВУИ и тропности возбудителя ВУИ к органам и тканям. Лабораторная диагностика расстройств свертывающей системы достаточно сложна у новорожденных, и отчасти, недостаточно разработана на сегодняшний день. Четкое понимание возможных причин, клинических проявлений и изменений в лабораторных показателях позволит практикующему врачу на более ранних стадиях достаточно быстро и четко оценить клиническую ситуацию, провести дифференциальную диагностику и, следовательно, назначить адекватную терапию.

Литература.

1. Szpecht D., Szymankiewicz M., J. Intraventricular hemorrhage in neonates born before 32 weeks of gestation-retrospective analysis of risk factors. Childs Nerv Syst 2016; 32: P.1399-1404.
2. Bhat R., Monagle P., The preterm infant with thrombosis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012; 97: F423-8.
3. Кольцова Е. М.. Лабораторные аспекты гемостаза новорожденных / Е. М. Кольцова, Е. Н. Балашова, М. А. Пантелеев., А. Н. Баландина // Вопросы гематологии / онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2018; 17 (14): с-100-113.
4. Кизатова С. Т. и др. Проблема врожденных инфекций в современных условиях / С. Т. Кизатова, М. М. Тусупбекова, О. В. Гродникова и др. // Клиническая медицина. 2017.
5. Заплатников А. Л. И др. Внутритробные инфекции: Диагностика, лечение, профилактика / Заплатников А. Л., Коровина Н. А., Корнева М. Ю., Чебуркин А. В. // Медицина неотложных состояний 2013. №1 (48) С.25-29.

Исмоилов К.И., Музаффаров Ш.С, Исмоилова М.А.
К ВОПРОСУ ДИСБАЛАНСА БУФЕРНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино
Кафедра детских болезней №2

Актуальность.Внутриутробные инфекции всё ещё занимают особое место в структуре неонатальной заболеваемости и смертности, поскольку данная инфекционная патология имеет тенденцию к повышению. Доказано, что ежегодно в мире погибают более 600 тысяч новорожденных детей в результате постнатальной манифестации и активации инфекционных возбудителей [1.3.5.9.].

Определено, что на фоне ВУИ развиваются патологические состояния, приводящие к нарушению диффузно-перфузионной функций легких и реабсорбционно-фильтрационной функции почек, которые приводят существенному изменению внутренней среды организма новорожденных детей с ВУИ. Доказано роль инфекционной патологии в процессе изменения газообмена и тканевой перфузии, что может отразиться изменением в газовом составе и рН, дисбаланс, которых приводит к разнонаправленным сдвигам гомеостаза [3.8.10].

По мнению многих авторов, гипоксемия и гиперкапния, которые развиваются на фоне нарушенной диффузии газов в легких непосредственно меняют рН, который имеет большое значение в поддержании нормального функционирования буферных систем организма новорожденных детей. Особое изменение наблюдается в системе бикарбонатного и гемоглобинового буфера, так как данные системы играют немаловажную роль в транспорте кислорода в организм и элиминации карбоната из организма, изменение которых естественно является пусковым механизмом для развития тканевой гипоксии, клеточной интоксикации и срыва клеточного метаболизма [2.4.6.7.9.].

Анализ зарубежных и отечественных литературных данных, опубликованных в международных научно-медицинских базах (Cochrane, PubMed), сообщают о наличии расширенных научных работ, посвященных проблематике иммунной дискоординции и дисбаланса цитокинов в организме новорожденных детей [9.10.]. Однако, проблема неиммунного сдвига гомеостаза на фоне ВУИ, в том числе степени изменения буферного состава в организме новорожденных детей остается недостаточно изученной и является основанием для проведения данного исследования.

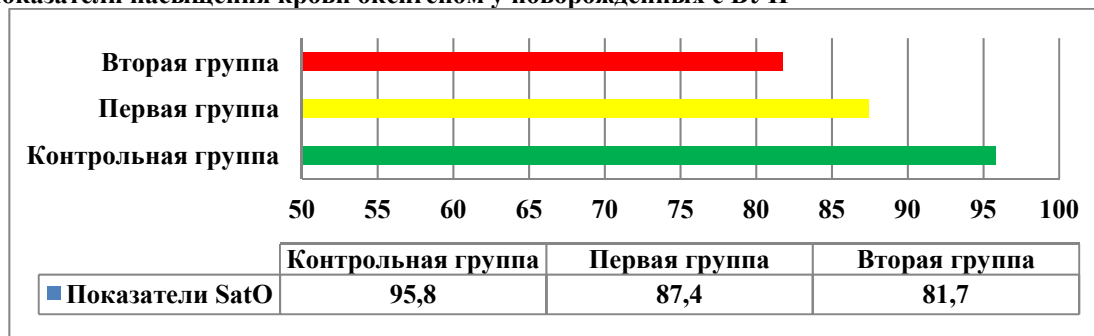
Цель исследования. Изучить вопросы дисбаланса буферной системы организма новорожденных детей на фоне ВУИ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 новорожденных детей, рожденных от матерей с позитивными показателями ИФА на разные возбудители TORCH-комплекса, с клинической манифестацией ВУИ в раннем и позднем неонатальном периоде. Количество мальчиков было 26 (43,3%), а девочек – 32 (46,7%). В исследуемые группы были включены дети с атипичной врожденной пневмонией (62,5%), некротизирующим энтероколитом (28,1%), фетальным гепатитом (14,9%), пиелонефритом (11,0%) и омфалитом (9,7%). В зависимости от степени тяжести дыхательного нарушения и оценки по шкале NEOMOD, все наблюдаемые дети были разделены на две группы. Первую группу составили 42 новорожденных ребенка с тяжелым течением ВУИ, а во вторую группу были вовлечены 28 новорожденных детей с очень тяжелым течением ВУИ. Контрольную группу составили 30 новорожденных детей с аналогичными антропометрическими параметрами.

Результаты исследования и их обсуждение. Все наблюдаемые пациенты были госпитализированы с диагнозом ВУИ. Всем наблюдаемым детям проводилось рентгенологическое исследование, и при анализе данных рентгенографического исследования в 15 (56,7%) случаев отмечалось интерстициальная пневмония, у 6 (23,0%) сегментарная пневмония и у 5 (19,2%) очагово-сливная пневмония. Односторонняя очаговая пневмония преобладала над двухсторонней пневмонией.

Дыхательная недостаточность первой степени наблюдалась у 28 (46,6%) детей, второй степени у 22 (36,6%) и третьей степени у 10 (16,6%) новорожденных с ВУИ.

Показатели насыщения крови кислородом у новорожденных с ВУИ



При анализе газов крови и кислотно-основного состояния у детей первой группы с тяжелым течением внутриклеточных ВУИ наблюдалось неустойчивость сатурации кислорода крови ($83 \pm 2,2$ %) по сравнению с показателями детей контрольной группы ($95 \pm 3,6$ %, $p < 0,05$). При этом у детей этой группы обнаружилось существенное снижение парциального давления кислорода ($49,9 \pm 1,9$ мм.рт.ст) по сравнению с аналогичным показателем детей контрольной группы. В то же время, парциальное давление углекислого газа крови у детей первой группы было заметно повышено ($50,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст) по сравнению с этим же показателями детей ($39,7 \pm 0,8$ мм.рт.ст) контрольной группы ($p < 0,005$). Наряду с этим отмечалось значительное снижение показателей рН крови ($7,248 \pm 0,03$) по сравнению с таким же показателям ($7,42 \pm 0,05$) группа здоровых новорожденных детей ($p < 0,05$). У этих детей

также отмечался умеренный дефицит буферных оснований ($-3,8 \pm 0,007$ ммоль/л) по сравнению с этим же показателями детей контрольной группы ($+1,5 \pm 0,009$; $p < 0,05$).

Показатели газового гомеостаза у новорожденных детей с ВУИ

Показатели Группы	pO ₂ мм.рт.ст Q ₁ -Q ₃	pCO ₂ мм.рт.ст Q ₁ -Q ₃
Первая группа	49,9±1,9(46,4-50,3) $p < 0,05$	50,1±0,9 (46,2-52,5) $p < 0,05$
Вторая группа	41,3±2,4(39,8-43,9) $p < 0,05$ $p_1 < 0,001$	58,7±2,1(57,2-59,9) $p < 0,05$ $p_1 < 0,001$
Контрольная группа	70,4 ± 1,9(39,8-43,9)	39,7±0,8(38,4-40,7)

Примечание: - *статистическая значимость различий показателей первой группы по сопоставлению с контрольной ($p < 0,005$); - статистическая значимость различий показателей второй группы ($p_1 < 0,001$) по сравнению с контрольной (p - p_1 -по U-критерию Манна-Уитни и H-критерию Крускала-Уоллиса);

У детей второй группы, с очень тяжелым течением внутриклеточных ВУИ отмечались неадекватность сатурации кислорода крови ($71 \pm 4,9$ %), значительное снижение уровня парциального давления кислорода ($41,3 \pm 2,4$ мм.рт.ст), повышение уровня углекислого газа ($58,7 \pm 2,1$ мм.рт.ст) и существенное снижение показателя pH ($7,132 \pm 0,03$) по сравнению с этими же показателями детей контрольной группы ($7,45$; $60,3$; $39,7$ соответственно, $p_1 < 0,05$, $p_1 < 0,05$ и $p_1 < 0,001$). Наряду с этим у детей этой группы наблюдался выраженный дефицит буферных оснований ($-8,0 \pm 0,5$ ммоль/л) по сравнению с аналогичным показателем здоровых новорожденных детей ($+1,5 \pm 0,9$; $p_1 < 0,05$).

Итак, в результате проведенного нами исследования буферной системы организма новорожденных детей с тяжелым течением ВУИ наблюдалась заметная гипоксемия, умеренная гиперкапния и дефицит буферных оснований, которые указывают на нарушение газообменной функции в легких с развитием компенсаторного респираторно-метаболического ацидоза у детей данной группы. Данный процесс у новорожденных больных детей с очень тяжелым течением ВУИ по мере нарастания синдрома дыхательных расстройств, дизурические проявления, выраженностью желтушного синдрома, нарушения микроциркуляции и выраженности синдрома гипервентиляции усугубились.

Выводы: При тяжелом течении ВУИ у новорожденных детей отмечались умеренная гипоксемия, незначительная гиперкапния и относительный дефицит оснований, что свидетельствуют об изменениях в буферном составе крови новорожденных детей, однако в силу активации компенсаторных механизмов, вышеуказанные показатели имели незначительную степень.

У детей с очень тяжелым течением ВУИ вследствие нарастания вентиляционных нарушений и недостаточности диффузно-перфузионных процессов в легких наблюдалась существенная гипоксемия, значительная гиперкапния и дефицит буферных оснований с развитием глубокого смещенного ацидоза. Нарушение функции органов и систем, развившихся на фоне тяжелого и очень тяжелого течения ВУИ, в зависимости от степени выраженности отклонения газовых показателей крови и кислотно-основного равновесия диктует о необходимости проведения адекватной корригирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1]. Волянюк Е.В. Врожденная пневмония у недоношенных новорожденных: особенности этиологии, диагностики и лечения / Е.В. Волянюк, А.И. Сафина // Практическая медицина. - 2011. - 5(53). - №9. - С. 55-59.
- 2]. Дудукалов С.Г. Синдром эндогенной интоксикации при гнойно-септических заболеваниях у новорожденных детей / С.Г. Дудукалов, Г.П. Баблюк, Н.Н. Чешева // Дальневосточный Журнал Инфекционной Патологии. - 2009. - №15. - С. 114-118
- 3]. Косенкова, Е. Г. Критерии внутриутробного инфицирования новорожденного / Е. Г. Косенкова, И. М. Лысенко // Охрана материнства и детства. - 2014. - № 1 (23). - С. 35-40.
- 4]. Симонян Л.Г. Роль вирусов в развитии бронхолегочных заболеваний / Л.Г. Симонян // Пульмонология. - 2013. - №2. - С. 105-108.
- 5]. Цинзерлинг, В. А. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений). Руководство для врачей Текст. / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. СПб.: Сотис. - 2002. - С.124-126.
- 6]. Самсыгина, Г.А. Неонатальный сепсис: монография / Г.А. Самсыгина. - Москва: ПедиатрЪ, 2014. - 173 с.
- 7]. Юсупова М. А. Особенности клинко-иммунологических проявлений внутриутробных смешанных инфекций у новорожденных / К.И. Исмоилов, З. А. Мухитдинова//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- 2015.-№2.- С. -14-18.
- 8]. Westover, A. J. Effects of intrauterine infection or inflammation on fetal lung development / A. J. Westover, T. J. Moss // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. - 2012. - 39 (9). - P. 824-830.
- 9]. Rundolph, A.G. Pediatric sepsis / A.G. Rundolph, R.J. Mc Culloh // Virulence. - 2014. - Vol. 5, No. 1. - P. 179-189
- 10]. Hafstroom M, Ehnberg S, Blad S, et al. Developmental outcome at 6.5 years after acidosis in term newborns: a population based study. Pediatrics 2012; 129: e 1501. Long, S.S. Principles and Practice of pediatric infectious diseases/ S.S. Long, L.K. Pickering, C.G. Prober. - 4th ed, -2012.-1744 p

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетной задачей здравоохранения Таджикистана. В клинической медицине третьего тысячелетия особая роль принадлежит вирусным инфекциям, оказывающим отрицательное влияние на течение и исход беременности, внутриутробное развитие плода.[1,3]

Внутриутробная инфекция способствует невынашиванию беременности, аномалиям развития, гипотрофии, внутриутробному инфицированию и гибели плода, многоводию, преждевременным родам. Учитывая значимость внутриутробного контакта плода с инфекцией для нарушения его постнатального неврологического здоровья, нами проведено исследование, целью которого было выявление влияния внутриутробного инфицирования на морфофункциональное состояние нервной системы новорожденного ребенка, определение наиболее характерных её повреждений при различных видах TORCH-синдрома для определения показаний к более детальному нейросонографическому обследованию в условиях второго этапа лечения. [2,4]

Цель исследования. Изучить клинические и неврологические проявления у новорожденных с внутриутробной инфекцией.

Объем и методы исследования. Были исследованы 35 новорожденных детей, с различными видами внутриутробного инфицирования, родившихся в родовспомогательном учреждении КЗ «Истиклол» г. Душанбе за 2020–2022г.г. Были выделены 3 группы младенцев. В 1-ю вошли 9 детей, инфицированных возбудителем токсоплазмоза, во 2-ю – 6 детей, инфицированных вирусом краснухи, в 3-ю – 20 детей, инфицированных герпес-вирусами (вирусом простого герпеса и цитомегаловирусом). Этиологические агенты были верифицированы путем обнаружения специфических антител класса Ig M у мам во время беременности. Основными диагнозами при лечении детей в стационаре были чаще всего «церебральная ишемия» и «сочетанное ишемически-геморрагическое повреждение ЦНС». Внутриутробные инфекции (ВУИ) в диагноз была вынесена лишь 29% исследованным новорожденным. Одна из причин такой низкой диагностики ВУИ – получение результатов серологического исследования лишь после выписки ребенка из стационара.

Результаты проведенных исследований. Клинико-неврологическое исследование, показало, что у всех детей, инфицированных внутриутробно имелось повреждение ЦНС, клинически проявившееся гипертоническим синдромом (у 55% младенцев, инфицированных токсоплазмой и вирусом краснухи, и у 75% детей с герпес-инфекцией), гидроцефальным синдромом (у 25% детей с токсоплазменной инфекцией), у остальных детей – синдромом угнетения ЦНС. Наиболее характерными неврологическими симптомами были запрокидывание головы, гипертонус мышц, гиперестезия, экзофтальм, тремор, нистагм, косоглазие, симптом Грефе. У всех детей наблюдалась задержка становления физиологических рефлексов. Чаще всего отсутствовали рефлексы Робинсона, «хватательный», «опоры» и «автоматической походки». Функциональные нарушения ЦНС у исследованных детей были вызваны органическими повреждениями головного мозга.

Наиболее часто при УЗ-исследовании описывалось локальное повышение эхогенности (1 группа детей – 40%, 2 группа – 44%, 3 группа – 81%). Вторым по частоте были структурные изменения в сосудистых сплетениях желудочков мозга, завершающиеся образованием кист (1 группа – 40%, 2 группа – 55%, 3 группа – 12,5%). Гидроцефалия выявлялась приблизительно у каждого 3-го ребенка во всех группах. Нарушение мозгового кровотока в результате спазма паравертебральной мозговой артерии (ПМА), описывалось в основном у детей с токсоплазмозом (40%). Внутрижелудочковые кровоизлияния чаще происходили у детей с краснухой (33%), почти в 2 раза реже (19%) – у детей с герпес-инфекцией и не встречались у детей с токсоплазмозом. Кальцификаты были обнаружены у 7 детей в 1-й группе, и 5 - в 3 группе.

При исследовании глазного дна более чем у половины детей определялось изменение калибра сосудов, у 2 детей с токсоплазмозом развился хориоретинит. Конъюнктивит встречался у детей во всех группах, наиболее часто в 1-й (25%). Характерными для краснухи являлись кровоизлияния в склеру – наблюдались у каждого третьего ребенка. Сходные структурные повреждения нервной системы у детей с различной этиологией ВУИ, объясняются одинаковым механизмом развития инфекционного процесса – васкулярным и периваскулярным воспалением с последующей некротизацией кровеносных сосудов, образованием кист и очагов кальцификации. Более частые кровоизлияния (как в головной мозг, так и в оболочки глаза) при краснухе связаны с более выраженной тромбоцитопенией. Проводимое детям исследование спинно-мозговой жидкости показало, что при ВУИ характерными изменениями в ликворе являются цитоз, изменение прозрачности, повышение содержания белка и эритроцитов. Специфических отличий в зависимости от вида возбудителя выявить не удалось.

Выводы.

1. Наиболее характерными морфофункциональными нарушениями ЦНС у детей с ВУИ являются повреждения структур головного мозга (субэпендимальные и порэнцефалические кисты, гидроцефалия), энцефалит и обусловленные ими гипертонический синдром или синдром угнетения ЦНС.

2. Явной специфичности симптомов поражения ЦНС при различной этиологии ВУИ не определяется. Более частые геморрагические осложнения при врожденной краснухе связаны с более выраженной тромбоцитопенией.

3. Для ранней постнатальной диагностики ВУИ, своевременной терапии необходимо как можно раньше проводить УЗИ головного мозга, осмотр глазного дна, а при выявлении характерных структурных повреждений – специальные вирусологические или серологические исследования.

Литература.

1. Горбунов Е.Ф. Внутриутробные инфекции, их значение в перинатальной патологии, возможности диагностики и профилактики. - Вестник Новгородского государственного университета, 2006, N.35, с.42-44;
2. Davidenko E.B., Makhneva N.V., Beletskaya A.V. The current view of the pathogenesis of autoimmune pemphigus and the factors contributing to its development. Clinical Dermatology and Venereology. Russian Journal (Klinicheskayadermatologiyaivenerologiya). 2018; 3: 4-12. (in Russian)
3. Климова Р.Р., Малиновская В.В., Гусева Т.Г. и др. Влияние герпесвирусных инфекций на уровень провоспалительных цитокинов у недоношенных новорожденных детей // Вопросы вирусологии. — №4, 2011. — С. 23—26.
4. Ким Е.И. Состояние здоровья детей раннего возраста из группы риска развития внутриутробных инфекций. Автореф....дисс. канд. мед. наук, Хабаровск, 2009, 27 с.;

Кабилова Б.Х., Самиева Н.Ш.

РИСК ИНВАЛИДИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Задержка внутриутробного развития плода остается одной из актуальных проблем в неонатологии. По данным родильного учреждения КЗ «Истиклол» частота задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) в структуре заболеваемости составляет 23,5% и стоит на втором месте после церебральной ишемии. Так, в 2017 году ЗВУР среди доношенных новорожденных зарегистрировано у 821 ребенка (18,6%), в 2018 году эта цифра возросла до 1086 (20,6%). В 2018 году у 147 (30,4%) недоношенных детей диагностирован ЗВУР различной степени, в 2019 году эта цифра увеличилась до 150 (40%) случаев. В структуре перинатальной смертности, ЗВУР составила 18,6%. Следовательно, одним из компонентов снижения перинатальной смертности и заболеваемости является частота ЗВУР.

Цель. Изучить частоту кровоизлияний среди новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы. Нами было обследовано 450 детей со ЗВУР, доношенные дети составили 327 и 123 недоношенных ребенка. Гестационный возраст детей был от 28 недель до 39 недель, масса тела от 1290,0 до 2980,0 грамм. Контрольная группа состояла из 100 новорожденных без признаков ЗВУР.

Ультразвуковое сканирование головного мозга производилось по стандартной методике при помощи аппарата АЛОКА 650. Исследования проводились в стандартных плоскостях сканирования (коронарная, сагиттальная, парасагитальная, аксиальная) через большой родничок, с датчиком секторального сканирования частотой 7,5 МГц.

Дети обследовались преимущественно на 2-4 и 5-7 сутки жизни после рождения.

Клинико-неврологическое обследование проводилось по классификации церебральных нарушений предложенной Ю.И. Барашневым (2001г.).

В основной группе 217 детей родились с легкой асфиксией, оценка по шкале Апгар в конце первой минуты составила 5-6 баллов и нормализовалась к пятой минуте до 8 баллов. В клинико-неврологическом статусе не было существенных нарушений и отличий от здоровых новорожденных. На УЗИ головного мозга, среди доношенных отмечены патологические изменения только у 7 детей (четверо с интравентрикулярным (ИВК) кровоизлиянием, трое с субэпидемальным (СЭК)) среди недоношенных при ультразвуковом обследовании головного мозга в основном отмечались признаки незрелости мозговых структур, нечеткий рисунок извилин и борозд, расширение полости прозрачной перегородки, полости Верге. В раннем периоде адаптации наблюдались минимальные неврологические дисфункции в виде снижения мышечного тонуса, уменьшения сопротивления и разгибания. На 7-10 день жизни отмечалась положительная динамика и нивелирование неврологических симптомов. Минимальные неврологические дисфункции и стабилизация общего состояния, позволяет считать, что гипоксия была кратковременной и имела преходящий характер. Патологические изменения на УЗИ головного мозга связано с неблагоприятным внутриутробным состоянием.

Во второй группе родилось 147 новорожденных со среднетяжелым поражением ЦНС, из них доношенных было 89 детей и недоношенных 58 соответственно. Оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 4-7 баллов и 6-7 баллов на пятой минуте. Из 147 (32,6%) новорожденных снижение мышечного тонуса и таких рефлексов как хватательный и поисковый отмечалось у 30% детей, у 7 (5,0%) детей, родившихся в тазовом предлежании, отмечались нарушения как центральной, так и периферической нервной систем. У 5 (3,4%) детей в раннем периоде адаптации зарегистрированы клонико-тонические судороги. Локальные симптомы моно и парапареза отмечены у 2 (1,0%) детей. Нейросонографические данные выявили дилатацию боковых желудочков головного мозга II-III степени, усиление эхоплотности и расширение границ сосудистых сплетений у 18 (12,2%) детей, из них 12 (67,0%) детей были недоношенными, интравентрикулярные кровоизлияния наблюдались у 9 (75,0%) недоношенных, субэпидемальные кровоизлияния у 3 (25,0%). У доношенных детей на нейросонографии в основном отмечались признаки внутричерепной гипертензии, что составило 19% (17). Клинико-неврологические нарушения соответствовали патологическим изменениям головного мозга.

С тяжелым поражением ЦНС, родилось 86 (19,1%) новорожденных с ЗВУР, из них составило 38 (44,2%) доношенных и 48 (55,8%) недоношенных детей. У этой группы детей в неврологическом статусе особого внимания заслуживали недоношенные дети, что составило 67,4%. Оценка состояния по шкале Апгар на первой минуте была низкой от 1 до 4 баллов, на пятой минуте составила от 5 до 7 баллов. Несмотря на разную степень зрелости и оценку по шкале Апгар, состояние 1/3 этих детей в первые часы жизни было тяжелым. У 29 новорожденных в раннем периоде адаптации сопровождалась респираторные нарушения с последующим апноэ, в 14% случаев потребовало проведения вспомогательной вентиляции легких. Двое новорожденных на 3-4 сутки, были переведены на искусственную вентиляцию 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 гипота-

нией, рефлексы сосания и глотания были снижены. Синдром общего угнетения сопровождался расстройством дыхания, нарушением сосудистого тонуса и терморегуляции у 34% детей. У 2/3 части детей наблюдались локальные симптомы в виде расходящего и сходящего косоглазия, нистагм, асимметрия мимической мускулатуры. Данные УЗИ этой группы детей показало, что 31 из них имели грубые структурные повреждения головного мозга, в виде отека паренхимы мозга, дилатации боковых желудочков головного мозга, за счет затылочных рогов -I степени, у 22 (75,5%) недоношенных детей изменения со стороны головного мозга отмечалось такие как СЭК у 8 новорожденных, ПВК у 7 детей и ВЖК у 4 детей. Частота их развития, в значительной мере возрастала по мере уменьшения их гестационного возраста. Нами также было выявлено 2 случая кистозной формы ПВЛ и в 1 случае отмечалась субэпендимальная гематома. У 7 доношенных детей в основном отмечалась в/ч гипертензия и в 2 случаях кровоизлияние в сосудистое сплетение.

Таким образом, клинические наблюдения показали, что новорожденные ЗВУР в частности недоношенные с 2-3 степенью сопровождается глубокими нарушениями в организме, что определяет особенность и тяжесть клинических проявлений и обуславливает замедление к внеутробным условиям жизни. Частота кровоизлияний в мозг в большей степени диагностируется у недоношенных детей со ЗВУР. Выявленные нарушения у новорожденных с ЗВУР указывают на необходимость их включения в группу повышенного риска реализации гипоксически-ишемической энцефалопатии, синдрома дыхательных расстройств, внутриутробных инфекции и необходимость дифференцированного подхода и рационального выхаживания этого контингента детей. Степень тяжести ЗВУР является одним из важнейших параметров, определяющих течение раннего неонатального периода.

Выводы.

1. Частота кровоизлияний в мозг в большей степени диагностируется у недоношенных детей со ЗВУР.
2. Патологические изменения на нейросонографии зависят от тяжести поражения ЦНС.

Литература.

1. Барашнев Ю.И., Бубнова Н.И, Сорокина З.Х., Рымарева О.Н. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз. // Российский вестник перинатологии и педиатрии - N4-2005, с.6-12
2. Доманин Е.И., Волосников Д.К., Масленникова Н.В. Частота пороков головного мозга у новорожденных. Российский вестник перинатологии и педиатрии, N2-2000, с.28-31
3. Чернова Н.Г., Петракова Г.В. Задержка внутриутробного развития плода // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». – М. – 2003. – С. 173.
4. Бунин А.Г., Стрижаков А.Н., Медведев А.М., Григорян Г.А. Особенности мозгового кровообращения плода в норме и при синдроме задержки его развития. // Вопросы охраны материнства и детства-1999,-№2,-с.43-47.
5. Мухамадиева Х.Т., Шамсиев Ф.С. Клиническое значение нейросонографии в ранней диагностике гипоксически-ишемических энцефалопатий новорожденных // Педиатрия. – №2-3. – Ташкент – 2000. – С. 161-163.

Ковальчук В.И., Балинская Ю.В. ЦИСТИТЫ У ДЕТЕЙ

Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет". Г.Гродно

Актуальность.

Микробно-воспалительные заболевания органов мочевой системы в последние годы составляют 77-89% всех случаев госпитализации детей в нефрологические отделения. Согласно данным эпидемиологических исследований, самой частой локализацией всех инфекций мочевыводящих путей является мочевой пузырь. Цистит – инфекционно-воспалительное заболевание мочевого пузыря, часто рецидивирующим течением. Заболевание встречается у детей любого пола и возраста, но чаще болеют девочки, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями мочеполовой системы. В педиатрической практике среди инфекций мочевыводящих путей хронический цистит составляет от 26,0 до 83,9 %. Результаты лечения данной категории больных неудовлетворительные, рецидивы заболевания возникают у 80,3 % девочек уже в первый месяц после лечения [2]. В результате чего исследование данной патологии у детей является актуальной.

Цель исследования.

Изучение клинического течения, диагностики и лечения острых и хронических циститов у детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (далее УЗ «ГОДКБ») за период 2020-2022 года.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ 43 историй болезней детей находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» за 2020-2022 года с диагнозом острый цистит и 47 историй болезней детей находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» за те же года с диагнозом хронический цистит. Из 43 пациентов с острым циститом девочек составило 34 (79 %), мальчиков – 9 пациентов (21 %). Возраст пациентов составил от 3 лет до 17 лет, медиана – 13 лет. Из 47 пациентов с диагнозом хронический цистит девочек составило 46 (97,9%), мальчиков – 1 пациент (2,1%). Возраст пациентов составил от 5 лет до 17 лет, медиана – 11 лет. Для анализа учитывались такие данные как показатели общего анализа мочи, посев мочи на микрофлору с чувствительностью к антибактериальной терапии, результаты цистоскопии, результаты данных УЗИ почек и мочевого пузыря.

Результаты исследования и их обсуждение.

Острые циститы. Продолжительность госпитализации – от 1 до 28 койко-дней, медиана – 10 дней. Дети поступали в отделение с жалобами на изменения в общем анализе мочи, частые и болезненные мочеиспускания, периодические боли в животе, недержание мочи и др. Изменения в ОАМ на момент поступления наблюдались у 40 (93 %)

пациентов: лейкоцитурия – у 29 (67,4 %) пациентов, протеинурия – у 18 (41,9 %), микрогематурия – у 8 (18,6 %), макрогематурия – у 14 (32,6 %). По результатам посева мочи на микрофлору у 24 (55,8 %) пациентов высеялась *E. Coli*, у 4 (9,3 %) – *Enterobacter*, у 1 (2,3 %) – *Enterococcus faecalis*, у 14 (32,6 %) отсутствие бактериального роста.

При выполнении УЗИ почек и мочевого пузыря у 23 детей (53,5 %) было выявлено утолщение стенки мочевого пузыря. Размеры стенки мочевого пузыря составили от 2 мм до 9 мм, медиана – 5 мм. До 3 мм стенка мочевого пузыря у 14 (32,6 %) детей, 3,5 – 5 мм у 5 (11,6 %), больше 5 мм – у 18 детей (39,5 %), у 6 детей на момент исследования мочевого пузыря был пустой. 9 (20,9 %) пациентам была выполнена цистоскопия. Результаты: 5 (11,6 %) пациентов – гранулярный цистит, 3 (7 %) – тригонит, 1 (2,3 %) – геморрагический цистит.

Проводимое лечение: антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины) – у 35 (83,4 %) детей, уросептики (фурамаг, фурагин) – у 39 (90,7 %), физиолечение (электрофорез с димексидом или атропином) – у 43 (100 %), инстилляции в мочевой пузырь детям с гранулярным циститом осуществлялись – у 3 (7 %). Результаты лечения оценивались по стиханию клинических проявлений, динамике ОАК и ОАМ. Нормализация показателей ОАМ к моменту выписки отмечалась у 43 (100%) детей.

Хронические циститы. Продолжительность госпитализации – от 2 до 26 койко-дней, медиана – 10 дней. Госпитализировалось повторно в УЗ «ГОДКБ» за период 2020-2022 года 14 детей (29,8%), из них дважды – 9 детей (19,2%), трижды – 4 ребенка (8,5%). Дети поступали в отделение с жалобами на изменение в общем анализе мочи – у 47 ребенка (100%), энурез – у 3 (6,4%), дневное недержание мочи – 2 (4,3%), ложные позывы к мочеиспусканию – у 4 (8,5%) и др.

Изменения в ОАМ на момент поступления наблюдались у всех пациентов: лейкоцитурия – у 29 пациентов (61,7%), протеинурия – у 16 (34%), микрогематурия – у 11 (23,4%), макрогематурия – у 3 (6,4%).

По результатам посева мочи на микрофлору у 27 (57,4%) пациентов высеялась *E. Coli*, 5 (10,6%) – *Enterobacter*, 1 (2,1%) – *P. mirabilis*, 1 (2,1%) – *E. faecalis*, у 13 (27,7%) отмечалось отсутствие бактериального роста. Результаты чувствительности к антибиотикам: к препаратам цефалоспоринового ряда – у 15 пациентов (31,9%), к аминогликозидам и фторхинолонам – у 11 (23,4%), к сульфаниламидам и тетрациклиновому ряду – у 9 (19,1%), к карбопенемам – у 7 (14,9%), к пенициллинам – у 5 (10,6%), к полимиксинам – у 3 (6,4%), к гликопептидам – у 2 (4,3%).

При выполнении УЗИ почек и мочевого пузыря у 38 детей (80,9%) было выявлено утолщение стенки мочевого пузыря до 9 мм, медиана – 4 мм. 23 (48,9%) пациентам была выполнена цистоскопия, по результатам которой у 11 (23,4%) детей выявлены признаки хронического цистита, у 10 (21,2%) – гранулярного цистита, у 1 (2,1%) – тригонита, у 1 (2,1%) – катарального цистита.

Сопутствующие заболевания: пузырно-мочеточниковый рефлюкс – у 2 пациентов (4,3 %), вторичный хронический пиелонефрит – у 7 (14,9 %), гидронефроз – у 2 (4,3 %), удвоение почки – у 1 (2,1 %), гипоплазированная почка – у 1 (2,1 %), вульвовагинит – у 1 (2,1 %), дневное недержание мочи – у 2 (4,3 %), гиперактивный незаторможенный мочевой пузырь – у 4 (8,5 %) и др.

Проводимое лечение: антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины) – у 37 (78,7%) детей, уросептики (фурамаг) – у 39 (83%), фитотерапия (канефрон) – у 4 (8,5%), физиолечение (электрофорез с димексидом или атропином) – у 46 (97,9%), инстилляции в мочевой пузырь детям с гранулярным циститом осуществлялись – у 3 (6,4%).

Результаты лечения оценивались по стиханию клинических проявлений, динамике ОАК и ОАМ. Нормализация показателей ОАМ к моменту выписки отмечалась у 47 (100%) детей.

Выводы.

1. По результатам посевов мочи на микрофлору как при остром, так и при хроническом цистите ведущее место заняла *E. Coli* (55,8% и 57,4% соответственно).

2. По результатам УЗИ диагностики у 23 (53,5%) детей с диагнозом острый цистит стенка мочевого пузыря утолщена от 5 до 9мм.

3. Рецидивы хронической формы цистита возникали только в 29,8% случаев и к моменту выписки у всех детей нормализовались анализы мочи, что свидетельствует о эффективности этиотропного лечения.

Список литературы.

1. Урология детского возраста: учебное пособие / В.И. Ковальчук, К.М. Иодковский. – Минск : Вышэйшая школа, 2022. – 332с.
2. Оценка эффективности лечения хронического гранулярного цистита у детей / Д.Н. Руденко [и др.] // Здоровоохранение. – 2011. – № 8. – С. 44–47.
3. Захарова И.Н. Инфекция мочевой системы у детей: современные подходы к диагностике и лечению / И.Н. Захарова, А.Н. Горайнова, Э.Б. Мумладзе // Медицинский совет. – 2011. – №12. – С. 48 – 54.

Кузibaева Н.К., Сатторова А.П., Омонов Э.О.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРЕАТИНКИНАЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Актуальность. Креатинкиназа (креатинфосфокиназа, КК) — фермент, который содержится преимущественно в клетках миокарда, скелетной мускулатуры, головного мозга, а в минимальном количестве — в щитовидной железе, лёгких. Повреждение клеток сопровождается выходом различных внутриклеточных компонентов в кровоток, что лежит в основе лабораторной диагностики большого ряда патологических процессов. КК обратимо катализирует фосфорилирование креатинина при помощи аденозинтрифосфата (АТФ), в результате образуется высокоэнергетическое соединение — креатинфосфат. КК представляет собой гетерогенный фермент, молекула которого состоит из двух субъ-

единиц — В и М. Комбинации этих субъединиц образуют три различных изофермента: ММ — содержащийся в скелетных мышцах, ВВ — в головном мозге и МВ — гибридный — в сердечной мышце. В норме содержание изоферментов КК в сыворотке крови составляет: КК-ММ — 94–96%, КК-МВ — 4–6%, КК-ВВ отсутствует или обнаруживается в следовом количестве [1–3].

Высокая активность общей КК нередко встречается при травматических повреждениях и заболеваниях скелетных мышц (например, при прогрессирующей мышечной дистрофии, миопатии, дерматомиозите, столбняке), а также при заболеваниях головного мозга (шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, травмах головы), после хирургических операций, при любых видах шока, гипотиреозе. КК может повышаться в результате приёма больших доз кортикостероидов, психотропных или наркотических препаратов, алкоголя, после судорог, инъекций, тяжёлой физической нагрузки и при беременности. Увеличение показателя возможно за счёт хилеза пробы или гемолиза. Для тиреотоксикоза, напротив, характерно снижение уровня КК [1].

Увеличение показателя КК-МВ может быть вследствие присутствия в крови ВВ-фракции, вплоть до превышения уровня МВ-фракции над общей КК. Подтвердить предположение можно после исследования сыворотки крови методом электрофореза. Причиной этого является особенность методики определения методом иммуноингибирования. Предполагается, что количество КК-ВВ в циркулирующей крови пренебрежимо мало. В то же время у детей были отмечены благоприятные исходы заболеваний, сопровождавшихся появлением макрокомплексов 2-го типа. Они были выявлены у новорождённых с диагнозами «кардиомиопатия», «дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок», «перинатальная асфиксия» [4].

Таким образом, повышение КК общей и КК-МВ требует оценки в соответствии с клинической картиной и особенностями пациента.

Цель исследования. Изучить особенности креатинкиназы у детей раннего возраста с различной экстракардиальной патологией.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка антропометрических показателей 100 детей в возрасте до 3-х лет, находившихся под наблюдением и стационарном лечении в детских отделениях НМЦ РТ, за период 2010–2022 гг. мальчиков было 45, девочек – 55. Для оценки показателей МВ-креатинкиназы, использовали метод иммуноингибирования. Значения КК общей, получали иммуноферментным способом, спомощью оптимизированного ультрафиолетового теста. Все дети раннее находились на амбулаторном учете и не имели сердечной патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведённых исследований выявил следующие особенности.

Увеличение КК-МВ выше нормального значения (от 25 U/L) и соотношения КК-МВ/КК общая более 0,5 отмечали у 5 (5%) ребенка.

Все обследуемые были разделены на 2 группы: дети с кишечной патологией и с вирусными заболеваниями. Пациентов острой кишечной инфекцией было 65 %, острой респираторной инфекцией — 35 %. Этиологическими факторами у пациентов с острой респираторной инфекцией были парагрипп в сочетании с респираторно-синцитиальным вирусом — у 15% детей, респираторно-синцитиальный вирус с аденовирусом — у 2 %, парагрипп — у 25 %, респираторно-синцитиальный вирус — у 17 %, грипп — у 16%. У 52 % детей была подтверждена пневмония, у 22 % - обструктивный бронхит, у 13 % - ларинготрахеит.

Среднетяжёлое течение регистрировали большинства из этих пациентов – 85%, у 20 — тяжелое. У этих детей повышенные значения КК-МВ и КК общей были в целом ниже, чем у пациентов с кишечной патологией. Высокие значения соотношения КК-МВ/КК общая, в некоторых случаях превышающие 1, также указывали на вероятное образование макрокомплексов.

Анализ сравнения показателей МВ-КФК И КК общая между двумя группами пациентов (с кишечной патологией и с вирусными заболеваниями) достоверных различий не выявил. Так, КК общая у детей с кишечной патологией варьировала в пределах от 50 до 700 ЕД/л, а в группе детей с вирусными заболеваниями – 55 – 800 ЕД/л. Средние показатели МВ –КФК и КК отмечалась в пределах от 55 до 1,35.

Сопоставляя полученные результаты в разных группах пациентов, можно сделать заключение о необходимости различной трактовки повышения КК-МВ и соотношения КК-МВ/КК общая при разной патологии. В рассмотренных случаях очевиден факт, что рост КК-МВ указывал на поражение миокарда несердечной патологией.

Выводы. У детей при различной патологии, в том числе и несердечной патологией, регистрируется повышение активности изофермента КК-МВ, возможны значения, превышающие уровень активности КК общей.

Литература

1. Черных Н.Ю., Грознова О.С., Тарасова А.А., Шигабеев И.М. Биохимические маркеры ишемии, сердечной недостаточности и деформация миокарда у детей с гипертрофической кардиомиопатией. Педиатрия (Приложение к журналу Consilium Medicum). 2018; 4: 80–4.
2. Baba Y., Kubo T., Yamanaka S., Hirota T., Tanioka K., Yamasaki N. et al. Clinical Significance of High-Sensitivity Cardiac Troponin T in Patients With Dilated Cardiomyopathy. Int. Heart. J. 2015; 56(3):309–13.
3. Enooku K., Nakagawa H., Soroida Y. et al. Increased serum mitochondrial creatine kinase activity as a risk for hepatocarcinogenesis in chronic hepatitis C patients // Int J Cancer. 2014. Vol. 135. P. 871–879.
4. Chang C. C., Liou C. B., Su M. J. et al. Creatine Kinase (CK)-MB-to-Total-CK Ratio: a Laboratory Indicator for Primary Cancer Screening // Asian Pac J Cancer Prev. 2015. Vol. 16 (15). P. 6599–6603.

Кузibaева Н.К., Сатторова А.П., Маматов Ж.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Актуальность. Врожденная цитомегаловирусная инфекция - это инфекционное заболевание, развившееся в результате антенатальной передачи возбудителя от матери к плоду при первичном заражении беременной, реактивации ранее приобретённой инфекции во время беременности или заражение серопозитивной беременной другим штаммом цитомегаловируса [1-3]. Врожденная цитомегаловирусная инфекция является одной из самых распространенных в структуре внутриутробных инфекций и встречается у 0,4- 3,5% новорождённых в мире. Факторами риска в развитии внутриутробной ЦМВМ являются предшествующие в анамнезе аборт, выкидыши, мертворождаемость, ранняя детская смертность, юный возраст матери или возраст старше 35 лет, наличие хронической патологии, осложнённое течение настоящей беременности и родов. По тератогенной значимости ЦМВ занимает 2 место после вируса краснухи. Обладая высоким тератогенным потенциалом, вызывает структурные изменения в коре головного мозга и задержку миелинизации белого вещества. Наиболее частыми последствиями у выживших новорождённых является умственная отсталость, судороги, ДЦП, задержка психомоторного развития и речи, трудности в обучении, атрофия зрительного нерва. По данным ряда авторов, существуют исследования о формировании при внутриутробной ЦМВИ и других аномалий развития пороков сердца, почек, костно-суставной системы и желудочно-кишечного тракта [4].

Цель исследования. Изучить клинические варианты пороков развития при врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 80 больных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорождённых НМЦ РТ. Мальчиков было 64, девочек – 36. Для подтверждения диагноза был использован комплекс серологических и молекулярно-биологических методов с определением специфических Ig M и Ig G, методом ИФА у матерей и детей. Обнаружение ДНК ЦМВ в крови осуществляли методом ПЦР. При повторном наблюдении в течение года, выявление IgG к ЦМВ обнаружено у 85% больных, Ig M – у 10%.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проведённых исследований выявил следующие особенности. У детей с подтверждённым диагнозом врожденной ЦМВ инфекции диагностированы пороки развития в периоде с рождения до 6 месяцев в 75% случаев, к концу первого года жизни подтверждены у 25% детей. Недоношенными родились 45% детей, с задержкой внутриутробного развития – 25%, доношенными родились 55% больных. Большинство детей страдали генерализованной формой инфекции (93%) и всего лишь у 7% встречалась церебральная форма течения. Тяжёлое течение заболевания протекало у 80% детей с рождения или первых дней жизни. В течение периода новорождённости заболевание проявлялось у 20% детей. Клиническая картина заболевания характеризовалась в зависимости от варианта течения. При генерализованной форме течения врожденной ЦМВ инфекции заболевание начиналось с общемозговой симптоматики. Угнетение ЦНС встречалось у 75% больных, судорожный синдром проявился у 30%, 65% детей страдали гипертензионно-гидроцефальным синдромом, у 10% выявлен синдром вегето-висцеральных дисфункций. Необходимо отметить, что почти у 30% детей ЦМВ инфекция имела сочетание нескольких синдромов. У 25% пациентов был подтвержден энцефалит с очаговыми и длительными нарушениями. Очаговые изменения проявлялись в виде сходящего косоглазия, асимметрии мимической мускулатуры, псевдобульбарных нарушений, нистагма. У 10% детей, в крайне тяжелом состоянии, имели место дыхательные нарушения, нарушение функции глотания, сосания. Развитие цитомегаловирусной пневмонии, как специфического поражения органов дыхания было выявлено в 60% случаев. Также встречался кардит – 25%, нефрит-15%, гепатит –28%, энтероколит – 18%.

При церебральной форме течения, чаще встречались поражения ЦНС, которые проявлялись в виде синдрома угнетения – 65%, гипертензионно-гидроцефальным синдромом - 40%, судорожным синдромом – 22%. В течение первого года жизни наблюдалось нарастание проявлений патологических неврологических симптомов, таких как судорожного синдрома, нистагма, менингоэнцефалита.

При анализе характеристики пороков развития выявлено, что аномалии ЦНС чаще наблюдались при церебральной форме течения. При генерализованной форме течения часто встречались пороки развития внутренних органов (55%), что намного превышает показатели церебральной формы (10%). Так, ВПС встречались у 20% больных с генерализованной инфекцией, и 5% - с церебральной. Пороки развития ЖКТ, мочевыводящей системы встречались только при генерализованной форме течения ЦМВ. У 75% больных состояние прогрессивно ухудшалось с развитием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, отёка головного мозга, ДВС – синдрома.

Выводы. У детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией встречались генерализованная и церебральная формы течения с преобладанием аномалий развития ЦНС. Пороки развития внутренних органов чаще формируются при генерализованной форме течения, аномалии ЦНС – при церебральной форме.

Литература

1. Майлян Э.А., Майлян Д.Э. Частота регистрации маркеров цитомегаловирусной инфекции по данным иммуноферментного анализа у жителей донецкого региона / Медико-социальные проблемы семьи. 2013. Т. 18. № 2. С. 123-127.
2. Dar L., Namdeo D., Kumar P., Thakar A., Kant S., Rai S., et al. Congenital cytomegalovirus infection and permanent hearing loss in children in rural north India. *Pediatr Infect Dis J* 2017; 36(7):670–3.
3. Manicklal S, Emery VC, Lazzarotto T, Boppana SB, Gupta RK. The “silent” global burden of congenital cytomegalovirus. *Clin Microbiol Rev.* 2013 Jan;26 (1): 86-102. doi: 10.1128 /CMR.00062-12. PMID: 23297260; PMCID: PMC3553672.
4. Britt WJ. Congenital human cytomegalovirus infection and the enigma of maternal immunity. *J Virol* 2017;91(15)

Кузibaева Н.К., Маматов Ж.А., Халилова Г.Б.
ДИГАНОСТИКА ОСТРЫХ МИОКАРДИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Актуальность. Болезни миокарда неревматического характера являются одной из распространенных патологий сердца у детей. В последние годы отмечается увеличение доли этих заболеваний в структуре болезней сердца. В гендерном плане частота миокардитов у мальчиков и девочек практически не различается; у подростков и молодых мужчин имеет некоторое преобладание случаев болезни. Поражение миокарда может возникнуть после воздействий практически всех инфекционных возбудителей, патогенных для человека. Чаще всего кардиты развиваются при вирусном, вирусно-бактериальном, а не моноинфекционном процессе. Существуют аллергические кардиты (лекарственные, сывороточные, поствакцинальные), токсические (при дифтерии), токсикоаллергические, кардиты при прогрессирующих мышечных дистрофиях, диффузных заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы), в результате повреждения миокарда физическими, химическими и биологическими агентами и группой идиопатических кардитов. Клиническое течение неревматических кардитов у детей отличается полиморфизмом, может быть вариабельной от бессимптомных форм до выраженных симптомов тяжелой рефрактерной сердечной недостаточности, развивающейся при диффузном поражении миокарда. В патогенезе миокардита имеет значение сходство иммунопатохимических феноменов при многообразии этиологических факторов. Диагностика острого миокардита основывается на динамике клинических симптомов, на основании кардиомегалии, остро или подостро начавшейся и прогрессирующей застойной сердечной недостаточности, выявленных после инфекционного процесса или когда причина неясна при наличии патологических изменений ЭКГ, ЭхоКГ. Все это свидетельствует об актуальности изучения данной патологии в педиатрии.

Цель исследования. Изучить проблемы в диагностике острого миокардита у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 20 больных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии НМЦ РТ. Все дети были распределены на 2 группы: 1- с миокардитом (10), 2 – с другими заболеваниями сердца (10). Мальчиков было 12, девочек – 8. Всем детям кроме анамнестического исследования были проведены клиничко-лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз миокардита и другие заболевания сердечно-сосудистой системы.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что всем поступившим детям диагноз был выставлен на основании клиничко-лабораторных данных. Основную часть пациентов составили дети до 1 года жизни – 45%, детей старше года было 55 %. Лабораторные методы исследования включали: общий анализ крови, биохимический анализ крови, кровь на вирусологические показатели, общий анализ мочи. Изучение анамнеза заболевания выявило тот факт, что несмотря на ранний возраст, все дети перенесли неоднократно острые вирусные инфекции. Основными жалобами со слов матери были: повышение температуры тела – 70 %, быстрая утомляемость – 60%, кашель – 40%. Все клинические признаки были связаны со степенью проявления сердечной недостаточности. У детей с миокардитами клинические признаки были в виде одышки – 100%, утомляемости при кормлении – 70%, стонущее кряхтящее дыхание – 60%, слабость – 40 %, адинамия – 50 %. При объективном исследовании выявлялись систолический шум на верхушке – 90 %, тахикардия – 70%, приглушенность тонов сердца – 70 %, смещение границы относительной сердечной тупости влево – 30 %. Верхушечный толчок ослаблен. Результаты электрокардиографических исследований выявили снижение вольтажа зубцов QRS – 70%, признаки перегрузки обоих предсердий и правого желудочка сердца – 50%, блокада ножек пучка Гиса – 40%, атриовентрикулярных блокад – 40%. У 60 % детей регистрируются нарушения ритма в виде экстрасистолии – 20%, реже пароксизмальной тахикардии, трепетания предсердий.

На ЭхоКГ были выявлены расширение камер сердца, систолическая дисфункция со снижением фракции выброса, регургитация на митральном и трикуспидальном клапанах – у 50 %.

Лабораторные показатели проводились в несколько этапов. При анализе лабораторных показателей не выявлено статистически значимых различий между группами.

Выводы. Таким образом, изменения при рутинных обследованиях миокардитов у детей, неспецифичны и имеют диагностическое значение только в сочетании с клиническими данными и данными инструментальных методов исследования.

Литература.

1. Маткасымова, Айжан Ташболотовна. "Распространенность, клинические проявления и причинные факторы неревматических поражений сердца у детей Юга республики Кыргызстан." Наука, техника и образование 2 (20) (2016).
2. Мелехов, А. В., and Ю. И. Островская. "Миокардиты." Атмосфера. Новости кардиологии 2 (2018).
3. Марушко, Ю. В., Т. В. Гишак, and Е. Ю. Марушко. "Применение левокарнитина в комплексном лечении детей с неревматическим кардитом." Педиатрия. Восточная Европа 3 (2015): 80-89.
4. Никитина И.Л., Вершинина Т.Л. Миокардиты у детей // Медицинский совет.- 2017.- №1.- С. 238-245
5. U.R. Khakimova, A.V. Muratkhojaeva FEATURES THE CURRENT OF MYOCARDITIS ON THE BACKGROUND OF RESPIRATORY DISEASES IN PRESCHOOL CHILDREN Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 380-386.

Курбонов Н.Б., Давлатова С.Н., Джураев М.Н.
К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Анафилактический шок занимает существенное место среди острых аллергических реакций в структуре заболеваемости детского населения крупных городов. Анафилактический шок является актуальной

проблемой современной медицины в связи с внезапностью развития и выраженностью клинических проявлений, которые могут привести в летальному исходу. По данным Всемирной организации аллергологии, наиболее частыми причинами развития анафилаксии признаны лекарственные препараты и пищевые продукты.

Анафилактический шок - это состояние которое в 20% случаев и более может привести к смерти человека. Это тяжелая острая аллергическая реакция, которая развивается в ответ на попадание в организм аллергена.

Следует отметить, что к системным аллергическим заболеваниям лекарственной этиологии относятся следующие заболевания: анафилактический шок; сывороточная болезнь; аллергические васкулиты; генерализованные дерматиты; ангиоотёк, крапивница.

Спровоцировать такую реакцию могут продукты питания, лекарственные препараты, укусы насекомых, средства бытовой химии.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке у детей позволяет сохранить не просто здоровье, но нередко и жизнь.

Лекарственная аллергия одна из наиболее сложных проявлений аллергии в детском возрасте. В структуре её значителен удельный вес системных аллергических реакций и клинических форм с полиорганным поражением, представляющий весьма сложную проблему для врачей педиатров, аллергологов и реаниматологов, как в диагностическом отношении, так и в терапевтическом плане.

Некоторые авторы [1,2,3] выделяют клинические разновидности анафилактического шока: гемодинамический, асфиктический, церебральный и абдоминальный.

Цель исследования. Изучить этиологическую структуру, клинко-иммунологические аспекты и тяжесть течения анафилактического шока у детей.

Материал и методы исследования. Нами проведено клинко-иммунологическое обследование 18 детей, перенесших анафилактический шок.

Состояние гуморального иммунитета у обследованных больных определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле (Machini, et. al. 1995), клеточного иммунитета-иммунодиагностическим тестом (Тотолян А.А. и соавт. 1999).

Результаты исследования. Возрастная категория обследованных детей была такой: до 5 лет – 5 детей, от 3 до 5 лет - 3, от 5 до 7 лет - 4, от 7 до 11 лет - 5, от 11 до 14 лет - 1 ребёнок, среди которых мальчиков было 10, девочек - 8. В этиологической структуре анафилактического шока ведущее место занимали препараты группы цефалоспоринов, особенно цефтриаксон. Анафилактический шок развивался у 5 больных после внутривенного введения препарата, а у 7 - после внутримышечного введения. Из 12 наблюдаемых больных у 8 была отягощённая наследственность по аллергическим заболеваниям, причём у 9 больных родители страдали лекарственной непереносимостью. Симптомы анафилактического шока возникали в течение первых нескольких секунд - 1 часа после введения препарата. По нашим наблюдениям, чем раньше развивается анафилактический шок, тем тяжелее он протекает и может закончиться летально.

В наших наблюдениях с лёгкой степенью анафилактического шока было 5 детей. У них было отмечено головокружение и головная боль, заложенность носа, чихание, экзантемы у 2 детей, было небольшое снижение систолического давления до 80 мм.рт.ст. При своевременном оказании соответствующей медицинской помощи эти больные выходили из этого состояния в течение 1 часа.

У 4 больных наблюдался средней тяжести анафилактический шок. Клинически он выражался головокружением, ухудшением зрения и слуха, выраженной общей слабостью, тошнотой с позывом на рвоту. У 4 больных отмечена одышка смешанного характера, холодный пот, спутанность сознания с быстрым переходом к его потере. При аускультации органов грудной клетки выслушивались сухие, иногда единичные влажные хрипы в лёгких. Тоны сердца приглушены, тахикардия, констатируется снижение систолического давления до 80-40 мм.рт.ст. На ЭКГ отмечались гипоксические изменения в миокарде, отрицательный зубец Т в левых желудочковых отведениях и снижение интервала ST. При исследовании периферической крови обнаруживался лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы белой крови влево. При оказании медицинской помощи эти больные выходили из этого состояния в течение 1,5 и более часов. Следует отметить, что в случае несвоевременного оказания медицинской помощи эти больные переходят в тяжёлую стадию анафилактического шока.

У 3 наблюдаемых нами больных отмечено тяжелое течение анафилактического шока. У этих детей развилась острая сосудистая недостаточность с потерей сознания, появление тонико-клонических судорог, непроизвольного мочеиспускания и акта дефекации. У 2 больных отмечено западение языка, артериальное давление и пульс не определялись. Тоны сердца иногда едва выслушивались, при аускультации - в лёгких масса сухих и влажных хрипов, в большинстве случаев развивалась картина отёка лёгких. Кожа по всему телу становилась синюшной, иногда землянистой, с мраморным оттенком, на ощупь очень холодная, особенно в нижних конечностях.

Из 3 наблюдаемых детей у 2 имело место паратрофия. Следует отметить, что анафилактический шок у детей с паратрофией протекает очень тяжело. При умелом и своевременном оказании неотложной медицинской помощи эти больные выходили из критического состояния в течение 2,5 часа и более.

У 9 наблюдаемых больных из 18 детей с лёгкой формой анафилактического шока был выявлен гемодинамический вариант, у 4 больных со средне-тяжелой формой шока сочетались абдоминальный и гемодинамический варианты, у 5 больных с тяжёлым течением анафилактического шока сочетались все клинические варианты затяжного течения анафилактического шока.

У детей, перенесших анафилактический шок были изучены показатели гуморального и клеточного иммунитета. Показатели общего IgE у них составили 400 МЕ/Л, иммуноглобулин А был равен $0,28 \pm 0,03$ г/л, то есть в 2,6 раза меньше по отношению с контрольной группой ($0,72 \pm 0,02$ г/л), IgM составил $0,84 \pm 0,07$ (у здоровых $0,94 \pm 0,03$ г/л), IgG = $6,83 \pm 0,71$ ($8,49 \pm 0,12$ г/л).

При анафилактическом шоке показатель циркулирующих иммунных комплексов составил $1,6 \pm 0,05$ ЕД, что почти в 2 раза ниже по сравнению с контрольной группой ($2,50 \pm 0,24$ ЕД). Анализ показателей клеточного иммунитета при анафилактическом шоке показал, что уровень Т-лимфоцитов был в пределах $42,8 \pm 0,99$, т.е. сниженным по отношению к контрольной группе ($58,5 \pm 1,50$) ($p < 0,001$).

Выводы. Проведенное исследование показало, что пусковым механизмом в развитии анафилактического шока чаще всего являются антибиотики цефалоспоринового ряда (в особенности, цефтриаксон). При анафилактическом шоке наблюдаются существенные нарушения в системе иммунитета больного в виде развития дисиммуноглобулинемии, значительного снижения содержания Т-лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов.

Анафилактический шок является наиболее тяжёлым системным аллергическим заболеванием, который протекает коварно и в некоторых случаях заканчивается летально.

Литература

1. Казмирчук В.Е. Клиническая иммунология и аллергология с возрастными особенностями. Киев, 2012.- 520 с.
2. Хаитов Р.М. Аллергология. Фармакотерапия без ошибок, руководство для врачей, М.2013. - 445 с.
3. Незабудкин С.Н. Анафилактический шок: современный взгляд // Медицина, теория и практика – 2018 – Т.3. - №4 – С.143-150.
4. Григорян Л.А и др. Анафилактический шок у детей и подростков // Тихоокеанский медицинский журнал.- 2021 - №4.- (86) с. 10-15.

Лим М.В., Шамсиддинова М.Ш.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ У ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ.

кафедра педиатрии № 1 и неонатологии СамГМУ. Республика Узбекистан

Актуальность. При респираторных заболеваниях в большинстве случаев у детей в наблюдается синдром бронхиальной обструкции, обусловленный анатомо-физиологическими особенностями строения органов дыхания, включающие повышенную склонность слизистой оболочки трахеи и бронхов к отеку, гиперсекрецию вязкой слизи, недостаточную эффективность мукоцилиарного транспорта, неадекватности кашлевого дренажа, слабости дыхательных мышц (3,4). Высокая распространенность бронхообструктивного синдрома (БОС) в детском возрасте проявляется проблемным прогнозом, сложностью проведения дифференциальной диагностики и лечебных мероприятий (1, 5).

Все больший интерес представляет цитологическое исследование мокроты при БОС, являющееся легко выполнимым и безопасным для больного (2). В настоящее время характеристика мокроты при бронхообструктивном синдроме малоизучена, что определило цель исследования.

Цель исследования. Установить диагностическую информативность состояния секретируемой мокроты у детей с бронхообструктивным синдромом.

Материал и методы исследования.

Обследованы больные острыми бронхитами (ОБ) острыми обструктивными бронхитами (ООБ), рецидивирующими обструктивными бронхитами (РОБ), острыми бронхиолитами (ОБЛ) и бронхиальной астмой (БА). Проведено обследование 240 детей, которые были разделены на 3 группы:

I группа - больные с острым обструктивным бронхитом, острым бронхиолитом (120 больных), II группа - дети с рецидивирующим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой (60 больных) и III группа – пациенты с острым бронхитом, без бронхиальной обструкции (60 больных). Анализ мокроты проводился микроскопическим методом, забор мокроты проводился методом индуцированной мокроты (ИМ) с использованием небуйлазерных ингаляций 3% раствора натрия хлорида.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета «SPSS Statistics 26.0.0» for Windows фирмы SPSS Inc. & Microsoft Office Excel, 2019.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для изучения значимости показателей выделяемой мокроты в развитии и течении бронхиальной обструкции у детей, было проведено цитологическое изучение индуцированной мокроты у пациентов всех исследуемых групп.

Сравнительный анализ цитологических показателей ИМ при поступлении показал (таблица 1), что у пациентов I группы наблюдалось достоверное повышение уровня нейтрофилов, лимфоцитов и макрофагов в мокроте в сравнении с пациентами с РОБ и БА ($P < 0,001$). При этом у пациентов II группы наблюдалось повышение уровня эозинофилов в сравнении с показателями I группы ($P < 0,001$).

Таблица 1. Сравнительный анализ основных показателей индуцированной мокроты у пациентов обследуемых групп

Показатели	I группа (n=120)		II группа (n=60)		P
	М	М	М	м	
Нейтрофилы %	72,09	0,43	64,50	0,80	<0,001
Эозинофилы %	1,31	0,05	3,13	0,11	<0,001
Лимфоциты %	4,99	0,08	4,37	0,14	<0,001
Макрофаги %	21,69	0,43	28,01	0,79	<0,001

Примечание: P – достоверность различий показателей индуцированной мокроты I и II групп

Сравнительный анализ основных цитологических показателей ИМ при поступлении показал (таблица 2), что у пациентов с ООБ, ОБЛ, наблюдалось достоверное повышение уровня эозинофилов в мокроте в сравнении с пациентами с острым бронхитом без бронхиальной обструкции ($P<0,001$). При этом у пациентов уровни нейтрофилов, лимфоцитов и макрофагов были сравнительно одинаковыми у пациентов сравниваемых групп ($P>0,2$; $P>0,5$).

Таблица 2. Сравнительный анализ основных показателей индуцированной мокроты у пациентов обследуемых групп

Показатели	I группа (n=120)		III группа (n=60)		P
	M	m	M	m	
Нейтрофилы %	72,09	0,43	72,83	0,62	$>0,2$
Эозинофилы %	1,31	0,05	1,00	0,04	$<0,001$
Лимфоциты %	4,99	0,08	4,94	0,12	$>0,5$
Макрофаги %	21,69	0,43	21,14	0,60	$>0,2$

Примечание: P – достоверность различий показателей индуцированной мокроты I и III групп

Сравнительный анализ основных цитологических показателей ИМ, проводимый у пациентов II-III групп при поступлении показал (таблица 3), что у пациентов с РОБ и БА наблюдалось достоверное повышение уровня эозинофилов (в 3,1 раза) в сравнении с пациентами с ОБ ($P<0,001$). При этом у пациентов III группы наблюдалось повышение уровня нейтрофилов, лимфоцитов, а также сниженный уровень макрофагов в сравнении с показателями II группы ($P<0,001$).

Таблица 3. Сравнительный анализ основных показателей индуцированной мокроты у пациентов обследуемых групп

Показатели	II группа		III группа		P
	M	m	M	m	
Нейтрофилы %	64,50	0,80	72,83	0,62	$<0,001$
Эозинофилы %	3,13	0,11	1,00	0,04	$<0,001$
Лимфоциты %	4,37	0,14	4,94	0,12	$<0,01$
Макрофаги %	28,01	0,79	21,14	0,60	$<0,001$

Примечание: P – достоверность различий показателей индуцированной мокроты I и III групп

Выводы. Установлено, что у детей с острым обструктивным бронхитом содержание эозинофилов мокроты $3,1\pm 0,11\%$ и выше, свидетельствует о развитии рецидивирующего бронхообструктивного синдрома у детей.

Список литературы.

1. Марковская А. И., Потапова Н. Л., Гаймоленко И. Н., Мизерницкий Ю. Л. Бронхиальная обструкция у детей дошкольного возраста //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66. – №. 6. – С. 17-22.
2. Павловская Л.В., Бораева Т.Т. Рецидивирующий обструктивный бронхит как фактор риска развития бронхиальной астмы. Владикавказский медико-биологический вестник 2014; 20: 30: 78–82
3. Самсыгина Г.А. Кашель у детей (патофизиология, клиническая интерпретация, лечение). Москва; 2016, 240 с.
4. Kaiser S.V., Huynh T., Bacharier L.B., Rosenthal J.L., Bakel L.A., Parkin P.C. et al. Preventing exacerbations, in pre-schoolers with recurrent wheeze: a meta-analysis. Pediatrics 2016; 137(6): e20154496
5. Kere M., Melén E. Special Considerations in Preschool Age. Severe Asthma in Children and Adolescents 2019; 19–46

Маджонova М.Дж., Умарова Г.А., Мамаджарова М.Г.

СОВРЕМЕННАЯ КОРЬ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Актуальность. Проблема кори остаётся одной из значительных в силу высокой распространённости инфекции в мире, заболеваемости как среди детей, так и среди взрослых любого возраста и различных социальных и профессиональных групп (1,2). По данным ВОЗ в 2008 году в мире от кори умерло 2,6 миллиона, в 2014 году 114 900 человек, из числа которых в большинстве случаев болели дети. В 2010 году в мире было зарегистрировано 1393000 случаев смерти от кори, почти 380 случаев в день, или 15 случаев в час. Несмотря на стремление многих стран к элиминации вируса кори, охват специфической профилактикой заболевания остаётся низким по причинам усиления внутренней и внешней миграции населения, а также увеличения необоснованных медицинских отводов и отказах родителей от профилактических прививок. Заболеваемость корью в РТ за 9 месяцев 2021 года составила -0,04 и за 9 месяцев 2022 - 2,66 на 100 тысяч населения. В РТ профилактика и элиминация кори, а также врождённой краснухи проводится согласно в контексте закона РТ об иммунопрофилактике инфекционных болезней, согласно национальной программы иммунопрофилактики в РТ на 2021-2025 годы, утверждённая МЗ и СЗН РТ от 27 февраля 2021 с. №51. Но несмотря на усиленные мероприятия по профилактике кори, в Республике Таджикистан с декабря 2021 года по настоящее время отмечался эпидемический подъём заболеваемости, отличающиеся своеобразной клиникой в разных детских возрастных группах [1,2,3,4].

Корь опасна развитием тяжёлых форм болезни, а также осложнений и остается одной из основных причин смерти чаще у непривитых и среди детей раннего возраста, имеющие тяжёлые нарушения питания и связанное с этим недостаточность витамина А, а также низкий иммунитет по причине сопутствующих заболеваний.

Целью исследования. Является изучение современной кори у детей в период эпидемиологической вспышки заболевания в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 113 больных детей с корью, госпитализированных в инфекционные отделения ГМЦ г. Душанбе имени Ахмедова Карима. Диагноз кори был выставлен на основании эпидемиологических данных, клинических признаков заболевания и данных серологических методов исследования, проведенных в республиканском Центре иммунопрофилактики с выделением в сыворотке крови в первые дни высыпаний антител к вирусу кори (анти - MorbillivirusIgM) методом ИФА. Образцы крови собранные с зарегистрированных случаев кори во время вспышки были направлены в МНИИ им. Г.Н. Габричевского (г. Москва) для проведения генотипирования вируса кори. Результаты генотипирования показали, что выделенные штаммы относятся к генотипу **D8**, субвариант генетической линии MVi/Delhi.IND/01.14/06. Штаммы вируса, выделенные в Таджикистане в 2020-2022 гг., идентичны штаммам, выделенным в России в г. Новосибирск в январе 2022 г. В филогенетическом отношении наиболее близки им вирусы, циркулировавшие в 2019 г. в Узбекистане и России, в Казахстане в 2018 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди госпитализированных с корью чаще болели дети в возрасте до 6 лет 73 (64,6%), чем дети старшего возраста 29(25,7%) и также взрослые 11(9,7%). Из числа детей до 6 лет, детей до года было 14 (19,2%), от года до 3-х лет 49 (67,1%), 3 - 6 лет 10(8,8%). Среди больных детей непривитых было больше 69 (61,1%), чем привитых, причём из их числа у 14 (19,2%) детей в возрасте от 2 месяцев до года, вакцинация от кори не была проведена по возрасту.

Корь у детей грудного возраста протекала атипично и течение имело своеобразный характер. Инкубационный период у большинства 11 (78,6%) детей был коротким до 7-8 дней. Течение кори у детей грудного возраста характеризовалось у 11(78,6%) отсутствием высокой лихорадки и катаральных проявлений, у 12 (85,6%) нарушением этапности и уменьшением продолжительности времени высыпания до двух суток, а также нехарактерным началом высыпания, которая начиналась с туловища а затем переходила на лицо и впоследствии заканчивалось не пигментацией, а обильным шелушением. В периоде разгара болезни у всех детей до года была выявлена диарея, у 9(64,3%) пневмония, у 4(28,5%) детей отмечен синдром крупа.

Корь у детей раннего возраста имело острое начало, причём у 35 (55,5%) детей температура тела имела субфебрильный, у 28(44,4%) фебрильный и высокий характер. Продромальный период у 32 (50,8%) детей был коротким (до 2 — 3 дней), у 31 (49,2%) более длительным (5 до 7 дней) и с незначительно слабо выраженными катаральными симптомами в виде конъюнктивита и ринита у 42(66,7%) детей, умеренно гиперемизированной, гладкой, с блестящей, розовой поверхностью и без шероховатости **слизистая оболочка полости рта и губ,** с появлением на них пятен Бельского—Филатова—Коплика у 45(71,4%) детей. В периоде высыпания у большинства 52 (82,5%) детей раннего возраста отмечено в течении трёх суток подъём температуры тела и одновременное появление характерной пятнисто-папулезной сыпи с этапностью высыпания начиная с кожи лица, шеи и переходящее на туловище и конечности. Длительность периода пигментации у детей раннего возраста составлял 7 - 15 дней, причём у 4(10%) детей отмечено шелушение. Специфические ранние осложнения в виде нейротоксикоза с судорожным синдромом диагностировано у 28 (44,4%), а поздние осложнения в виде отитов у 18 (28,6%) детей. Следует отметить, что тяжёлое течение кори отмечалось у 8 (12,7%) детей до 2 —х лет с тяжёлым нарушением питания в виде афтозно-язвенных стоматитов. Пигментация сохранялась в течении 7-15 дней. Корь у детей от 3 до 6 лет протекал типично, с клиническими симптомами энтероколита и тяжелой степенью обезвоживания у 6 (60%) и стоматита у 5 (32,7%).

У большинства госпитализированных детей старшего возраста 25 (86,2%) корь протекала также типично, у 4(13,8%) по причине введения простого человеческого иммуноглобулина атипично, в лёгкой форме. Инкубационный период у детей с типичной корью был продлён от 8 до 17 дней, с атипичной корью до 21 дня. В катаральном периоде у всех детей отмечены симптомы интоксикации, у 20(69%) катаральное воспаление верхних дыхательных путей, конъюнктивы глаз, у 18(62,1%) энантема на мягком нёбе, белесоватые пятна Бельского-Филатова, а также сухой навязчивый кашель, конъюнктивит, ринит. Следует отметить, что с первого дня заболевания у детей с типичной формой отмечены лихорадка до высоких цифр, интоксикация, головная боль, отсутствие аппетита, у 15(51,7%) рвота. Также, с первого дня у большинства детей отмечены осложнения в виде пневмонии у 22(75,9%), диарея у 10(34,5%), афтозно-язвенных стоматитов у 8(27,6%), энцефалитов у 7 (10,3%). Корева сыпь имела строгую этапность у детей с типичной формой болезни и длилась 3-4 дня, после себя оставляла пигментацию, сохраняющаяся до 14-15 дней. Дети в продромальном периоде получившие антибактериальную терапию быстро восстанавливались, так как осложнения быстро исчезали и после 12 дней госпитализации. Все госпитализированные дети получали лечение соответствии с имеющимися клиническими протоколами.

Выводы. Таким образом, современная корь у детей в период эпидемической вспышки заболевания в РТ имела свои особенности и отличалась течением болезни в зависимости от возраста. Причём у детей до года корь протекала атипично, отсутствием высокой лихорадки и катаральных проявлений у (78,6%), нарушением этапности и уменьшением продолжительности времени высыпания до двух суток (85,6%). Корь у детей раннего возраста протекала чаще (61,1%) у непривитых, с коротким продромальным периодом (до 2 — 3 дней), слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральными проявлениями, заканчивающаяся обильным шелушением. У детей старшего возраста и у школьников корь имела типично течение.

Список литературы:

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням детей/ В.Ф. Учайкин. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. С. 193-217.
2. Лобзина Ю.В. Справочник по инфекционным болезням у детей/ под редакцией академика РАМН Ю.В. Лобзина. Санкт-Петербург.: Спецлит, 2013. с.254-258.

3. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей/ под редакцией В.В. Ивановой, 2 издание, М.: Медицинское информационное агентство, 2009. с.361-370.

4. Нисевич, Н.И. Инфекционные болезни у детей/ Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин. М.: Медицина, 1990.с.170-185.

Маджонova М.Дж., Ходжаева Н.М., Толибов А.Х.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

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

Актуальность.

Амебиаз антропонозная протозойная инфекция характеризующееся разнообразием клинических форм от бессимптомного течения в виде паразитоносительства до развития амебного колита [1,2,3]. Проблема амебиоза имеет особое значение в краевой патологии южных регионов, где заболевания встречаются эндемически. Впервые в 1875 году профессор Военно-медицинской академии в Петербурге Ф.А.Леш в испражнениях больного, страдавшего кровавым поносом, обнаружил амебы. Проблема амебиоза в настоящее время приобретает еще большую актуальность вследствие широкого распространения данной патологии во многих странах Азии и Африки. Амебиаз антропонозная протозойная инфекция характеризующееся разнообразием клинических форм от бессимптомного течения в виде паразитоносительства до развития амебного колита [1,2,3]. Возбудитель заболевания в организме человека может находиться в форме цист, форме минута и в большой вегетативной форме. Механизм передачи фекально – оральный. Пути передачи водный, алиментарный, а также контактно-бытовой способ - через предметы домашнего обихода, игрушки загрязненными фекалиями, содержащими цисты амеб. Цисты амебы, попавшие в организм, проходят в кишечник без особых изменений. В нижних отделах тонкой кишки происходит их экскистения с последующим выходом просветных амеб. Продвигаясь дальше вместе с химусом, амебы находят наиболее благоприятные условия для размножения, приобретая активность и вирулентность в таких отделах толстого кишечника как в слепой, восходящей и верхнеободочных её отделах. Внедрившись в эпителий этих отделов толстой кишки, амебы вызывают развитие местного патологического процесса как за счет прямого цитопатического действия на колоноциты, так и вследствие активизации эндогенных факторов воспаления. В результате этих процессов в подслизистой оболочке толстой кишки возникают участки некроза и расплавления, которые затем прорываются в просвет кишечника с образованием эрозий и язв [1,2,3,4].

Цель исследования.

Изучить клинико-эпидемиологическую особенность амебиоза у детей дошкольного возраста поступивших в детскую клиническую инфекционную больницу г.Душанбе.

Материалы и методы исследования.

Для выполнения цели исследования проанализированы результаты клинико-эпидемиологических особенностей амебиоза у 47 детей дошкольного возраста. Больные, находились на стационарном лечении в отделениях детской клинической инфекционной больницы. Среди прослеженных больных возрастная структура выглядела следующим образом; детей до 2-х лет было 78,7% и до 5 лет - 21,3%. Дети, которые проживали в городе, удельный вес их составил - 25,5%, а 74,5% больных были жителями сельской местности. Все дети не посещали организованные детские коллективы. В клинике поступившие больные были полностью обследованы, включая лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кала), а также у всех больных при паразитологическом методе исследования обнаружены в нативном мазке свежесобранного мазка фекалий вегетативные формы амеб - *Entameba histolytica*.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ данных историй болезни показал, что при обращении в приёмное отделение стационара родители больных детей предъявляли следующие жалобы: вялость, снижение аппетита, беспокойство, капризность, нарушение сна, повышение температуры тела, частый жидкий стул со слизью и примесью крови. Из анамнеза заболевания выяснилось, что у 44,7% детей вышеперечисленные признаки заболевания беспокоили их в течение последних 3 – 5 дней, а 55,3% больных отмечали наличие вышеперечисленных симптомов заболевания сроком более 3–5 - ти дней. Из эпидемиологического анамнеза больных выяснилось, что среди прослеженных больных более 80,8% не соблюдали личную гигиену, дети из сельских регионов в 78,7 % случаях употребляли воду из открытых водоёмов (каналов и арыков), дети же раннего возраста находились как на искусственном, так и на смешанном вскармливании -70,3% и 29,7% случаях. Наряду с этим более 91,9% случаев дети использовали пустышку (соски). Кроме этого, в 68,1% случаях за детьми раннего возраста ухаживали старшие дети в семье. В отделение поступившие больные, кроме вышеперечисленных жалоб отмечали также боли в животе с локализацией в правой подвздошной области, тошноту и рвоту в 47,4% случаях. Повышение температуры тела ребенка до 38 С отмечено у 53,2% случаях, а у 29,8% больных лихорадка регистрировалась на уровне свыше 39 С. При объективном обследовании у больных констатировано беспокойство, раздражительность, а также признаки умеренно выраженной общей интоксикации и симптомы обезвоживания организма ребенка в 36,2% случаях. У 87,2% больных прослеживалось наличие жидкого стула с примесью слизи и крови, т.е. стул больных имел вид «малинового желе». Частота стула до 5 раз за сутки отмечено в 2,2% случаях, а у 51,1% детей частота стула регистрировалась от 7 - до 9 - ти раз за сутки, более 10 раз за сутки отмечалось у 44,7% больных с наличием патологических примесей. При лабораторном обследовании у всех госпитализированных больных при паразитологическом методе исследования обнаружены в нативном мазке свежесобранного мазка фекалий вегетативные формы амеб. На основании комплекса клинических проявлений диагностировано легкая форма заболевания у 21,3% больных, среднетяжелая у 63,8% и тяжелое течение амебиоза отмечено в 14,9% случаях. В отделении всем больным было назначено комплексная терапия в том числе: этиотропная (антипротозойное) производное 5-нитроамидозола (трихопол (метронидазол) и сочетание антибиотика (цифраст с тинидазолом), а также патогенетическая терапия. Больным также назначались ферменты, смекта, пре и пробиотики, спазмолитики и витамины. На фоне проведенной

вышеуказанной терапии у больных получен положительный терапевтический эффект, который имел следующие проявления: начиная со 2-го дня получения препаратов у больных отмечена тенденция к улучшению аппетита, дети становились более активными, частоты стула имела тенденцию к урежению за сутки, также нивелировались такие проявления как тошнота и рвота. В последующие дни с 3-5-го дня от начала лечения наблюдалось улучшение общего состояния больных, восстанавливался аппетит, температура тела больных нормализовалась, боли в животе практически не отмечались, частота стула достигало 3-4 раза за сутки и патологические примеси в фекалиях не выявлялись [1,2,3]. Далее к 4-ому дню у более 65% больных нивелировались признаки как общей интоксикации, а также симптомы обезвоживания организма. У 35% детей нивелирование признаков как общей интоксикации, а также симптомы обезвоживания организма прошли к 5 - 7-ому дню с момента получения терапии. Частота и характер стула у прослеженных больных имел тенденцию к нормализации после 3 – 5 –го дня от начала лечения. После окончания курса этиотропного лечения проводилось контрольное исследование нативного мазка свежеиспеченного фекалия на предмет обнаружения вегетативных форм амёб, результаты которых были отрицательными. В последующие дни наблюдения состояние больных детей оценивалось как относительно удовлетворительное, субъективные и объективные признаки заболевания не наблюдались. Клиническое выздоровление отмечено у 82,9% к 7-10 –дню а в 17,1% случаях выздоровление констатировано позже 10-го дня пребывания в стационаре. Дети выписывались из стационара на 8 - 9 -й день в 74,5% случаях, а 25,5% больных выписаны позже 10 –го дня вполне удовлетворительном состоянии, с последующей рекомендацией наблюдения педиатра (инфекциониста) по месту проживания ребенка.

Выводы.

Инфицирование амёбиазом наблюдалось преимущественно среди детей до 2-х летнего возраста- 78,7% случаях, пути инфицирования более 80,8% больных не соблюдали личную гигиену, дети из сельских регионов в 78,7 % случаях употребляли воду из открытых водоёмов (каналов и арыков), дети же раннего возраста находились как на искусственном, так и на смешанном вскармливании -70,3% и 29,7% случаях. Более 91,9% случаях дети использовали пустышку (соски). Клиническая картина у больных протекала в типичной форме характерные проявления амёбиаза, стул в виде «малинового желе» отмечен в 87,2% случаях. Этиотропная терапия производное 5-нитроамидозола (трихопол (метронидазол) и сочетание антибиотика (цифаст с тинидазолом) у больных с амёбиазом имел довольно хороший клинический эффект. Прослеженные больные выписывались из стационара на 8-9-й день в 74,5% случаях, а 25,5% больных выписаны позже 10 –го дня вполне удовлетворительном состоянии, с последующей рекомендацией наблюдения педиатра (инфекциониста) по месту проживания ребенка.

Список литературы.

1. Валиева А.А. Кишечный амёбиаз. Клинический случай из практики/А.А. Валиева [и др.]/Вестник АГИВУВ. №4. 2012. С. 35-36
2. Токмалаев А.К. «Инфекции и паразитарные болезни»/А.К. Токмалаев, Г. Кожевникова// Издательство Российского университета дружбы народов. 2012.
3. Заславская А.А. Топ самых опасных пищевых паразитов/ А.А. Заславская [и др.]/Актуальная инфектология. №3(12). 2016. С.150-159
4. Харченко Г.А. Возрастные особенности кишечного амёбиаза/ Г.А. Харченко, О.Г. Кимирилова// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. 63(4). С.73-78

Мамаджанова Г.С

РЕАКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Проблемы вакцинации против опасных инфекций в педиатрии, вопрос отбора, противопоказания и поствакцинальные реакции к проведению профилактических прививок у часто болеющих детей является весьма актуальным и в тоже время окончательно нерешенным[1]. Перед педиатрами стоит очень сложная и ответственная задача сделать вакцинацию большому количеству детей, предупредить по возможности развитие необычных реакций и осложнений[2]. Педиатры должны всегда придерживаться одного принципа, вакцину может получить только здоровый ребёнок[3]. Последние годы врачи всё больше внимание уделяют поствакцинальным реакциям связанные не с самими вакцинами, а на фоне каком была сделана та или иная прививка. Поствакцинальные реакции встречаются разные: общие, местные и специфические[4]. Поэтому нашей целью было найти взаимосвязь реакций связанных со здоровьем малышей.

Цель исследования. выявить поствакцинальные реакции у часто болеющих детей на проведение профилактических вакцин.

Материалы и методы исследования. Было запланировано проведение пентавалентной вакцины 325 (гемофильная палочка, АКДС, гепатит В) детям от 2 месяцев до 1 года в Городском центре здоровья №15 г .Душанбе за период 2017-2018 годы. Всем детям проводилась пентавалентная вакцина в 2 ,3,4 месяца. Всего проведено 395, а 10 детей были отстранены по абсолютным и постоянным противопоказаниям. Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей, родившиеся от матерей активного репродуктивного возраста с благоприятным акушерским анамнезом, не болевших инфекционными заболеваниями в течении 6 месяцев до момента обследования они не имели аллергических проявлений, не было обострения хронической патологии. Эти дети по структуре с хроническими заболеваниями были разделены: лор органов -127 (2,2%) бронхиты, пневмонии, заболеваниями ЖКТ -122(5,8%) и сочетанная патология. Всем детям перед вакцинацией проводилась предварительная подготовка: режим дня, диета, выявлялась санация хронических очагов инфекции, медикаментозное лечение: антигистаминные препараты (фенкарол, диазолин, тадес) в течении 5-7 дней; иммуномодуляторы (виферон, циклоферон, эргоферон); биостимуляторы (экстракт элеутерококка, настойка корня женьшеня), витаминотерапия (группы В), фитотерапия (отвар шиповника, ромашки ,

сбор трав (седалайт). Всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, кала), обязательный осмотр узких специалистов (невролог, дерматолог, инфекционист). Биохимические исследования (СРБ, билирубин и ферменты) по показаниям. Инструментальные: нейросонография, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов. Статистический анализ проводили с помощью прикладной программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования входил подробно собранный анамнез жизни (анамнез), состояние здоровья во время беременности и как протекали сами роды, какое было состояние ребёнка в периоде новорожденности. Наличие родовой травмы у 23,0% детей в клинике преобладали запаздывание первого крика ребёнка, позднее прикладывание к груди, плохое сосание, вялость, цианоз. Далее в анамнезе обращали внимание, как развивались двигательные умения и психика ребёнка на первом году жизни. Это помогало уловить микросимптомы серьёзных повреждений нервной системы. В зависимости от тяжести повреждения и при отсутствии существенных клинических изменений этим больным была допущена вакцинация после года -56(42,4%). Наблюдение семейного врача и специалистов проводилось от периода новорожденности до 3-х лет. У 17 детей развилась клиника детского церебрального паралича. После консультации невропатолога, прививки им не проводились.

По абсолютным и постоянным противопоказаниям в ГЦЗ №15 140 детей были отстранены от вакцинации, к таким заболеваниям были отнесены: новообразование -7(3,2%), лейкозы -3(1,3%), гипопластическая анемия -3(1,3%), сахарный диабет 12(5,2%), психические заболевания (аутизм) -7(3,0%), эпилепсия -8(3,3%), перенесённая инфекция с фебрильными судорогами -14(6,0%). У детей с ВИЧ -14 (6,3%) инфекцией были абсолютные противопоказания к любой вакцинации.

Первая вакцинация пентавалентной вакциной была проведена 146 ЧБД: 115 (78,8%) детей перенесли вакцинацию хорошо, их состояние не ухудшилось. У 4,1% детей отмечалась местная реакция, которая характеризовалась появлением гиперемии, болезненности, отёка, сохраняющаяся не более 1-3 дней. У 6,8% отмечались более выраженные изменения общего состояния, которые развивались в первые трое суток после вакцинации. Они характеризовались появлением вялости, беспокойства, нарушения аппетита, повышением температуры до 38,0°C. У 10,3% с тяжелой степенью отмечались местные и общие реакции, а у 3,0% из них наблюдались токсические реакции, которые характеризовались повышением температуры выше 39,5°C, а также изменениями со стороны нервной системы (фебрильные судороги), которые сохранялись один-два дня. У этих детей в анамнезе была энцефалопатия. У детей с разной степенью тяжести наряду с местной и общей реакцией наблюдалось обострение основного заболевания (ринит, бронхит, функциональные изменения желудочно-кишечного тракта аллергические заболевания, сочетанная патология). Реакций при легкой степени заболевания было меньше, чем при тяжелой степени ($p<0,05$). Сравнительный анализ данной вакцинации у ЧБД без и после предварительной подготовки, которые перенесли вакцинацию хорошо, показали статистическую значимость различия показателей (78,8% против 95,1%; $p<0,001$). Проведенная предварительная подготовка дала положительный эффект. У детей с легкой степенью реакции не было. У больных со среднетяжелой и тяжелой степенью, наряду с местной реакцией наблюдались единичные случаи обострения основного заболевания, но они протекали легче и лучше поддавались лечению. Значительно уменьшилось общее количество поствакцинальных реакций после предварительной подготовки (4,9% против 21,2%; $p<0,001$).

Вторая вакцинация была проведена 120 часто болеющим детям без и 117 детям после предварительной подготовки. Большинство детей перенесли вакцинацию хорошо (86,5% против 92,5%; $p>0,05$). У 13,5% часто болеющих детей с разной степенью тяжести наблюдались местные реакции и обострение основного заболевания: аллергический ринит, сочетанная патология (бронхит и функциональные нарушения ЖКТ). Из них 3,1% дали общие реакции, 1,6% токсические. Поствакцинальные реакции уменьшились (13,5% против 3,3%; $p<0,01$), что говорит о положительной динамике и эффективности предварительной подготовки.

Третья вакцинация пентавалентной вакциной была проведена 102 часто болеющим детям без и 100 после предварительной подготовки. Большой процент детей, как без, так и после предварительной подготовки не дали реакции (92,4% против 97,0%; $p>0,05$). Общее количество реакций без предварительной подготовки составляло 7,5% и больше всех реакций констатированы при средней тяжести заболевания. Это были больные, высоко сенсибилизированные и у них наблюдалось обострение бронхита, пневмонии и аллергического ринита. После предварительной подготовки реакции уменьшились до 5,0%, что говорит об эффективности проведенной терапии. Дети, страдающие частыми соматическими заболеваниями, которые дали поствакцинальные реакции и обострения основного заболевания на все три вакцинации пентавалентной вакциной, были с неблагоприятными ante-интра и постнатальными периодами.

Выводы. У часто болеющих детей поствакцинальные реакции, как местные, так и общие встречались достаточно часто и у них отмечалось обострение хронической патологии на проведенную пентавалентную вакцину трехкратно. Нами было доказано, что после проведенной предварительной подготовки (применение антигистаминных препаратов таких как фенкарол, тагес, супрастин и др.) значительно уменьшилось количество реакций и обострений заболевания, что указывает на эффективность данной методики.

Литература.

1. Структура современных медицинских отводов детей от вакцинации./В.А.Фисенко[и др.]// Педиатрия.-2013.-№5.-С.92-94.
2. Mucosal Immunity after Vaccination with Monovalent and Trivalent Oral Poliovirus Vaccine in India /N. C. Grassly, [et al.]// JID.-2009.Vol.200. P.794-801.
3. Современная эпидемическая ситуация в отношении инфекций, управляемых с помощью массовой вакцинопрофилактики, в Западной Сибири./ Русакова Е.В. [и др.]// Эпидемиология и инфекционные болезни.-2012.-№6.-С.4-9.
4. Харит. С.М. Тактика вакцинации детей с хроническими заболеваниями: метод.рекомендации Практика педиатра /С.М.Харит, Е.А.Лакоткина, Т.В.Черняева.- Санкт-Петербург, 2017.-С. 140-149

НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

2-я кафедра детских болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь

Актуальность.

Согласно многочисленным исследованиям ряда авторов хроническое воспаление при ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) связано с выработкой аутоантител и аутореактивных клонов лимфоцитов [1, 2]. Несмотря на успехи, достигнутые в понимании патогенеза заболевания, механизмы нарушения в контроле за работой иммунной системы при ЮИА остаются до конца не изученными. Учитывая полигенный характер предрасположенности к развитию ЮИА, интерес вызывает ген рецептора витамина D (VDR), который опосредованно осуществляет иммунорегуляторные эффекты [3]. К числу перспективных направлений в изучении ЮИА у детей в последние годы относят анализ ассоциаций генов – кандидатов раннего развития и неблагоприятного течения ЮИА, от экспрессии которых могут зависеть особенности течения данного заболевания.

Ген, кодирующий VDR локализован на длинном плече 12-й хромосомы (регион 12q12-q14). К настоящему времени известно о более чем 240 полиморфных вариантах гена рецептора витамина D (BsmI rs1544410; ApaI rs7975232; Cdx2 rs11568820; TaqI rs731236; FokI). Его аллельные варианты выделяют по соответствующим сайтам распознавания эндонуклеаз (рестриктаз). Интерес исследователей вызывают локализованный в экзоне 2 FokI (rs10735810) и расположенные между 8 и 9 экзонами BsmI (rs1544410) как наиболее перспективные в клинико-диагностическом отношении.

В работах, посвященных изучению ассоциации полиморфизмов гена VDR у пациентов с ревматоидным артритом, получены противоречивые результаты. В частности, по данным метаанализа G.G. Song (5 европейских, 1 арабское и 1 азиатское исследование), включавшего 923 пациента с ревматоидным артритом и 712 контролей, установлено: у европейского населения ассоциация предикторов BsmI и FokI, у арабов – FokI гена рецептора витамина D с развитием ревматоидного артрита [4].

Известно, что генотип не изменяется в течение жизни (немодифицируемый фактор риска), а частота встречаемости его аллелей зависит от этнической принадлежности населения. Выявление неблагоприятных генетических предикторов манифестации, тяжести развития заболевания является актуальной задачей клинической медицины и определяет научный интерес.

Цель исследования.

Установить распределение частот аллелей и генотипов гена VDR по полиморфному маркеру BsmI у пациентов Гродненской области с ювенильным идиопатическим артритом по сравнению со здоровыми лицами.

Материалы и методы исследования.

На базе УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование 94 пациентов. В дальнейшем дети были разделены на 2 группы. Группа 1 (n=43) – дети с ЮИА, согласно критериям Международной лиги ревматологических ассоциаций ILAR. Мальчиков было 34,9% (15 детей), девочек – 65,1% (28 детей) (p<0,05). Возраст пациентов составил 12,9 (7,4-15,3) лет. Группу сравнения (группа 2) (n=51) составили условно здоровые дети без костно-суставной патологии, в возрасте от 1 до 17 лет, которые были госпитализированы в отделение плановой хирургии УЗ «ГОДКБ» для оперативного вмешательства (грыжесечение, варикоцеле, крипторхизм). Мальчиков было 60,8% (31 ребенок), девочек – 39,2% (20 человек). Возраст детей составил 13,6 (8,3-15,3) лет. Пациенты во 2-й группе были сопоставимы по возрасту и полу (p>0,05), за исключением 1-й группы. При гендерном анализе выявили, что ЮИА достоверно чаще диагностирован у девочек 65,1% (28 детей) (p<0,05), что согласуется с литературными данными [1].

Критериями включения пациентов в исследование были: информированное согласие обследуемого на медицинское вмешательство и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии; отсутствие сопутствующих заболеваний в фазе обострения, требующих постоянной медикаментозной терапии.

Молекулярно-генетическое исследование полиморфизма BsmI c.IVS7 +283 G>A в гене рецептора витамина D (VDR) проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результата, применяя набор реактивов производства «Литех» (Россия). Порядок приготовления проб, реагентов и схему исследования выполняли в соответствии с инструкциями производителей. У всех пациентов проведен забор периферической цельной крови (4-5 мл) с антикоагулянтом и последующим получением взвеси лейкоцитов, из которых выделяли ДНК набором реагентов «ДНК-ЭКСПРЕСС-КРОВЬ» («Литех», РФ).

Для статистического анализа данных применяли непараметрические методы с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США). На первом этапе с помощью онлайн-калькулятора был проведен расчет соответствия распределения аллелей и генотипов в выборке равновесию Харди-Вайнберга. Полученное при этом значение p>0,05 подтвердило выполнение условий данного равновесия и дало возможность интерпретировать результаты полученные при обследовании данной выборки. Сравнительный анализ частот генотипов и аллелей у разных групп пациентов осуществлялся с помощью точного критерия Фишера. Для оценки различий количественных признаков между двумя независимыми группами использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при значении p<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе распределения частоты генотипов среди пациентов в зависимости от нозологической формы, было установлено, что во всех группах наиболее часто встречался генотип GG, что составило в 1-й группе 18 (41,9%) случаев, во 2-й группе 29 (56,9%) случаев, p>0,05. Частота генотипа AA достоверно выше у пациентов с ЮИА по сравнению с пациентами 2-й группы (16,2% и 3,9%, соответственно) (p<0,05).

При анализе частоты распределения аллелей по данному полиморфному варианту гена VDR установили, что в

1-ой группе пациентов преобладала аллель А по сравнению с группой 2 (37,2% и 23,5%, соответственно) ($p < 0,05$). Частота выявления аллели G была достоверно выше во 2-й группе, по сравнению с пациентами 1-й группы ($p < 0,05$).

Согласно литературным данным, среди европейской популяции у пациентов носителей AA генотипа наблюдалось увеличение риска развития ревматоидного артрита в 1,47 раза (OR=1,47; 95% ДИ 1,067-2,036) [4]. При этом по данным метаанализа для азиатской и тунисской популяций такой закономерности не было выявлено, однако выявлена ассоциация предиктора FokI полиморфного гена VDR с развитием ревматоидного артрита.

Выводы.

В группе пациентов с ЮИА частота встречаемости генотипа AA достоверно выше по сравнению с пациентами группы сравнения (16,2% и 3,9%, соответственно) ($p < 0,05$).

Список литературы.

1. Беляева, Л. М. Болезни суставов у детей : метод. пособие / Л. М. Беляева, И. Д. Чижевская. – Минск : ДокторДизайн, 2015. – 112 с.
2. Мысливец, М. Г. Роль гомоцистеина в развитии ювенильного ревматического артрита / М. Г. Мысливец, А. В. Наумов, Н. С. Парамонова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – № 2. – С. 144-148.
3. One year in review 2016: pathogenesis of rheumatoid arthritis / E. Bellucci [et al.] // ClinExpRheumatol. – 2016. – Vol. 34. – P. 793-80.
4. Song, G. G. Vitamin D receptor FokI, BsmI, and TaqI polymorphisms and susceptibility to rheumatoid arthritis : A meta-analysis / G. G. Song, S. C. Bae, Y. H. Lee // Z. Rheumatol. – 2016. – Vol. 75 (3). – P. 322-329.

Наврузкулова Ш.Ф.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Перинатальные инфекции занимают ведущее место среди причин перинатальной заболеваемости, материнской и перинатальной смертности. Инфекции становятся причиной прерывания каждой пятой беременности. Особенно четко проявляется эта особенность при вирусных инфекциях, в частности краснухе, цитомегалии, но также и некоторых протозойных инвазиях, например при токсоплазмозе. Однако и в тех случаях, когда заболевание матери не сопровождается проникновением возбудителя в организм плода, проявляется токсическое действие продуктов жизнедеятельности возбудителей инфекционного заболевания (1). К числу инфекционных агентов, которые могут передаваться трансплацентарным путем и вызывать серьезные врожденные инфекции плода и новорожденного, относятся вирусы иммунодефицита человека (HIV), гепатита В и С (HBV и HCV), цитомегалии (CMV), герпеса (HSV), краснухи (Rubellavirus), и т.д.(2).

Интранатальные инфекции передаются через инфицированные аногенитальные секреты и/или кровь матери при прохождении через родовые пути. Постнатальные инфекции возникают при прямом контакте с инфицированной матерью или с молоком во время кормления грудью (3). Разработаны и продолжают разрабатываться скрининговые программы, основанные на лабораторных тестах, которые позволяют выявить бессимптомно протекающее инфекционное заболевание (4).

Целью исследования является выявление встречаемости и влияние на организмы матери и ребенка следующих заболеваний: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) и пиелонефрит.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели мы изучили истории родов в отделения родильного отделения при КЗ «Истиклол». Был сделан анализ 189 историй родов. Выявлены экстрагенитальные заболевания, которыми страдали матери.

Результат исследования. Острая респираторная инфекция была отмечена у 58% рожениц - в первом триместре, которая привела к внутриутробному инфицированию плода с развитием воспалительного процесса. У 45,0% матерей из-за хронического процесса в почках отмечается обострение и воспаление мочевой системы в период беременности и после родов. На фоне интоксикации увеличивается частота анемий, токсикозов и гестозов. Нарушение легочной вентиляции сопровождается фетоплацентарной недостаточностью с задержкой развития плода. Низкая прочность плодных оболочек приводит к преждевременному излитию околоплодных вод. Пиодермия у 13% женщин и опасность этого заболевания представляется сильной интоксикацией организма матери и передача инфекции во время родов ребенку. Осложнения пиодермии у младенцев было в виде поражения кожи, отсутствие сна и аппетита. Тяжелым осложнением болезни явилась эксфолиативная пиодермия Рихтера: выраженная отечность кожных покровов и появление гнойничков. Их лопание сопровождается поражениями кожи, как при ожоге, и болью, длительным заживлением. Иногда развивается омфалит.

Выводы. Результаты исследований позволяют вовремя обратить внимание на данные патологии, что способствует их раннему выявлению, лечению и сохранению здоровья матери и ребенка.

Литература

1. Оганян К.А., Зациорская С.Л., Аржанова О. Н, Савичева А.М. Колонизация мочевых путей беременных стрептококками группы В и перинатальные исходы // Ж. акуш. и жен. болезн. - 2016. - Т. LV, № 1. - С. 26-31.2
2. Оганян К. А, Суворов А. Н., Зациорская С.Л., Аржанова О. Н., Осипов К. В., Савичева А. М. Течение и исход беременности при колонизации урогенитального тракта женщин стрептококками группы В, содержащими гены SSPB семейства // Ж. акуш. и жен. болезн. – 2016. - Т. LV, № 2. - С. 47-52.
3. revention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guidelines from CDC. CDC // MMWR. -2012. - Vol. 51. - N RR-11. - P. 1-22
4. Shipitsyna E., Guschin A, Maximova A, Tseslyuk M, Savi-cheva A, Sokolovsky E, Shipulin G, Domeika M, Unemo M.

Насридинова Н.Н.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Поражение центральной нервной системы является наиболее частой патологией перинатального периода. Перинатальное поражение ЦНС у новорожденных - это обобщенное понятие, которое объединяет патологические состояния, обусловленные воздействием на центральную нервную систему плода отрицательных факторов в антенатальном (позднем фетальном), интранатальном (во время родов) и раннем неонатальном периоде (до 7 дней жизни). Из литературных источников известно, что 73% всех поражений обусловлены различными формами гипоксии, 13 - пороками развития ЦНС, 7 - механическими повреждениями в родах и 7% связаны с инфекционными заболеваниями оболочек головного мозга [1]. Перинатальные повреждения ЦНС могут приводить к задержке психомоторного развития, микро- и гидроцефалии, судорожным расстройствам, нарушениям слуха, зрения, задержке речевого развития, девиантному поведению, нарушению сна и т.д. Эффективная профилактика и лечение последствий этих влияний возможны при учете особенностей развития плода, а также взаимоотношений между организмом матери и плода в различные сроки беременности [3].

Цель исследования. Изучение особенностей психомоторного развития у детей с диспластическим вариантом ЗВУР для оценки глубины поражения ЦНС при этой патологии.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 159 новорожденных с признаками задержки роста и развития плода при рождении, родившихся в гестационном возрасте 38-40 недель. Из них у 33 (20, 9% детей в зависимости от клинических проявлений был диагностирован диспластический вариант ЗВУР. Группу сравнения составили 32 ребёнка, не имеющих ЗВУР. Степень тяжести диспластического варианта определялась не столько выраженностью дефицита антропометрических показателей, сколько наличием и характером пороков развития, количеством и тяжестью стигм дизэмбриогенеза, а также состоянием ЦНС. При рождении признаки хронической внутриутробной гипоксии были диагностированы у всех детей с ЗВУР. Дети с ЗВУР находились на стационарном лечении. Всем детям было проведено полное клинико-инструментальное и лабораторное обследование: осмотр глазного дна и нейросонография проводилась всем детям; УЗИ внутренних органов, электроэнцефалография, электрокардиография, рентгенография грудной клетки и брюшной полости и КТ - по показаниям.

Результаты и обсуждение. У детей с диспластическим вариантом ЗВУР почти у всех детей -45(84,0%) выраженность диспластических нарушений соответствовала тяжелой степени. Анализ оценки состояния детей при рождении по шкале Апгар, показал что при диспластическом варианте ЗВУР в конце 1 минуты адаптационные адаптационные возможности новорожденных оказались значительно ниже, чем в группе сравнения ($P<0,001$). У них тяжелая асфиксия регистрировалась у 37,5 % детей, которая на 5-й минуте оставалась ниже 5-6 баллов, что свидетельствовало о перенесенной острой гипоксии. Течение периода адаптации у новорожденных с диспластическим вариантом ЗВУР чаще осложнялось такими состояниями как - РДС -62,5%, сердечно-сосудистая недостаточность- 66,7%, отечный - 70,8% и геморрагический синдром -36,4%.

В период новорожденности у всех детей с диспластическим вариантом ЗВУР диагностирована церебральная ишемия различной степени тяжести. Тяжесть поражения ЦНС в периоде неонатальной адаптации определялась высоким процентом выявления синдрома угнетения (53,8%) достоверно отличалась от детей ($p<0,001$) группы сравнения. Вторым по частоте встречался гидроцефальный синдром - 29,4 %. У 65% детей наблюдалось сочетание трех синдромов поражения ЦНС, чаще всего наблюдавшееся у детей с тяжелой степенью, у 33 % – двух синдромов. Синдром задержки психомоторного развития к году регистрировался почти у всех детей, причем у 54,5% развилась тяжелая форма и у 36,4% средне тяжелая форма. У 18,25% детей диагностирован ранний дебют эпилептического синдрома. У 72,7% детей отмечалась различной степени задержка моторного развития, 58,3% - речевого и 54,6% - развития эмоции. Причиной отставания развития сразу по нескольким нервно-психическим функциям у детей в течение первого года является тяжелая форма ЗВУР, которая усугубляла течение энцефалопатии с имеющимися у них врожденными пороками развития со стороны различных органов и систем (52%). У 12,5% детей были диагностированы наследственные заболевания. В 34,4% случаев выявлены аномалии развития в системе кровообращения, в 15,6% - ВПР ЦНС в виде кист головного мозга и врожденной гидроцефалии, а также спинномозговой грыжи; ВПР половых органов был обнаружен у 12,5% детей; мочевыделительной системы -12,5%; ЖКТ - 9,3% и легких - 3,12%.

Выводы. Детям с диспластическим вариантом ЗВУР на первом году жизни свойственна высокая частота неврологической патологии в виде отставания моторной функции и психического развития.

Литература:

1. Особенности состояния здоровья детей с ЗВУР на первом году жизни. Гольденберг О. П. Автореф. дис...канд. мед. наук. Астрахан, 2012г.- С. 27.
2. Дементьева Г.М. и др. Профилактическая и превентивная неонатология. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного. / -Вестники неонатолога.; 2016.-2.-с21-27.
3. Дементьев М.А. Факторы риска нарушения работы центральной нервной системы у детей грудного возраста. /Вестник педиатра. -2019.-2.-с.67-69

Актуальность. Проблема детей с респираторными заболеваниями в настоящее время сохраняет значимость[1]. Повторные респираторные заболевания у детей этой группы характеризуются не только высокой кратностью, но и сложным течением[2]. У одних детей раннего возраста респираторные инфекции протекают с поражением только верхних дыхательных путей, в то же время у других детей наблюдается склонность к распространению воспалительного процесса ниже голосовой щели с развитием различных форм бронхита[3]. Склонность детей к возникновению повторных острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и длительному их течению формируется в раннем возрасте, в результате воздействия различных неблагоприятных факторов, нарушающих развитие детского организма и истощающих резервные возможности его иммунной системы и других адаптационных систем [4].

Цель исследования. Изучение состояния здоровья детей раннего возраста со склонностью к острым респираторным состояниям.

Материалы и методы исследования. На базе «КЗ Истиклол» проводилось наблюдение и обследование 147 детей раннего возраста со склонностью к острым респираторным заболеваниям с развитием простого или бронхита. В соответствии с целью работы у всех детей было выполнено исследование крови, мочи, кала.

Результаты и обсуждение. При проведении объективного исследования у 97,0% пациентов выявлены нарушения физического и у некоторых (13,0%) психомоторного развития. При этом у большей части детей отмечалось дисгармоничное развитие за счет дефицита массы тела I степени (53,3%), реже II степени (26,5%). С гораздо меньшей частотой (15,9%) регистрировали избыток массы тела I степени. У всех детей обнаружена лимфаденопатия. В 21,3% случаев выявлена гипертрофия небных миндалин I степени, в остальных случаях - II степени. Гипертрофия небных миндалин у 19,0% детей сочеталась с увеличением носоглоточной миндалины II степени. Клинические проявления кишечной дисфункции регистрировалась у 80,9% пациентов. При этом в 55,3% случаев выявлена склонность к диарейному синдрому. Реже (в 25,5% случаев) наблюдалась склонность к запорам спастического характера. У 16 (34%) пациентов в анамнезе имелись указания на перенесенные респираторные заболевания с развитием острого обструктивного бронхита. Обструктивный синдром у них развивался на 3 сутки болезни, сохранялся длительно, с малопродуктивным кашлем, умеренно выраженной одышкой экспираторного характера. При лабораторном обследовании у всех детей были выявлены специфические антитела класса G к герпесу и хламидиям, в общем анализе крови – эозинофилия, у 62,5 % пациентов - нейтрофилез со сдвигом вправо, у 31,3% - лимфоцитоз. У 66% детей по данным анамнеза, развивался острый простой бронхит от 1 до 5 раз в течение жизни ребенка. Острые респираторные заболевания с поражением верхних дыхательных путей протекали у этих детей с выраженными симптомами интоксикации. В 48,4% случаев в анамнезе пациентов имелись указания на перенесенный острый простой бронхит с особенностями клинической картины в виде длительного, малопродуктивного, приступообразного иногда распирающего кашля. При лабораторном обследовании методом иммуноферментного анализа у этих детей обнаружены в крови специфические антитела класса G к хламидиям – в 35,5% случаев и микоплазмам – в 12,9% случаев. Необходимость в применении антибактериальных препаратов возникала от 2 до 5 раз в год.

В кишечнике отмечалась высокая частота обнаружения различных условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее часто (в 68,1% случаев) регистрировали присутствие клебсиелл в количестве lg 7-9 КОЕ/г (в норме <lg4 КОЕ/г). Дрожжеподобные грибы рода *Candida* в небольших титрах (lg 2-3 КОЕ/г) (в норме ≤ lg 3 КОЕ/г) обнаружены у 34,0% детей. Однако у 46,8% детей они колонизировали толстый кишечник в более высоких титрах (lg 4-8 КОЕ/г). В 30,0% случаев регистрировали золотистый стафилококк. У 62,7% детей раннего возраста в ротоглотке присутствовали пептострептококки (в норме 89-97%) в количестве lg 5-7 КОЕ/мл. α-гемолитические и негемолитические стрептококки, которым принадлежит ключевая роль в формировании колонизационной резистентности биотопа, обнаруживали с наименьшей частотой (31,9%) (в норме 76-90%). Однако их количество было в пределах нормальных значений. У детей также выделяли золотистый стафилококк (87,2%). Частота встречаемости *S. aureus* в составе микробиоты ротоглотки значительно превышала аналогичные показатели у здоровых детей (18,9-28%). Высокий уровень золотистого стафилококка регистрировали в 66% случаев. Несколько реже встречался *S. pyogenes* (51,1%) в значительном количестве. Частота встречаемости грибов рода *Candida* составила 17,1%. Особо следует отметить высокую частоту обнаружения на слизистой оболочке ротоглотки обследованных детей энтеробактерий. Слизистую ротоглотки у них колонизировали эшерихии (в 51% случаев) и клебсиеллы (14,9%). Следовательно, микрофлора ротоглотки у детей со склонностью к развитию бронхита также характеризовалась высокой частотой обнаружения грамотрицательных (эшерихии, клебсиеллы, гемофильные бактерии, синегнойная палочка) на фоне высокого удельного веса и частоты встречаемости *S. aureus*, *S. pyogenes*, обладающих выраженным патогенным и персистентным потенциалом. Причем концентрация антигенов аденовирусов на слизистой ротоглотки было наиболее высокой у детей, перенесших 1-2 эпизода острого обструктивного бронхита, что имеет важное патогенетическое значение. Активация аденовирусов на фоне респираторного заболевания сопровождается развитием воспаления слизистой оболочки дыхательного тракта с выраженным экссудативным компонентом.

Таким образом, описанные различные сдвиги в микрoэкологической системе детей, несомненно, приводили к выраженной системной эндотоксинеми и развитию хронической интоксикации, тканевой гипоксии, активации процессов перекисного окисления липидов, цитокинового каскада, которые повлекли за собой дисфункцию адаптационных систем детского организма, их истощение и дезинтеграцию, а также наиболее значительное снижение адаптационных возможностей детей. Возникающие на этом фоне глубокие нарушения в функционировании системы местного иммунитета респираторного тракта клинически выражались в склонности детей к тяжелому течению респираторных заболеваний.

Литература

1. Шовкун В.А. Новые подходы к оценке адаптационных механизмов у часто болеющих респираторными заболеваниями детей раннего возраста// Вопросы современной педиатрии. 2014. Т.3, №1. С. 471.
2. Бондаренко В.М. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2017. 300 с.
3. Нетребенко О.К. Обзор новых статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2017-2018 гг.)// Педиатрия. 2019. Т. 87, № 2. С. 130-136.
4. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология: некоторые итоги и перспективы исследований// Вестник РАМН. 2015. № 12. С. 13-17.

Раимкулова Д.Ф.¹, Бегматов Б.Х.¹, Аладова Л.Ю.² **ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ**

¹Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент. Узбекистан

²Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент. Узбекистан

Заболевания пневмококкового этиологического происхождения является актуальной проблемой из-за широкой распространенности, нозологических разновидностей и, тем не менее, сложности диагностики, дифференциального диагностика. По данным ВОЗ, ежегодно от пневмококковой инфекции умирают более 1 млн. человек, из них от 700 тыс. до 1 млн. детей в возрасте до 5 лет, живущих, главным образом, в развивающихся странах [1,2,5]. Причиной пневмонии является пневмококковое заболевание, вызываемая *Streptococcus pneumoniae*. Ежегодная частота встречаемости пневмококковых инфекцией варьирует от 10 до 100 случаев на 100 тыс. населения [3,5].

Однако большинство публикаций свидетельствуют о том, что до сих пор недостаточно раскрыто вирулентность возбудителя и, как патогенный агент, *Str. pneumoniae* приводит к серьезным заболеваниям, в том числе к пневмонии внебольничного типа у детей.

В настоящее время широко распространяется датский номенклатур, в котором *Str.pneumoniae* дифференцируются по полисахаридной капсуле и подразделяется на 46 серогрупп и 91 серотипов. Исследования показали, что циркуляция серотипов в различных географических регионах не одинакова, так, например, серотипы, изолированные у взрослых лиц, отличались от серотипов, изолированных у детей. Важные педиатрические серотипы (6A, 14, 19F, 23F) ответственны почти за 60% всех пневмококковых инфекций у детей. У взрослых лиц серотипы 3, 19F и 6A выделены лишь у 31%. Спектр преобладающих серотипов варьирует в зависимости от возраста и географического региона, хотя наиболее общие серотипы идентифицированы во всем мире. Исследованиями доказано, что лишь 23 серотипов ответственны за >90% всех зарегистрированных пневмококковых заболеваний. Именно эти серотипы входят в состав вакцины, используемой в странах Европы и США [4, 5]

Str.pneumoniae считается обычным обитателем слизистой оболочки верхнего дыхания человека, колонизация его осуществляется механизмами местного иммунитета. В качестве резервуара инфекции носитель *Str.pneumoniae* способствуют распространению пневмококковых заболеваний. Частота носителя *Str.pneumoniae* увеличивается в течение 1-го года жизни. Особенно высокая частота носительства в детских дошкольных учреждениях, которая может достигать 50%. В начальной школе частота носительства снижается до 35%, а в старших классах – до 25%. Взрослые, проживающие совместно с детьми, имеют более высокий уровень носительства, чем проживающие без детей [4].

Клинические формы пневмококковой инфекции разнообразны: от тяжелых, опасных жизни менингитов, сепсиса и пневмонии до обычных, таких как инфекции верхних дыхательных путей, отиты и синуситы.

Согласно данным Тап Т.Қ., на внебольничную пневмококковую пневмонию приходится до 76% от этиологически расшифрованных случаев среди пациентов взрослого возраста, а до 94% случаев детей. При пневмококковой пневмонии чаще, чем при остальных формах пневмонии, развивается эмпиема легких, что еще более затрудняет лечение детей и может потребовать хирургического вмешательства. У детей с пневмококковой пневмонией очень высок риск развития бактериемии.

Угрозой жизни формой пневмококковой инфекции является пневмококковая бактериемия, когда в системном кровотоке бактерии начинают быстро размножаться и могут перейти в септению, где может развиваться тяжелое шоковое повреждение органа. Уровень смертности при данной форме заболевания составляет до 20%.

Этиологические идентификации пневмококка при различных болезнях нередко не проводятся, что уменьшает данные о распространенности этого заболевания. При гнойных менингитах легко проводится определение пневмококковой этиологии, однако при пневмонии, бактериемии и отитах, детей часто лечат амбулаторно, не проводя дополнительных лабораторных исследований.

К сожалению, в нашей республике лабораторное подтверждение пневмококковой инфекции ограничивается лишь бактериологическим методом. Бактериологический метод до сих пор не потерял своей актуальности, и является одним из трудоемких и информативных методов диагностики бактериальных заболеваний. Более высокой специфичностью и чувствительностью характеризуются ряд серологических методов идентификации пневмококковых антигенов, это встречный иммуноэлектрофорез (ВИЭФ) и латекс агглютинация (ЛА). Преимуществом серологических методов диагностики перед бактериологическим является быстрота получения результата (в течении нескольких часов), высокая специфичность и чувствительность (более 70%).

В последнее десятилетие разработаны более информативные методы диагностики, в частности, гель-электрофорез в пульсирующем поле (PFGE), полимеразная цепная реакция (ПЦР) повторяющаяся BOX-последовательностей (BOX-PCR), случайная амплификация полиморфной ДНК (RAPD). Большое значение имеет определение серотипов

пневмококка, так в настоящее время широко используются серологические диагностикумы Statens Serum Institute (Дания), также разрабатываются тест-системы для типирования ПЦР в режиме реального времени [1].

На данный момент отмечается, что 95% внутригоспитальной пневмококковой инфекции обусловлено антибиотико-резистентными возбудителями [1]. Авторами отмечено о быстром распространении штаммов, резистентных к антибиотикам пенициллинового ряда (до 70%), хлорамфениколу, тетрациклинам и макролидам. В некоторых странах пневмококки стали настолько устойчивы к антибиотикам, что лекарства не помогают в 60% заболеваний, вызванных *Str. pneumoniae*. Так, в России оценка динамики уровня и структуры резистентности *Str. pneumoniae* к антибактериальным препаратам, показала сохраняющуюся высокую активность β -лактамов антибиотиков в отношении пневмококков [1]. Успех лечения больных с пневмококковой инфекцией однозначно связан с ранней диагностикой заболевания и правильным выбором этиотропной терапии.

Многоуровневая система мониторинга антибиотикорезистентности *Str. pneumoniae* позволяет оценить состояние антимикробной резистентности и прогнозировать ее дальнейшее развитие с целью рационализации фармакотерапии пневмококковых инфекций [1].

При использовании поливалентной вакцины против *Str. pneumoniae* в развивающихся странах привело к снижению заболеваемости и смертности от пневмококковой инфекции. По данным ВОЗ, вакцинация является единственным доступным средством предотвращения пневмококковой инфекции. Большим достижением стало создание конъюгированных вакцин, которая позволила применять их в отношении детей, начиная с раннего возраста, а также в отношении людей с иммунодефицитом, хроническими болезнями легких, сердца, кровеносной системы, сахарным диабетом и некоторыми другими [4].

Таким образом, многочисленными клиническими исследованиями, проведенными в разных странах, доказано значительное влияние вакцинации на заболеваемость, вызванную пневмококковой инфекцией. При этом имеются доказательства наличия эффекта популяционной защиты в отношении пневмококковой инфекции у невакцинированных взрослых, а также снижения уровня носительства пневмококка и антибиотикорезистентности в регионах применения вакцины.

Распространенность и разнообразие вызываемых заболеваний пневмококками, их способность к развитию резистентности к антибиотикам, существенно снижающая эффективность терапии, потенциальная возможность разработки новых подходов к профилактике и лечению пневмококковых инфекций с использованием современных методов диагностики, объясняет необходимость комплексного подхода к их исследованию.

В заключении следует отметить: первоочередная задача по изучению пневмококковых инфекций у детей – оценка значения и долевого участия возбудителя при формировании пневмонии, инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов. Необходимо внедрение в практические лаборатории новых методов лабораторной диагностики для идентификации пневмококковых инфекций, что, в свою очередь, обеспечит правильный выбор лечения и профилактики пневмококковой инфекции.

Литература:

1. Козлов Р.С. с соавт. Антибиотикорезистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999–2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС–I и ПеГАС–II. – КМАХ, 2016, № 1, Т. 8.
2. Ризаев Ж. А., Раимкулова Д. Ф. Особенности показателей защитной системы ротовой полости у детей пародонтитом ассоциированной пневмококковой пневмонией // Инфекция, иммунитет и фармакология. – 2018. – №. 1. – С. 46-49.
3. Д.Ф. Раимкулова, Б.Х. Бегматов, Л.Ю. Аладова, Ж.Ф. Кадилов. Клиническая характеристика детей с пневмококковой пневмонией. // Журнал биомедицины и практики, 2022, Том 7, №6, – С. 260-267.
4. Black S, Shinefield H, Baxter R, et al Postlicensure surveillance for pneumococcal invasive disease after use of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in Northern California Kaiser Permanente. *Pediatrics Infect Dis J.* 2014; 23:485–489.
5. WHO Weekly Epidemiological Record. 12 January 2011, No. 1/2, 2011, 82, 93–104. World Health Organization. <http://www.who.int/wer>.

Расулова С.А., Исмаилов К.И., Ризоева М.Н.

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ

Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Актуальность. Пневмония у детей занимает ведущее место среди инфекций нижних дыхательных путей, является одной из основных причин госпитализации и возможности развития жизнеугрожающих состояний (Зайнабитдинова С.А., 2022). Ежегодно в мире регистрируется 150 миллионов случаев пневмонии у детей в возрасте до 5 лет, в 7-13% случаев наблюдается тяжелое течение, что обуславливает до 11-20 миллионов госпитализаций в год [2,3]. Несмотря на эффективное использование антибактериальных препаратов, до 20% смертей до 5 лет жизни обусловлены именно пневмониями во всем мире. Дети первого года жизни составляют группу высокого риска неблагоприятного течения инфекций дыхательных путей [4]. Этому способствуют морфофункциональная незрелость дыхательного тракта и его регуляция, неустановленный микробиоценоз слизистых оболочек верхних дыхательных путей и период транзиторного иммунодефицита. Критические периоды развития иммунной системы в детском возрасте, аномалии конституции, неблагоприятный преморбидный фон (анемия, гипотрофия, рахит) способствуют снижению иммунологической резистентности [1] и повышают восприимчивость детского организма к инфекциям верхних дыхательных путей, более тяжелым течением, значительным риском развития осложнений и генерализации инфекций.

Цель исследования. Изучить состояние гуморального иммунитета у детей, страдающих внебольничной пневмонией.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 76 детей госпитализированных в отделения детей раннего возраста и детской пульмонологии по поводу очаговой, сегментарной и долевой пневмонии в возрасте от 0 до 14

лет. Наряду с общеклиническими методами исследования, рентгенографии органов грудной клетки определяли концентрации IgA, IgM и IgG в сыворотке крови методом проточной цитометрии на 1-3 сутки болезни. Дети разделены на 2 группы, 1-ую группу составили 45 детей в возрасте от 0 до 5 лет, во 2-ую группу вошли 31 ребенок в возрасте от 6 до 14 лет, заболевших пневмонией. Контрольную группу составили 20 условно здоровых детей сходных по возрастному составу с исследуемыми группами.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью прикладной программы «Statistica 6.0», которая включала в себя вычисление среднего значения (M) и стандартной ошибки (m). Дальнейший статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов статистической обработки. Множественные сравнения между группами проводились по H-критерию Крускала–Уоллиса.

Результаты исследования. Состояние детей госпитализированных в стационар было средней тяжести и тяжелой степени, больные обратились в стационар на 3-5 сутки заболевания. Как видно из таблицы максимум заболеваемости приходится на возраст 0-5 лет, что обусловлено повышенной восприимчивостью в данном возрасте к респираторным вирусам, с возрастом их триггерная роль снижается. При изучении акушерского анамнеза матерей в первой группе детей выявлено 4% самопроизвольных выкидышей, токсикозы первой половины беременности в 11% случаев, у 31% женщин беременность протекала с угрозой прерывания. Из соматической патологии у матерей отмечались: анемия 1-2 степени у 27% матерей, бронхиальная астма у 3% детей, эндемический зоб 1 степени у 43%, 15% матерей перенесли грипп и коронавирусную инфекцию во время беременности. Выявлено, что со стороны матерей часто отмечалось хроническая патология урогенитального тракта (носительство хламидийной инфекции в 12% случаев, вируса простого герпеса в 5% случаев, у 10% матерей имел место хронический пиелонефрит с обострениями во время настоящей беременности.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту (n=76)

Течение	всего	0-5 лет	6-14 лет
Средней тяжести	25	15	10
тяжелое	51	30	21

При сравнении показателей гуморального звена иммунитета у детей первой группы концентрация CD20 лимфоцитов была статистически достоверно снижена по сравнению с контрольной группой детей в возрасте 0-5 лет (таб. 2). Данный показатель снизился практически вдвое и достигал $5,3 \pm 2,8\%$, в то время как в контрольной группе 0-5 лет концентрация CD20 лимфоцитов доходила до $18,2 \pm 1,4\%$ ($<0,05$). Анализируя данные показатели у больных второй группы выявлено заметное снижение CD 20 лимфоцитов ($<0,05$) по сравнению с контрольной группой в возрасте 6-14 лет. Если в группе детей с острой пневмонией показатели CD20 лимфоцитов составила $5,8 \pm 0,8$, в группе условно здоровых детей было $17,2 \pm 0,8$.

Таблица 2. Показатели гуморального иммунитета у детей с острой пневмонией (M $\pm$ m).

Показатель	Пациенты с пневмонией, 0-5 лет	Контроль-ная группа, 5-10 лет	p	Пациенты с пневмонией, 0-5 лет	Контроль-ная группа, 5-10 лет	p
CD20 (%)	$5,3 \pm 2,8$	$18,2 \pm 1,4$	$<0,05$	$5,8 \pm 0,8$	$17,2 \pm 0,8$	$<0,05$
Ig A (г/л)	$0,6 \pm 0,124$	$0,66 \pm 0,3$	$<0,01$	$0,7 \pm 0,2$	$0,8 \pm 4,7$	$<0,05$
Ig M (г/л)	$1,23 \pm 0,4$	$0,84 \pm 0,42$	$<0,05$	$2,6 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,63$	$<0,05$
IgG (г/л)	$8,9 \pm 1,96$	$6,6 \pm 2,23$	$<0,05$	$16,8 \pm 0,4$	$15,8 \pm 0,6$	$<0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между всеми группами детей (H-критерий Крускала-Уоллиса ANOVA)

Содержание сывороточного иммуноглобулина A у детей первой группы было значительно ($<0,01$) снижено ($0,6 \pm 0,124$ г/л) по сравнению группы условно здоровых детей сходных по возрасту ($0,66 \pm 0,3$ г/л). Аналогичная ситуация наблюдалась в группе детей старшего возраста ($0,7 \pm 0,2$) и ($0,8 \pm 4,7$) соответственно ($<0,05$). Это свидетельствует об угнетении как местного, так и системного гуморального иммунитета за счет снижения в кровеносной системе секреторного и сывороточного Ig A. Концентрация IgG у детей первой группы были повышены до $8,9 \pm 1,96$ г/л, в то время как в контрольной группе данный показатель составил $6,6 \pm 2,23$ г/л ($<0,05$). Во второй группе показатели IgG достигли $16,8 \pm 0,4$ при средних значениях контрольной группы $15,8 \pm 0,6$. Также наблюдалось повышение концентрации IgM в обеих группах исследования по сравнению с контрольными группами: $1,23 \pm 0,4$ г/л и $0,84 \pm 0,42$ г/л, $2,6 \pm 0,3$ и $2,5 \pm 0,63$ соответственно ($<0,05$).

Синхронное снижение Ig A в обеих группах исследования приводят к нарушению механизма местной защиты. Увеличение концентрации IgM в группах исследования следует рассматривать как первичный иммунный ответ на внедрение инфекционного агента. Повышение концентрации IgG закономерно, так как он берёт на себя основную часть защитной функции в нейтрализации антигена. В то же время идет переключение первичного иммунного ответа на вторичный, а также является критерием напряженности иммунитета у больных пневмонией.

Таким образом, при острой пневмонии у детей раннего и старшего возраста выявлены признаки нарушения иммунного гомеостаза, что подтверждает роль снижения иммунореактивности макроорганизма в патогенезе острой пневмонии. Условно-патогенная флора, отягощенный преморбидный фон и особенности становления иммунной системы создают ситуацию, при которой организм не может ответить полноценной иммунной реакцией на антигены.

Список литературы

- Алешина Р. М. Синдром вторичной иммунной недостаточности: клиничко-лабораторная характеристика / Р. М. Алешина // Клінічна імунологія. Аллергологія. Інфектологія. – 2007. – № 2. – С. 17–20
- Зуева О.С. Основные показатели системы клеточного и гуморального иммунитета у новорожденных и детей раннего возраста с острыми очаговыми пневмониями / О.С. Зуева // Иммунопатология, аллергология, инфектология. –

3. Самсыгина Т.В. Пневмонии у детей / Т.В. Самсыгина. – М.:2019. -168 с.
4. Таточенко В.К. Внебольничные пневмонии у детей – проблемы и решения. / В.К. Таточенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. - №1. – С. 9-21.

Рахимова Д.О., Рахимов Б.С., Олимов Н.К.
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ташкентский Фармацевтический институт, Узбекистан

Актуальность.

Первый год жизни имеет особое значение в становлении человека. На этом возрастном этапе жизни закладываются основы здоровья и поведения ребенка, происходит развитие основ психической деятельности: двигательной, игровой, эмоциональной сферы, развитие деятельности анализаторов различных психических процессов (восприятия, речи, внимания, понятия, мышления) [1,2]. Если в этом периоде пропущены обучающие воздействия, то в дальнейшем формирование психики происходит с гораздо большими трудностями и возникающее отклонение НПП требует уже специальной медико-педагогической коррекции [3, 4].

Цель исследования.

Целью нашей работы является сравнительно-онтогенетическое исследование НПП зрелых и незрелых детей в динамике первого года жизни.

Материалы и методы.

Нами выявлено, что из общей выборки обследованных ($n=164$) у 106 (64,6 %) детей соответственно по 53 девочки и мальчика их состояние нами оценивалось как зрелое, а у 58 (35,4%, $p<0,01$) детей, соответственно по 29 девочек и мальчиков, как незрелые по шкале Дубовича и Балларда. Сумма баллов по внешним (соматическим) признакам данной шкалы у незрелых равнялась $17,5\pm0,52$ балла, что существенно отличает их от данных зрелых детей ($23,24\pm0,51$, $p<0,01$). По неврологической шкале зрелости, незрелые и зрелые новорожденные также различались ($17,3\pm0,40$ и $20,4\pm0,34$ балла, $p<0,01$). При этом сумма баллов по обоим шкалам зрелости в сравниваемых группах значительно отличалась, соответственно у незрелых ($34,8\pm0,65$ баллов, против $43,6\pm0,51$ баллов зрелых детей, $p<0,001$). Вследствие этого постнатальный гестационный возраст незрелых детей на 2-4 недели отставал от данных зрелых детей. Закономерен вопрос каковы сроки формирования определенных реакций у незрелых и зрелых детей, если у них хронологический возраст составляет, например 36 и 40 недель. Нам представляется, что в этом контексте кроются некоторые ошибки в оценке НПП детей первого года жизни.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение некоторых пренатальных факторов социально-биологического характера у родителей обследованных новорожденных показали, что статистически значимыми по влиянию на развитие незрелости детей оказались низкий образовательный ценз родителей ($p<0,001$, $p<0,002$) и соответственно этому низкий общественный уровень отцов, среди последних преобладали профессии рабочих над служащими ($p<0,1$). Средний возраст матерей зрелых и незрелых детей мальчиков и девочек не отличался между собой ($p>0,05$). По возрасту отцов группы детей — зрелые и незрелые также не различались ($p>0,05$). В общей группе, однако среди родителей незрелых новорожденных существенно больший удельный вес родителей в возрасте 20 лет, соответственно матери ($p<0,07$) и отца ($p<0,022$). При анализе вредных привычек у родителей (матери- употребление белой глины, заварки и т.д., отцы - употребление алкоголя, курение сигарет и насвая) выявилась высокая частота этих привычек у отцов ($p<0,001$), что видимо связано с их низким образовательным цензом, повлиявшим на их общий культурный уровень.

Изучение акушерского анамнеза и частоты заболеваний среди матерей зрелых и незрелых новорожденных показало преобладание у матерей незрелых детей случаев аборт перед повторными родами ($p<0,048$), выкидышей ($p<0,009$), частое употребление лекарственных средств ($p<0,032$), хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы ($p<0,048$), анемии до и во время беременности ($p<0,031$), заболеваний почек и мочевыводящих путей ($p<0,001$), эндокринопатии ($p<0,007$) и частых экстра генитальных гинекологических заболеваний ($p<0,001$). Наши исследования показывают, что среди матерей незрелых детей значительно распространены случаи анемии ($p<0,031$), причем среди них тяжелые степени ($Hb < 90$ г/л) анемии – I степени (20,7 %) и II ($Hb < 70$ %) степени (5,17%) анемии, нежели у матерей зрелых детей (10,4%, $p<0,052$ и 1,89 %, $p>0,05$). Среди матерей незрелых детей существенно часто встречались заболевания почек и мочевыводящих путей ($p<0,001$), эндокринопатия ($p<0,007$) и заболевания гинекологического характера ($p<0,001$). Необходимо отметить, что анемия и заболевания почек значительно способствуют развитию гестозов у беременных женщин. В нашем материале частота раннего гестоза у матерей незрелых и зрелых детей не различалась (13,8% и 10,4 %, $p<0,05$). Среди матерей незрелых детей существенно увеличены проявления (артериальная гипертензия, отеки, протеинурия) позднего токсикоза ($p<0,017$). Изучение частоты осложнений в течении родов у матерей незрелых новорожденных показало, что у них часто развивалась слабость родовой деятельности ($p<0,10$), преждевременное излитие околоплодных вод ($p<0,037$), патология плаценты ($p<0,071$) типа плотного прилегания, низкорасположенности, дефектов (инфаркты, некрозы и т.д.) плаценты и ранняя отслойка ее ($p<0,087$). Эти данные косвенно свидетельствуют о значительном маточно-плацентарном нарушении из-за плацентарной недостаточности.

Средний возраст по данной группе реакций у зрелых детей составил $46,0\pm0,13$ нед. и $11,5\pm0,03$ месяцев жизни. В отличие от них у незрелых детей эти сроки задержаны: $49,4\pm0,23$ недель и $12,4\pm0,06$ месяцев жизни ($p<0,001$). Более задержанными у незрелых детей оказались такие действия с предметами, как вкладывание предметов, открывание ящичков, коробочек ($p<0,001$) ($p<0,001$) и пользование по инструкции взрослых грелкой, ложкой.

Следовательно, у незрелых детей задержано предметное действие, преимущественно повторное предметное действие на основе манипулирования предметами, игрушками (вкладывание предмета в предмет, надевание их друг

за другом), что предполагает задержку укрепления ими усвоенных навыков на основе анализа пространственно зрительных объектов.

Динамика усвоенных реакций зрелыми и незрелыми детьми в кварталах первого года жизни показала, что незрелые дети обладали меньшим количеством реакций коммуникабельности за весь период исследования и составила 73,7 %, а зрелых детей ($p<0,01$). Уязвимым периодом, наиболее сказывающимся на задержке НПП по реакциям коммуникабельности у незрелых детей явился I квартал жизни, т.к. в данном периоде жизни незрелыми детьми осваивалось меньшее количество реакций ($p<0,01$), чем у зрелых детей.

По голосовым реакциям незрелые дети за весь период овладевали всего лишь 66,7 % реакций ($p<0,001$) и это происходило во втором 50,0 % ($p<0,001$) и третьем квартале жизни ($p<0,01$). По двигательным реакциям незрелые дети осваивали $p<0,05$ и больше (80 %) реакций коммуникабельности (73,7 %, голосовых реакций (66,7 %, $p<0,001$). Сенситивными (чувствительными) периодами задержки НПП незрелых детей по моторному развитию больше, чем другие параметры НПП, соответственно в I, II, и IV квартале жизни.

По сенсомоторному наблюдению осваивали 77 реакций у всех детей периодов ($p<0,01$) зрелых. Чувствительными периодами при этом были I и II кварталы жизни и в это время незрелыми детьми осваивались 92 % и 66,7 % реакций зрелых детей $p<0,01$.

Таким образом, динамика развития НПП у зрелых и незрелых детей в течение первого года жизни происходит неодинаково. У незрелых детей по реакциям коммуникабельности наиболее уязвимым (сенситивным) был I квартал, по голосовым реакциям I, II кварталы, а по моторному (ЦСР) развитию I, II и IV кварталы, по реакциям СМР I и II кварталы жизни. Следовательно, у незрелых детей в течении первого года жизни наиболее пораженным параметром (по продолжительности) НПП явилось моторное (двигательное) их развитие. По объему количество реакций (по сумме динамических функций НПП), усвоенных незрелыми детьми (77 реакции) на протяжении первого года жизни составляло лишь 75,5 % ($p<0,01$) реакций зрелых детей (102 реакции, 100 %).

На пятом этапе наблюдения (X-XII месяцы жизни) нами выявлена задержка НПП в виде отдельных форм (по отдельным параметрам НПП) соответственно у 6 зрелых и 9 незрелых детей ($p<0,023$). Сочетанные формы (по нескольким параметрам НПП) задержки НПП были обнаружены соответственно у 17 зрелых детей и 21 незрелого ребенка ($p<0,002$). Следовательно, к концу первого года жизни у незрелых детей сочетанные формы задержки НПП в два раза, а ее отдельные формы встречались в три раза чаще, чем таковые у зрелых детей. Таким образом, если обобщить вышеуказанные данные, то в формировании задержки НПП (в порядке степени убывания) незрелых детей, чрезвычайно важными по частоте оказались постнатальные и пренатальные факторы, а также осложнения и патология при родах у матерей этих детей.

Проведенный анализ причин задержки НПП незрелых детей по степени непосредственного риска выявил актуальность лечения заболеваний матерей во время беременности (вторая группа), особенностей постнатального развития самих детей (пятая группа), учета осложнений и патологии рожениц во время родов (третья группа).

Выводы:

Таким образом, влияние пре-, пери- и постнатальных факторов на НПП незрелых детей разнообразно. В то же время оно конкретно проявляется в зависимости от суммы факторов - приоритетность (частота, степень влияния, непосредственный риск). При этом на первом месте стоит комплекс факторов особенностей постнатального развития детей, осложнения и патология при родах у матерей, акушерско-гинекологические заболевания женщин во время беременности, на втором месте пренатальные факторы и особенности развития детей в динамике первого года жизни.

Список литературы.

1. Абрамов И.С., Ляпин Л.А., Жаворонкова О.Н. // Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения. Материалы док Всесоюзной конф. «Комплексное гигиеническое исследование в районах интенсивного освоения». / Ред. Дошицин Ю.П. Новокузнецк. 2001.-Т.1- С.91-92
2. Доскин В.А., Авдеева Т.Г., Сулимова Н.Б., Кузьменкова С.Н. Особенности соматического и нервно-психического развития здоровья детей из социально неблагоприятных условий. // Рос. Педиатрический журнал.-2001.-№1.-с.19-21.
3. Гришина Т.Г. Оценка нервной системы новорожденных и их дальнейшего нервно-психического развития. // Актуальные проблемы здоровья. Сб. науч. трудов, посвященных 20-летию основания института Иваново.-2000.-с.209-211.
4. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. // М. «Медицина».-1981.- 272 ст.

Рахманова Г.А., Табарова Н.М., Шарипов З.Х.

СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром (ГУС – болезнь Гассера) – это тяжёлое полиэтиологическое расстройство, характеризующееся одновременным сочетанием неиммунной гемолитической анемией, тромбоцитопенией и острой почечной недостаточностью. Данный синдром чаще всего встречается у детей раннего возраста с 6 месяцев до 4-5 лет, реже у детей более старшего возраста. Статистические данные говорят, что ежегодно на 100 тыс. детского населения регистрируются 2-3 случая ГУС у детей до 5 лет и 1 случай в группе детей до 18 лет. Наиболее частыми причинами ГУС являются острые кишечные инфекции (ОКИ) - до 90% и инфекции верхних дыхательных путей, на долю которых приходится около 10% случаев. Главную роль в развитии ГУС играет веротоксин, продуцируемый энтерогеморрагической *E. Coli*, который избирательно повреждает эндотелиальные клетки сосудов почек и головного мозга. При развитии ГУС на фоне ОКИ довольно часто идёт поражение капилляров почечных клубочков, что ведёт к снижению скорости гломерулярной фильтрации крови, приводящей к ишемии или некрозу клубочков,

развитию вторичной дисфункции или некрозу почечных канальцев, и при массивном поражении - возникновению острой почечной недостаточности (ОПН). Для ГУС характерна сезонность, т.е. на фоне ОКИ в период тёплого времени года начиная с июня месяца до октября, а также в зимне-весенний период года на фоне вирусных заболеваний.

ГУС является одной из наиболее частых причин ОПН, поэтому от своевременной постановки правильного диагноза и тактики лечения будет зависеть прогноз исхода болезни.

Цель. Демонстрация течения гемолитико-уремического синдрома у ребёнка грудного возраста.

Материал и методы. Материалом исследования послужил клинический случай больной девочки Н.Г. в возрасте 9 месяцев 22 дней, проживающей в Айнинском районе, которая находилась в ГУ КЗ «Истиклол» с 08 августа по 14 август 2023 года в отделение детской нефрологии. Методами исследования послужили анамнестические и клинико-лабораторные данные, которые были проведены обследованной больной.

Результаты исследования. При поступлении родители ребёнка предъявляли жалобы на появление отёков на лице и нижних конечностях, малое количество выделяемой мочи, которая имела красный цвет, повышение температуры тела, сухой кашель, вялость и снижение аппетита. Из анамнеза заболевания выяснено, что у девочки до поступления в стационар в течение 3-х дней отмечался частый до 8-10 раз жидкий стул со слизью и прожилками крови, высоко лихорадила, много капризничала, а в последние дни стала вялой. На 3-4 день болезни у больной появились отёки вокруг глаз, на животе и на ногах, в связи с чем родители обратились к врачу по месту жительства. Врач назначил ребёнку антибактериальное (ампициллин, цефазолин, сисалка) лечение и обильное питьё. Но учитывая отсутствие положительной динамики от проводимой терапии, родственники больной привезли девочку в г. Душанбе ГУ КЗ «Истиклол» и после осмотра врача приёмного покоя девочка была госпитализирована в отделение детской нефрологии. При поступлении в стационар состояние больной оценено как тяжёлое из-за преобладания нефротического синдрома. Девочка была вялая, бледная, но сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Аппетит резко снижен. Тургор и эластичность кожи снижены. Выявлены отёки на лице, животе и конечностях. Со стороны внутренних органов и систем явных патологических изменений не выявлено. Мочится редко, малыми порциями, моча цвета «мясных помоев». Со стороны общего анализа крови: эритроциты – $2,31 \times 10^{12}/л$; Нв-63 г/л; тромбоциты- $56 \times 10^9/л$; лейкоциты $40,98 \times 10^9/л$. В биохимическом анализе крови: общий белок- 38 г/л; Са- 1,8 ммоль/л; β -липопротеиды – 79,0 ед/л. Со стороны общего анализа мочи: цвет- «мясных помоев»; белок – 0,66%; эритроциты – сплошь в поле зрения. При проведении УЗИ исследования со стороны печени выявлены изменения токсического характера; со стороны почек – структурно-диффузные изменения паренхимы почек. Заключение УЗИ: ОПН? ГУС? С учётом выявленных изменений ребёнку выставлен диагноз: «Нефритический синдром с явными клинико-лабораторными проявлениями. Гемолитико-уремический синдром. Анемия тяжёлой степени». На рентгенограмме лёгких признаки бронхопневмонии. Больная осмотрена гематологом, который рекомендовал по улучшению состояния перевести в отделение детской гематологии.

За период нахождения в отделении больная получила лечение: питание – грудное молоко; антибактериальное (цефтриаксон по 200 тыс. х 2 раза в/в 7 дней); аскорутин по $\frac{1}{2}$ табл. х 3 раза в течение 5 дней; Альбумин 20% - 50 мл в/в 1 раз; лазикс 1,0 мл 2 раза 3 дня; Са глюконат 10% 2,0 мл 1 раз в течение 5 дней; гепарин 30 ед/кг 2 раза в день; Аминол 70 мл в/в; реосорбилакт 700 мл в/в. На второй день пребывания в отделении девочка получила смесь, состоящую из декстрозы 10% - 6 мг/кг, раствора калия хлорида 4 % - 1,5 ммоль/кг/сут. и магний сульфата 25%- 0,2 мл/кг. Данную смесь разделили на три части и прокапали в течение суток. Проведенное лечение дало положительный результат, который отразился на улучшении аппетита и самочувствия, исчезли отёки, стала самостоятельно хорошо мочиться, а также появилась положительная динамика со стороны показателей крови (Нв – 87 г/л, эритроциты – $3,34 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $114 \times 10^9/л$).

С учётом вышеперечисленных изменений больная в относительно удовлетворительном состоянии переведена в Республиканский центр «Шифобахш» в отделение детской гематологии для дальнейшего лечения.

Выводы. Гемолитико-уремический синдром у детей раннего возраста протекает тяжело с характерными изменениями со стороны показателей крови и мочи, который при своевременной диагностике и правильно выбранной тактики лечения даёт положительный результат в плане сохранения самого главного для больного ребёнка – это спасение его жизни и здоровья.

Литература

1. Карпухина О.А. Гемолитико-уремический синдром как осложнение инфекционных заболеваний у детей: принципы диагностики и лечения/ О.А.Карпухина, Л.В.Крамарь, А.А.Арова, А.Б.Невинский// Лекарственный вестник. – Т. 9 №1(57). – 2015. – С. 22-39.
2. Байко С.В. Прогнозирование риска развития неблагоприятных исходов постдиарейного гемолитико-уремического синдрома у детей/ С.В.Байко, А.В.Сукало// Педиатрия. – 96 (5) – 2017. – С. 15-21.
3. Вялкова А.А. Ранняя диагностика и профилактика прогрессирования хронической болезни почек у детей в практике врача-педиатра и нефролога: информационно-методическое письмо под общ. редакцией д.м.н., проф. А.А.Вялковой/ А.А.Вялкова, С.А.Чеснокова – Оренбург, 2020. – 25.
4. Зверев Д.В. Гемолитико-уремический синдром как ведущая причина острой почечной недостаточности у детей раннего возраста/ Д.В.Зверев, Л.Т.Тоблоева//Нефрология и диализ. – Т. 2, №4. – 2000. – С. 317-321.

Рахматуллаева М.А.

КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА - ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

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

Актуальность. В настоящее время, врожденные пороки сердца занимают лидирующие позиции по распространенности в сравнении с другими пороками развития у детей и остаются ведущей причиной их смерти [1]. Дефект

межжелудочковой перегородки (ДМЖП) является наиболее распространенной врожденной аномалией сердца у детей и второй по распространенности врожденной аномалией у взрослых, уступая только двустворчатому аортальному клапану [2]. Лечебное питание - питание больного человека, адаптированное по химическому составу и энергетической ценности диетического рациона, режиму питания к клинико- патогенетическим особенностям болезни и стадии заболевания. Основными задачами питания при заболеваниях сердечно-сосудистой системы являются: улучшение обменных процессов, коррекция нарушенного липидного обмена, толерантности к углеводам, нормализация процессов гемокоагуляции, улучшение состояния кровообращения и функции миокарда [3].

Цель исследования. Изучить клиничко-лабораторные данные и особенности питания у детей с врожденным пороком сердца – дефекта межжелудочковой перегородки.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 25 детей в возрасте от 1 месяца до 12 лет, госпитализированных в детское кардиоревматологическое отделение Медицинского Комплекса «Истиклол». Основным диагнозом при поступлении был врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки). У всех больных кроме объективных методов и общепринятых лабораторных данных, инструментальных методов исследования (эхокардиография и рентген грудной клетки) были изучены характер питания детей в зависимости от степени сердечной недостаточности и сопутствующей патологии.

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено, что мальчиков было 11 (44%) а девочек 14 (56%). Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела у 16 (64%) пациентов, продуктивный кашель у 13(52%) пациентов, цианоз носогубного треугольника у 22 (88%) пациентов и у 3 (12%) пациентов цианоз был общим за счет сопутствующих других врожденных пороков сердца. У 3(12%) пациентов кроме основных жалоб были ещё и второстепенные, такие как боли в области живота, изменения со стороны стула, тошнота и рвота. При осмотре кожа и видимые слизистые были бледными почти у всех пациентов. При пальпации кожи и подкожно-жировой клетчатки состояние нормотрофии было выявлено у 6(24%) пациентов, гипотрофии у 19(76%) пациентов. При осмотре области сердца патологических изменений не выявлено, при аускультации у всех пациентов выслушивался систолический шум на верхушке сердца и тахикардия, только у 5(20%) пациентов над клапаном легочной артерии выслушивался акцент II тона. Только у 10 (40%) пациентов границы относительной тупости сердца не соответствовали возрастной норме. Диагноз врожденный порок сердца дефект межжелудочковой перегородки был подтвержден на Эхокардиограмме у всех пациентов. На обзорной рентгенограмме грудной клетки односторонняя пневмония выявлена у 1(4%) пациента, двусторонняя пневмония у 10(40%) пациентов и кардиомегалия отмечалась у 10 (40%) пациентов. Электрокардиография была проведена 7(28%) пациентам, у которых была выявлена синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и гипертрофия правого желудочка. При обследовании органов дыхания влажные хрипы выслушивались у 13(52%) пациентов, а сухие хрипы у 5(20%) пациентов. При перкуссии грудной клетки изменения перкуторного звука наблюдалось у 11 (44%) пациентов. При объективном исследовании органов желудочно-кишечного тракта при осмотре полости рта язык был обложен белым налетом у 17(68%) пациентов. При пальпации брюшной полости болезненность наблюдалась у 2 (8%) пациентов. Вздутие живота у 8(32%) пациентов, увеличение размеров печени у 5(20%) пациентов, жидкий стул наблюдался у 2(8%) пациентов. Из дополнительных методов исследования органов пищеварения были проведены такие методы исследования как биохимический анализ крови у 18(72%) пациентов. У 9(36%) пациентов была гипопропротеинемия. Общий анализ крови проводился всем пациентам и у 15(60%) из них была выявлена анемия. Копрологическое исследование было проведено 18(72%) пациентам, у 10(40%) пациентов наблюдалась стеаторея и креаторея. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было проведено 3(12%) пациентам у 1(4%) пациента был выявлен пилороспазм и у 2 (8%) пациентов были выявлены изменения структуры печени токсического характера. Изменения со стороны органов мочеиспускания не было выявлено. Были исследованы типы питания детей в зависимости от возраста и диагноза пациента. При исследовании было выявлено, что 4(16%) детей находились на диетическом столе №4а который предназначается для детей страдающих патологией желудочно-кишечного тракта (гастроэнтероколит), 3(12%) пациентов находились на диетическом столе №10 который предназначается для лиц страдающих патологией сердечно-сосудистой системы, 5 (20%) пациентов находились на исключительно грудном вскармливании, 4 (16%) пациентов находились на искусственном вскармливании адаптированными смесями, 1(4) ребенок находился на смешанном вскармливании, 3(12%) пациентов принимали специализированное лечебное питание F75 который предназначен для детей с хроническими нарушениями питания (гипотрофия) и 5(20%) пациентов согласно возрасту были переведены на общий стол.

Выводы. Таким образом, клинически и лабораторно диагноз подтвердился, из всех пациентов только у 10 (40%) было правильное лечебное питание и в дальнейшем нужно проводить своевременную оценку статуса питания, и пищевая реабилитация поможет улучшить состояние здоровья и качество жизни пациентов.

Литература:

1. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность. Е.В.Саперова., И.В. Вахлова. Вопросы современной педиатрии. 2017;16 (2):126-133.[doi:10.15690/vsp.v16i2.1713](https://doi.org/10.15690/vsp.v16i2.1713)
2. Ghosh S, Sridhar A, Solomon N, Sivaprakasham M. Transcatheter closure of ventricular septal defect in aortic valve prolapse and aortic regurgitation. Indian Heart J. 2018 Jul-Aug;70(4):528-532. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#)
3. Методические рекомендации в области оздоровительного (функционального) питания при различных состояниях. Москва, 2020г; 26стр

Рахмонов Э.Р., Саидмуродова Г.М., Каримова М.Б.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2013-2023 г.г.)

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

Актуальность. Во всех стран мира проблема менингококковой инфекции (МИ) остаётся актуальной, из-за широкой распространённости здорового носительства (на 1 больного приходится 2-3 тыс. носителей), возможности эпидемических подъёмов (через каждые 10-30 лет) и наибольшего охвата заболеваемости среди детского населения (до 70-80% из общего числа заболевших). В период эпидемической вспышки заболевания МИ болеют преимущественно дети и молодые люди в возрасте до 30-ти лет, однако тяжёлые формы заболевания, иногда с быстрым развитием симптомов в виде молниеносной формы отмечаются у младенцев до года, а также у лиц старше 60-ти лет [1,2, 4].

Иммунизация против менингококковой инфекции полисахаридной вакциной приводит к быстрому (1-2 недели) нарастанию специфических антител и в будущем у вакцинированных детей невосприимчивость к заболеванию сохраняется до 2 лет, у взрослых сохраняется до 10 лет, причём повторная вакцинация проводится не ранее, чем через 3 года [5].

В эндемичных регионах проводится активная вакцинопрофилактика среди населения от МИ в зависимости от выделенных штаммов серогрупп диплококка, что впоследствии приводит к относительному уменьшению числа заболевших. Так например, в РФ активная профилактика от МИ детей и взрослых, а также лиц подлежащих призыву на военную службу проводится вакцинами содержащими штаммы менингококка серогрупп типов А или С [3-7].

За последнее десятилетие эпидемии МИ, вызванные менингококком группы В, были зарегистрированы в Европе, Латинской Америке и Новой Зеландии, хотя по-прежнему доминирует серогруппа А, а эпидемический подъем вызванной штаммами серогруппы С регистрировался на территории Западной Европы, серогруппой W135 в Саудовской Аравии, хотя при этом в большинстве регионов мира менингококки серогрупп Y и W135 сохраняют статус относительно редкого этиологического фактора менингококковой инфекции [2, 3, 4].

В период эпидемической вспышки МИ, относительный рост заболеваемости приходится на детей в возрасте до 14 лет, причём наибольшее число случаев приходится на детей в возрасте до 5 лет. Известно, что при заражении МИ детей младшего возраста, создаются условия для вовлечения в эпидемический процесс детей первого года жизни, что сопряжено с увеличением количества генерализованных форм с развитием неблагоприятных молниеносных форм болезни с острым началом, бурным течением, скоротечным развитием тяжёлых симптомов, появлением обильных специфических высыпаний, а также токсическим поражением органов – мишеней и приводят к летальности [1-5]. А локализованные формы МИ клинически выражающимися признаками ОРВИ вначале заболевания приводят к отсутствию настороженности клиницистов к этой инфекции в первые дни болезни [1-7].

Отсутствие вакцинации от МИ в Республике Таджикистан, привели к эпидемической вспышке в первом полугодии 2022 года с интенсивным повышением показателей заболевания.

Цель исследования. Проведение анализа заболеваемости менингококковой инфекцией в Республике Таджикистан за последние 10 лет.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании проведен ретроспективный анализ заболеваемости менингококковой инфекцией на территории Республики Таджикистан за последние 10 лет (2013-2023 г.г.). Материалами исследования послужили отчётные формы по инфекционной заболеваемости (ф02) по регионам территории Республики Таджикистан. Диагноз заболевания больных с МИ был верифицирован клиническими, эпидемиологическими, лабораторными методами, а также статистическими данными городским центром государственного санитарно-эпидемиологического контроля (ГЦГСЭК) г. Душанбе. Обнаружение диплококка при культуральном посеве из носоглоточной слизи, крови и спинномозговой жидкости проводили методом бактериоскопии (окраска метиленовым синим по Грамму) и латекс – агглюцинацией. При последней вспышке заболеваемости (в 2022 году) с целью детекции специфических антигенов (N. meningitidis серогрупп А, В и С) и верификации диплококка образцы культур были отправлены в г. Москву РФ.

Результаты исследования. Анализ эпидемической ситуации в отношении менингококковой инфекции за последние 10 лет в Республике Таджикистан показал, что в разные годы заболеваемость имела неодинаковые показатели. Так показатель заболеваемости по менингококковой инфекции в 2013 г. составил 0,13, в 2014 г. — 0,16, 2015 г. — 0,18, в 2016 г. — 0,11, а в 2017 г. — 0,04, в 2018 г. - 0,14, в 2019 г. - 0,07, в 2020 г. - 0,01, в 2021 г. - 0,02, в 2022 г. - 1,45, в 2023 г. - 0,14 на 100 тыс. населения. На основании вышеизложенных данных установлено, что до 2022 года ситуация по заболеваемости менингококковой инфекцией оставалась стабильной. При этом в 2013 г. зарегистрировано 2 случая летальных исходов, в 2014 г. — 1 летальный исход, а в 2022 году 3 летальных исхода.

Анализ ситуации МИ за 10 лет показал, что в 2015 году зарегистрировано 18 больных и заболевание относительно чаще 13(72,2%) зарегистрировано у детей в возрасте до 17 лет.

Следует отметить, что в течение изучаемого периода (2013—2023 гг.) среди заболевших МИ в Республике Таджикистан преобладали также дети до 17 лет — 90 (67,7 %), причём заболевание преобладало в возрастной категории от 5 до 14 лет-58(64,4%), чем у детей от года до 4 лет-29(21,8%), от 15 до 17 лет-7(5,2%) и детей до года - 4(3,0%). Заболеваемость МИ отмечалась только у 12(8,3%) взрослых больных.

Анализ заболеваемости менингококковой инфекцией за изучаемый период в социальных и профессиональных группах показал, что в эпидемиологический процесс чаще вовлекались неорганизованные дети 38(37,3%), чем организованные дети 31 (29,5%), студенты 14 (13,7%), рабочие 6 (5,9%), а безработные составили 11(10,8%), пенсионеры и домохозяйки по 1 (0,9%) случаю соответственно.

По статистическим данным ГЦГСЭК из общего числа заболевших МИ (145) за 2022 год, наибольшее число составили дети 133(91,7%), причём частые случаи 107 (73,8%) были зарегистрированы в городе Душанбе. Наибольшее

количество больных с МИ было зарегистрировано в районе Сино 56(54,9%), чем в районах Фирдавси 24(23,5%), Шохмансур 11(11,8%) и Сомони 10(9,8%), что объясняется различной скученностью населения в отдельно взятых районах города Душанбе. Больных из числа жителей городов и регионов республиканского подчинения было 38(26,2%).

Для того чтобы охарактеризовать микробиологические свойства идентифицируемых штаммов *N. meningitidis*, нами было проанализирована доступная нам информация по результатам микробиологического подтверждения полученных результатов в период эпидемической вспышки (2022 г.) и при этом показатель высеваемости менингококка составило 90,2%, что объясняется поздним поступлением детей с осложнением в виде отёка мозга и инфекционно-токсического шока.

Анализ заболеваемости МИ среди детей за 9 месяцев 2023 года сравнительно с этим периодом 2022 года показал снижение числа заболевших с 93 до 14 случаев, а также уменьшение количества случаев в г.Душанбе (с 73 до 8 случаев).

Исходя из вышеизложенного можно отметить, что в Республике Таджикистан в 2023 году было отмечено резкое уменьшение заболеваемости менингококковой инфекцией, что может быть связано с проведением экстренных противоэпидемических и профилактических мероприятий в очаге инфекции с ранним выявлением и лечением локализованных форм заболевания.

Выводы. Таким образом, анализ заболеваемости менингококковой инфекцией в Республике Таджикистан за последние десять лет (2013-2023 г.г.) показал, что, несмотря на то, что заболевание до 2022 года протекало в виде sporadических случаев (показатели 0,2 и ниже на 100 тыс. населения), в первом полугодии 2022 года отмечался относительный подъём заболеваемости в виде эпидемической вспышки (1,45 на 100 тыс. населения) и благодаря проведению экстренных противоэпидемических и профилактических мероприятий в очаге инфекции отмечено уменьшение случаев МИ (8 случаев) за 9 месяцев 2023 года.

Список литературы:

1. Королева И.С., Белошицкий Г.В. Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 112 с.
2. Костюкова Н.Н., Бехало В.А. Современные представления о механизмах патогенного действия менингококка // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005. № 3. С. 40 - 46.
3. Покровский В.И. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. - М.: Медицина, 2003. - 664 с.
4. Прозоркина Н.В. Основы микробиологии, вирусологии и иммунологии: 4-е изд. - М.: Феникс, 2008. - 378 с.
5. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей. - М.: Медицина, 2003. - 320 с.
6. Чернышова Т.Ф. и др. Менингококковая инфекция в России и некоторые вопросы эпиднадзора / Т.Ф. Чернышова, Т.А. Скирда, А.И. Мишина //Здоровье населения и среда обитания. 2003. № 5. С. 5—11.
7. Саидмуродова Г.М., Ходжаева Н.М., Мамаджарова М.Г. Дифференциальная диагностика и лечение нейроинфекций у детей (гнойные и серозные менингиты) // Учебное пособие для студентов 6 курса медицинского и педиатрического факультетов, клинических ординаторов – детских инфекционистов, врачей педиатров, врачей детских инфекционистов, семейных врачей. - 2019.-82 стр.

Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель. Выявить основные причины развития гипотрофии у детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ историй болезни 164 детей грудного возраста (от 4-х месяцев до 12 месяцев), которые находились на обследовании и лечении в медицинском комплексе «Истиклол» отделении маловесных детей в период с января месяца 2019 года до октября месяца 2021 года, а также амбулаторные карты развития 27 детей грудного возраста с выявленной семейными врачами гипотрофией I степени из ГЦЗ №15 в 2019-2021 годах. Методами исследования явились подробный анализ анамнестических данных, включая подробные данные о видах вскармливания, сроках и видах проведения коррекции и прикормов обследуемых детей, а также результатами осмотра и консультации врача невропатолога при необходимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Все обследованные дети были разделены на 3 группы по степени гипотрофии.

С гипотрофией I степени было 27 детей, среди которых 15 (55,6%) находились на преимущественно грудном вскармливании (ПГВ), 9(33,3%) на искусственном вскармливании (ИВ) и 3 детей (11,1%) получали смешанное вскармливание (СВ). В группе детей, находящихся на ПГВ, причиной развития гипотрофии было несвоевременное выявление гипогалактии и её коррекция. У детей же находящихся на ИВ и СВ причиной возникновения гипотрофии I степени было нарушение правил введения и дачи прикормов, а также продуктов коррекции (поздние сроки введения и необязательность, забывчивость мамы).

Со II степенью гипотрофии было 99 (60,4%) детей, находящихся на искусственном вскармливании, среди которых 52 (52,5%) ребёнка вскармливались адаптированными смесями, а 47 детей (47,5%) получали неадаптированные смеси на основе натурального коровьего молока. Анализ питания показал, что наиболее частой причиной потери массы тела было несвоевременное введение прикормов и коррекции, редкие прогулки на свежем воздухе, редкие купания, наличие преморбидного фона в виде рахита, анемии различных степеней, а также перенесенные заболевания (2-3 раза в год ОРИ, острый обструктивный бронхит, пневмония, кишечные дисфункции).

В группе с III-ей степенью гипотрофии было 38 (23,2%) детей, среди которых 31 (81,6) находились на СВ, а 7

(18,4) на искусственном вскармливании. С периода новорожденности в этой группе детей отмечались частые как соматические заболевания (бронхит, бронхиолит, пневмония, анемия, диатез, ПЭП с гипертензионным и судорожным синдромами), так и инфекционные (сепсис, ОКИ, ОРВИ, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха). У 18 больных (47,4%) выявлено вторичное иммунодефицитное состояние, подтвержденное иммунограммой.

Выводы. Таким образом, к основным причинам развития гипотрофии у детей грудного возраста можно отнести несвоевременное выявление гипогалактии у матери, недостаточным вниманием к ребёнку со стороны мамы, а также частые различные соматические и инфекционные заболевания, протекающие на фоне рахита, анемии, аномалии конституции, ПЭП и вторичного иммунодефицитного состояния, что необходимо учитывать семейным врачам и педиатрам при ведении больных детей с данной патологией для своевременной коррекции их питания, а также больше уделять внимание беременным и кормящим грудным молоком матерям в вопросе их рационального питания, ведения здорового образа жизни, что приведёт к значительному снижению развития гипогалактии у них, а это отразится на снижении частоты возникновения гипотрофии различной степени у детей раннего возраста в республике Таджикистан.

Литература

1. Н.П.Шабалов. Детские болезни. 8-ое издание дополненное и переработанное. Т.2. Москва. Санкт-Петербург. 2019. С. 673.
2. Алферов В.П., Романюк Ф.П. Питание детей первого года жизни. Пособие для врачей. 3-е изд., допол. и перераб. – С.-Пб., 2019, 50 с.
3. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. Т.2 – 1026 с.
4. Самаль Т.Н., Украинцев С.Е. Гипотрофия у детей раннего возраста: клиника, диагностика, современные подходы к лечению (Учебно-методическое пособие) – Минск, БГМУ, 2020 г. – 25 с.
5. Нетребко О.К. К вопросу о выборе лечебных смесей для питания больных детей./Вопросы современной педиатрии. 2018. - т.3., № 1. - С.37-40.

Саидмуродова Г.М., Исоева М.Ф., Сафаров Д.А.

КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (по материалам г. Душанбе)

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

Актуальность. Вирусный Гепатит А (ВГА) — это острое инфекционное заболевание, которое вызывается РНК-содержащим вирусом, относится к семейству Picornaviridae, роду Hepatovirus, с фекально-оральным механизмом заражения и характеризуется острым началом, кратковременными симптомами интоксикации, быстро проходящими нарушениями печёночных функций, циклическим и доброкачественным течением, с благополучным исходом [1-5].

ВГА-типичная кишечная инфекция, распространяется фекально-оральным механизмом передачи и факторами передачи возбудителей чаще являются загрязнённая вода, пищевые продукты, не подвергающиеся термической обработке, овощи и фрукты, предметы домашнего обихода, бельё, посуда, дверные ручки. В условиях антисанитарии возможно заражение при непосредственном одновременном контакте с вирусовыделителем, а также для ВГА свойственна сезонность с повышением заболеваемости в летне-осенний период [1-5].

ВГА занимает ведущее место среди других заболеваний печени и на его долю приходится 65-75% всех вирусных гепатитов. Несмотря на то, что восприимчивость к ВГА всеобщая, наиболее часто заболевание регистрируется у детей старше 1 года (особенно в возрасте 3–12 лет и в организованных коллективах) и у молодых людей (20–29 лет). Восприимчивость детей в возрасте до 1 года к ВГА низкая по причине сохранения у них пассивного иммунитета, переданного от матери [1-3]. Так, предпоследний эпидемический подъём заболевания в Республике был зарегистрирован в 2016 году (через 6 лет) и заболевание больше было зарегистрировано с июня месяца, что отличалось от обычного сезонного подъёма болезни. По данным клинической лаборатории ГУ «ГКБДИБ» за 2022 год лабораторное подтверждение ВГА установлено у 412 детей. Крупные вспышки ВГА связаны с загрязнением фекалиями водоемов, являющихся источниками водоснабжения, или с попаданием сточных вод в водопроводную сеть. В детских коллективах большое значение имеет бытовой путь передачи через "грязные" руки и инфицированные предметы обихода в связи с ничтожно малой заражающей дозой возбудителя ВГА [1,2].

Повсеместное распространение ВГА, механизм передачи возбудителя, послужившее предпосылкой для заражения этой инфекцией, что привело к эпидемической вспышке заболевания среди населения Республики Таджикистан, стали причиной нашего исследования.

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ВГА у детей в период эпидемической вспышки заболевания.

Материалы и методы исследования. Диагноз ВГА был выставлен на основании данных эпидемиологических исследований, клиники с изменениями биохимических параметров, а также определения антител к ВГА (анти-НАVIgM) иммуноферментным методом (ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение. В 2022 году в Республике Таджикистан (РТ) был зарегистрирован сезонный эпидемический подъём ВГА (3156 случаев), чем за этот же период в 2021 году (2673 случаев) и зачастую заболевание было зарегистрировано с конца июля месяца, но наиболее увеличение количества больных детей с ВГА было зарегистрировано в сентябре-декабре месяцах. Кроме того, также установлено, что в 2022 году в городе Душанбе было зарегистрировано 914 детей, а в 2021 году всего 425 детей, что на 489 случаев больше. Из числа 412 детей госпитализированных за январь – декабрь месяцы 2022 года в инфекционных отделениях ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе детей с ВГА, под нашим наблюдением находилось 72 (17,5%) больных. Относительно чаще 48(66,7%) заболевание было

зарегистрировано у неорганизованных детей, чем у организованных 24(33,3%) и в основном у детей в возрасте от года до 4 –х лет 44(61,1%), чем от 5 до 9 лет 17(23,6%) и старшего возраста 11(15,3%).

Из анамнеза болезни всех детей с ВГА установлено, что инкубационный период протекал от 15 до 45 дней, а длительность продромального (преджелтушного) периода составила 4-8 дней (в среднем 5–7 суток) и характеризовалась у большинства 65(90,3%) острым началом и выраженным синдромом интоксикации, с повышением температуры тела до 38–40°C в течение 1–3 суток и дети жаловались на головную боль 58(89,2%), снижение аппетита 54(83,1%), горький вкус во рту и дурной запах изо рта 36(55,4%), тошноту 35(53,8%), чувство тяжести в эпигастральной области 32(49,2%), боли в правом подреберье 25(38,5%). А также у большинства 42(58,3%) характерны раздражительность и повышенная нервозность, у 39(54,2%) капризность и потеря интереса к играм, у 26(36,1%) нарушения сна в виде инверсии сна и у 25(34,7%) отмечалась повторная рвота, у 12((16,7%) детей многократная рвота. А также, у 15(20,8%) с ВГА детей отмечался метеоризм, у 19(26,4%) детей запоры. К концу преджелтушного периода у всех детей отмечалась цветом тёмного пива моча, у большинства 53(73,6%) детей отмечался 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 и было установлено уменьшением жалоб, снижением температуры тела до нормальных или субфебрильных показателей, уменьшением головной боли и других общетоксических проявлений, что служит важным дифференциально-диагностическим признаком ВГА. Было выявлено, что желтушное окрашивание у большинства 70(97,2%) детей появилась в начале периода 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. Кроме того, в желтушном периоде почти у всех детей отмечался астенический синдром и увеличение печени, причём у 55(76,4%) детей болезненная при пальпации, у 11(15,3%) детей установлено увеличение селезёнки, 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.

При биохимическом исследовании крови с начала заболевания у всех детей с ВГА выявляют повышение активности АлАТ и АсАТ (аланинамино- и аспартатаминотрансферазы) в 4 и более раз от нормативных данных, причём активность АлАТ превалирует чем активность АсАТ в два и более раз, что является ранним и надёжным индикатором повреждения гепатоцитов, в моче отмечалось увеличение количества уробилина, а в конце преджелтушного периода обнаруживаются желчные пигменты. В желтушном периоде у всех детей в крови отмечалось повышение общего билирубина, причём у 42(58,3%) в пределах 85-190 мкмоль ч/л, у 30(41,7%) мкмоль ч/л. причём преимущество за счёт повышения уровня связанного билирубина, активности щелочной фосфатазы выше 105 Ед/л, а также уменьшением (исчезновением) уробилиновых тел в моче. Лечение детей с ВГА проводилось согласно клиническим протоколам, утверждённым МЗ и с.з.н.РТ от 2014 года №24.

Выводы. Таким образом, клинико-эпидемиологические особенности ВГА у детей в период эпидемической вспышки показали, что заболевание было зарегистрировано с конца июля месяца, но наиболее чаще в сентябре-декабре месяцах, причём наряду с сезонным подъёмом заболевания, отмечено также циклическое повышение заболеваемости через 10–12 лет (в нашем случае через 6 лет), что связано с изменением иммунной структуры популяции хозяев вируса. Заболевание ВГА чаще (66,7%) у неорганизованных детей, в возрасте от года до 4 –х лет (61,1%), в большинстве (90,3%) случаев протекало в типичной форме с острым началом болезни и синдромом интоксикации, чаще (58,3%) в тяжёлой и среднетяжёлой (41,7%) формах болезни.

Список литературы.

1. В.Ф.Учайкин, Руководство по инфекционным болезням у детей, ГЭОТАР-МЕД, 2002 г.,с.84-104,727-731.
- 2.Л.В.Козловский, А.Ю.Николаев, Учебное пособие по клиническим лабораторным методам исследования, с.237-259.
- 3.Учайкин В. Ф., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей: учеб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с. (154 экз.)
4. Инфекционные болезни у детей [Текст] : учеб. / под ред. В. Н. Тимченко. - 4-е изд., испр. и доп. - СПб. :СпецЛит, 2012. - 623 с. (5 экз.)
- 5.Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Р.Х. Бегайдарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 140 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431139.html>

Саидмуродова Г.М., Назарова З.С., Фузайлова М.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Проблема коревой инфекции остаётся актуальной из-за наличия осложнений при тяжёлых формах заболевания часто среди непривитых и детей раннего возраста, не имеющих специфического иммунитета. Капельный путь распространения кори способствует эпидемической вспышке. Корь – одна из распространённых инфекций в мире и болезнь одинаково встречается как среди детей, даже среди новорожденных, так и среди взрослых любого возраста, различных социальных и профессиональных групп (1,2).

Известно, что тяжёлые формы кори часто регистрируются у детей грудного возраста с тяжёлыми нарушениями питания и связанное с этим недостаточностью витаминов А и С, а также у детей с низким иммунитетом из-за имеющихся других заболеваний (1,2,3,4).

Учитывая тропизм вируса кори осложнения чаще всего отмечаются со стороны органов дыхания в виде ларин-

гитов, ларинготрахеобронхитов (стеноз гортани), пневмоний, центральной нервной системы (ЦНС) в виде энцефалитов, серозных менингитов и пищеварительной системы в виде колитов, энтероколитов, а кроме того могут отмечаться отиты, стоматиты, кератиты, стафило и стрептодермии.

По данным многих авторов корь у новорожденных и детей первых месяцев жизни может иметь атипичное течение с сокращением продолжительности периодов болезни, стёртостью клинических проявлений и в результате раннего присоединения осложнений клинически заболевание протекает в тяжёлой форме. Причём, у взрослых больных с корью заболевания с первых дней имеет тяжёлое течение с частым развитием коревой пневмонии и других бактериальных осложнений (1,2,3,4).

Установлено, что при кори поражаются иммунокомпетентные клетки и развивается коревая аннергия, что облегчает присоединение вторичной микробной флоры и способствует формированию тяжёлых форм заболевания, а также ранних и поздних осложнений (1,2,3).

В Республике Таджикистан (РТ) несмотря на усиленные мероприятия по профилактике кори, начиная с 2016-2017 годы отмечаются эпидемические подъёмы заболевания среди населения. Последняя эпидемическая вспышка началась с января по декабрь месяцы 2021 года и из 538 обратившихся больных в Городское Учреждение «Городской медицинский центр» г. Душанбе ГОУ «ГМЦ» имени Карима Ахмедова с подозрением на коревую инфекцию было госпитализировано 391 больной, что составляло 72,7%, причём 245 (62,5%) больных были жителями столицы, а 146 (37,3%) жителями районов РТ. Из числа госпитализированных больных с корью (391), детей было 351 (89,8%), а взрослых 40 (10,2%).

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение клинической характеристики кори у детей и взрослых в период эпидемической вспышки в республике Таджикистан.

Материалы и методы. Из числа госпитализированных больных с корью (391) под наблюдением находились 66 (17%) больных с корью, госпитализированные в инфекционные отделения ГУ «ГМЦ» №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова. Диагноз кори был выставлен на основании эпидемиологических данных (увеличение количества больных корью среди населения), клинических признаков заболевания и серологических методов, проведенных в республиканском Центре иммунопрофилактики с выделением в сыворотке крови в первые дни высыпаний антител к вирусу кори (анти - MorbillivirusIgM) методом ИФА. Образцы крови собранные с зарегистрированных случаев кори во время вспышки были направлены в МНИИ им. Г.Н. Габричевского (г. Москва) для проведения генотипирования вируса кори. По данным результатов генотипирования выделенного вируса кори, был выявлен штамм относящийся к генотипу D8, идентичный к выделенному штамму вируса кори в январе 2022 года в г. Новосибирск Российской Федерации и являющийся субвариантом по генетической линии MVi/Delhi.IND/01.14/06, а в филогенетическом отношении наиболее близкий с вирусом, циркулировавшим в 2018 году в Республике Казахстан, в 2019 году в Республике Узбекистан и Российской Федерации.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди госпитализированных больных с корью (66), детей было 48 (72,7%), а взрослых 18 (27,8%). Возрастная структура детей с корью показала, что заболевание относительно чаще отмечалось у детей раннего возраста 22 (45,8%), чем у детей от 3-х до 7-ми лет 14 (29,2%) и у детей старшего возраста 12 (25,0%). Из числа детей до 7 лет, детей до года было 12 (33,3%).

Среди детей и взрослых непривитых было больше 35 (72,%) и 15 (83,3%) соответственно, чем привитых 13 (27,1%) и 3 (16,7%) соответственно, причём 12 (33,3%) детей в возрасте от 2-х месяцев до одного года не получили вакцинацию от кори по возрасту. Из анамнеза большинства 32 (64%) непривитых больных причины не проведенных вакцинаций не было выяснено.

Исследование клинической характеристики коревых больных показало, что у большинства детей грудного возраста 10 (83,3%) заболевание имело своеобразное атипичное течение, с коротким (до 7-8 дней) инкубационным периодом, отсутствием интоксикации и катара верхних дыхательных путей в начале болезни у 9 (75,0%) и нарушением этапности и укорочением до двух суток времени высыпания, причём пятнисто-папулезная сыпь в первые дни появлялась на туловище и позже переходила на лицо, а также на местах высыпания отмечалось обильное шелушение. В период высыпания у всех детей с корью отмечалась диарея, у 9 (75%) пневмония, у 4 (33,3%) ларинготрахеит, у 3 (25%) детей бронхит. У большинства 8 (66,7%) детей температура тела была стабильно высокой, в 3 (33,3%) случаях отмечена фебрильная лихорадка 38,5-39⁰С, а у 10 (83,3%) больных отмечено отсутствие интоксикации. У большинства 7 (58,3%) детей сыпь была мелкой, напоминала краснушную сыпь, не сливалась между собой и только у 5 (41,7%) детей сыпь имела сплошной характер.

У детей от года до 3-х лет часто 18 (81,8%) отмечались ранние осложнения со стороны ЦНС, причём в виде нейротоксикоза с превалированием энцефалита у 10 (45,4%), в виде судорог у 8 (36,4%) детей. Клиника менингоэнцефалита с проявлениями менингеальных симптомов и потерей сознания отмечена у 4 (18,9%) детей, энтероколита сопровождающийся тяжёлой степенью обезвоживания у 16 (72,7%) детей. У 7 (31,8%) детей с корью и тяжёлым нарушением питания диагностированы афтозно-язвенные стоматиты. В начале заболевания у 7 (31,8%) детей раннего возраста выявлена субфебрильная, у 15 (68,2%) детей фебрильная и высокая лихорадка, причём у 12 (54,6%) из них продромальный период был коротким (до 2-3 дней), со слабо выраженными катаральными симптомами, а с продолжением до 5-7 дней у 8 (36,4%) детей. Катаральный период был укороченным и продолжался всего лишь 1-2 дня, проявляясь у большинства 17 (77,3%) детей незначительным слабо выраженным конъюнктивитом и ринитом. Несмотря на незначительные катаральные симптомы и невысокую температуру, у всех детей раннего возраста отмечались симптомы поражения центральной нервной системы: дети были вялыми, адинамичными. Период высыпания у большинства детей (87,5%) протекал атипично, с субфебрильной лихорадкой и одновременным появлением пятнисто-папулезной сыпи на лице и туловище, с переходом на следующий день на конечности. А так же, у 17 (77,3%) детей с корью отмечены одышка, цианоз кожи, тахикардия, у 18 (81,8%) детей диспепсические расстройства в виде рвоты, частого жидкого стула, вздутия живота, у всех детей астеновегетативные проявления в виде вялости, адинамичности со слабой реакцией

на окружающее.

У 1 (4,5%) ребёнка в возрасте одного года 9 месяцев через 3,5 месяцев после перенесенной кори отмечались клинические симптомы хронического неспецифического панэнцефалита в виде сильных головных болей, чаще при движении головы, снижения слуха, что связано со свойством вируса кори длительно сохраняться в веществе мозга. Причём, ребёнок был повторно госпитализирован в инфекционное отделение ГУ «ГМЦ №1 г. Душанбе» и в течении 3-х недель находился под наблюдением врача детского невролога и повторным назначением антибактериальных и ноотропных препаратов, витаминов группы В.

Патогномоничный симптом кори в виде пятен Бельского—Филатова—Коплика на слизистой губ и щёк отмечен у большинства 18(81,8%) детей раннего возраста. В периоде угасания сыпи у 19(86,4%) детей оставалась пигментация, которая имела строгую этапность и сохранялась 7 — 15 дней, а у 3(10%) детей отмечалось шелушение.

Клиническая характеристика кори у детей в возрасте от 3 до 7 лет показала, что заболевание часто 12 (71,4%) протекало типично, с продолжительностью дней инкубации в среднем от 8 до 17 дней. Кроме того, у 8 (57,1%) детей с корью отмечен энтероколит, с признаками тяжелой дегидратации у 5 (62,5%), стоматитов у 4 (33,3%) детей.

Корь у детей школьного возраста протекала типично, с выраженными симптомами интоксикации, наличием энантем на мягком нёбе, а также белесоватых пятен на слизистых щёк в катаральном периоде и первые сутки высыпания у 8(66,7%) детей. Поражение органов дыхания отмечено у 10 (83,3%) детей, причём пневмония диагностирована у 7(58,3%), бронхит у 3(33, 3%), ларингит у 6 (50%) детей. Осложнения со стороны ЦНС отмечено только у 2 (16,7%) детей данного возраста в виде энцефалита, что относительно меньше, чем в других возрастных группах, а со стороны органов пищеварения у 9(75%) детей, причём у 5(55,5%) в виде диареи, у 4(44,4%) афтозно-язвенного стоматита.

Из числа взрослых с корью, большинство 17 (94,4%) составили больные до 35 лет и лишь 1((5,6%) больной был в возрасте 45 лет. Заболевание у взрослых протекало типично с продолжительностью инкубационного периода от 8 до 17 дней (в среднем 9-14 дней), катарального периода от 3 до 5 дней с наличием белесоватых пятен Бельского Филатова Коплика. В этом периоде все взрослые жаловались на общую слабость и ломоту в теле, насморк с обильными выделениями из носа, 8(44,4%) больных на высокую лихорадку до 38,5-39,5⁰ С, сильную головную боль, мучительный сухой кашель, боль в горле при глотании. Высыпания специфической пятнисто-папулёзной сыпи имели строгую периодичность, этапность, начинались с лица, шеи, распространяясь по всему туловищу и заканчивались пигментацией. В остром периоде у 6(33,3%) взрослых имеющиеся хронические заболевания ЖКТ в виде гастрита, холецистита, колита, отмечались кишечная диспепсия и диарея.

Следует отметить, что у большинства 15 (83,3%) взрослых с корью заболевание протекало в средне-тяжёлой форме, и только у 3 (16,7%) в тяжёлой форме. Зачастую осложнения отмечались в периоде пигментации в виде поздних осложнений, по причине присоединения вторичной бактериальной инфекции. Осложнения со стороны органов дыхания в виде бронхита проявлялись у 13(72,2%) больных, ларингита у 3 (16,7%) и только у 2 (11,1%) в виде пневмонии.

Кроме того, в периоде пигментации у 5(27,8%) взрослых отмечены поздние осложнения в виде поражение глаз. На фоне проходящей инфекции у 4(22,2%) больных развился конъюнктивит в виде выраженной язвы роговицы, у 1 (5,5%) больного 32 лет диагностирован кератит, что в последующем привело к слепоте и инвалидности.

При лабораторном исследовании у детей с осложнениями в общем анализе крови отмечались лейкоцитоз, нейтропения со сдвигом лейкоцитарной формулы, лимфоцитоз, моноцитопения, ускоренное СОЭ.

Лечение кори у детей проводилось по утверждённому клиническому протоколу. Детям с тяжелыми формами болезни и с осложнениями в качестве этиотропной терапии были назначены рекомбинантные интерфероны – интерферон –α2 (виферон, анаферон, эргоферон, реаферон), с целью повышения иммунитета иммуноглобулин нормальный человеческий, а также антибиотики в виде защищенных пенициллинов (амоксиклав, цефотаксим и др. При нормализация температуры, уменьшении интоксикации, катаральных явлений, отсутствие осложнений дети были выписаны из стационара в относительно удовлетворительном состоянии на 10-12 дней госпитализации.

Выводы. Таким образом, в сезон очередной эпидемической вспышки заболевания, клиническая характеристика кори показала, что заболевание у детей первого года и раннего возраста имело атипичное проявление с сокращением продолжительности периодов болезни, стёртостью клинических проявлений, но в результате раннего присоединения осложнений в виде пневмония у 75%, ларинготрахеита у 33,3%, бронхита у 3(25%), а также энтероколита (72,7%)62,5% тяжелой степенью обезвоживания, нейротоксикоза с превалированием судорожного синдрома (45,4%), энцефалита (36,4%), менингоэнцефалита (18,9%) заболевание протекало тяжело. У детей старшего возраста и взрослых корь протекала типично с превалированием поздних осложнений в виде энтероколита 57,1%, с признаками тяжелой дегидратации (62,5%), пневмоний (58,3%), ларингитов (50%), а у 27,8% взрослых с поражением глаз в виде выраженной язвы роговицы (22,2%) и кератита (5,5%), что в последующем привело к слепоте и инвалидности.

Список литературы.

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням детей/ В.Ф. Учайкин. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. С. 193-217.
2. Лобзин Ю.В. Справочник по инфекционные болезни у детей/ под редакцией академика РАМН Ю.В. Лобзина. Санкт-Петербург.: Спецлит, 2013. с.254-258.
3. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей/ под редакцией В.В. Ивановой, 2 издание, М.: Медицинское информационное агенство, 2009. с.361-370.
4. Нисевич, Н.И. Инфекционные болезни у детей/ Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин. М.: Медицина, 1990.с.170-185.

Самиева Н.Ш.
ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВНУТРИУТРОБНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Актуальность. Разработка различных аспектов диагностики и лечения заболеваний органов дыхания у новорожденных остается актуальной проблемой педиатрии. В периоде новорожденности пневмония занимает особое место в связи с большой частотой, тяжестью течения, возможностью осложнений и неблагоприятных исходов. Разработка методов лечения пневмонии является важной и актуальной в условиях постоянного совершенствования медицинских технологий. Организация отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), широкое внедрение современных методов лечения дыхательных расстройств у новорожденных, прежде всего, использование препаратов экзогенного сурфактанта, новых подходов к выхаживанию недоношенных детей позволили значительно снизить летальность новорожденных, преимущественно в раннем неонатальном периоде [4]. Патология дыхательной системы является одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных детей [1]. Почти 90% внутрибольничных пневмоний связано с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) [3]. Наиболее уязвимой группой пациентов являются новорожденные из-за незрелости дыхательной системы.

Предрасположенность новорожденных к возникновению инфекционных осложнений может быть обусловлена не только особенностями госпитальных штаммов микроорганизмов, но и состоянием иммунной системы новорожденных детей. Массивная и длительная антибиотикотерапия, проводимая пациентам ОРИТ новорожденных, негативно влияет на биоценоз слизистых оболочек, становление местного и общего иммунитета новорожденного ребенка [1]. Для успешной борьбы с пневмониями требуется знание эпидемиологических и клинко-микробиологических особенностей данной патологии с учетом региональной специфики ее распространенности.

Цель исследования. Проведение клинического мониторинга внутриутробных пневмоний.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены в родильном доме с 2017 по 2019 гг. Критерии включения новорожденных в исследование: дети, у которых был поставлен диагноз пневмония (внутриутробная). При проведении бактериологического исследования клинического материала (кровь) новорожденных детей (73). Новорожденные родились у женщин с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом (анемия, гестоз, угроза прерывания). Анализ данных анамнеза, клинической картины заболевания, результатов лабораторно-инструментальных исследований позволил диагностировать внутриутробную пневмонию у 48 детей, постнатальную - у 3, аспирационную - у 15. Методика исследования включала тщательный анализ анамнестических данных, выявление причин перинатального риска, оценку состояния ребенка в момент рождения, неврологический статус, характеристику респираторных расстройств, анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований. Состояние дыхательной системы оценивалось по данным клинического наблюдения, рентгенографии. У большинства новорожденных были выделены грамотрицательные микроорганизмы (92%), среди которых преобладали энтеробактерии (79%). Энтеробактерии чаще всего были представлены *Pseudomonas aeruginosa* (39%), *Escherichia coli* (28%) и *Klebsiella pneumoniae* (26%). Грампозитивные возбудители ВАП были представлены стафилококками, среди которых преобладали *Staphylococcus epidermidis*, обладающие гемолитическими свойствами (36%).

Результаты исследования и их обсуждение. На внутриутробное инфицирование свидетельствуют о превалировании грамположительных возбудителей в клиническом материале от новорожденных с легочными формами пневмоний над грамотрицательными бактериями и грибами рода *Candida*. Ведущая роль стафилококков, как возбудителей ВП, очевидно, определяется их высоким приспособительными потенциалами и набором патогенных свойств. Учитывая значительный удельный вес грамположительной микрофлоры среди выделенных. Среди возбудителей достоверно чаще ($p < 0,05$) в монокультуре выделяли грамположительные бактерии - 204 культуры, грамотрицательные микроорганизмы выявлялись в 66 случаях. Выделенные стафилококки распределились следующим образом: *S. saprophyticus* (79), *S. epidermidis* (90) и *S. aureus* (35). Необходимо отметить, что наибольшее число *S. aureus* (28) выделяли при легочных формах.

Выводы. Этиологическая структура пневмоний у новорожденных, находящихся в отделении реанимации, представлена широким спектром возбудителей с высокой резистентностью к антибиотикам. Широкий спектр микроорганизмов и тяжелое течение заболевания связано с иммунодефицитным состоянием у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. - М.: ГЭОТ АР-медиа, 2014. 448 с.
2. Геппе, Н.А. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России / Н.А. Геппе, И.К. Волков // Пульмонология. 2017.- № 4.- С. 56.
3. Романенко, В.А. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности у новорожденных / В.А. Романенко, К.В. Романенко // Пульмонология. 2012.- № 1.- С. 13.
4. Черняховский, О.Б. Внутриутробные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский, И.В. Абрамова, О.Л. Поляничкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. № 1. С. 80-88.
5. Lisboa, T. C-reactive protein correlates with bacterial load and appropriate antibiotic therapy in suspected ventilator-associated pneumonia / T. Lisboa, R. Seligman, E. Diaz et al. // Crit. Care Med. 2018. Vol. 36, N T.92, N.1.-C.15-19.

Султонбеков Н.С., Давлатова С.Н., Ходжаева Н.Н.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ
ИМПЕДАНСА

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

Актуальность. Ожирение – это состояние избыточного накопления жировой ткани. На сегодняшний день оно представляет собой актуальную проблему для всего мира, это связано с его прогрессивным распространением. Согласно данным ВОЗ, в 2016 году более 1,9 миллиарда взрослых имели избыточный вес, свыше 650 миллионов страдали ожирением, из них 340 миллионов детей и подростков имели избыточный вес или ожирение. По оценкам этой организации с 1975 по 2016 год, число людей, страдающих ожирением, во всем мире выросло более чем втрое [2]. Согласно докладу ВОЗ, избыточный вес в Таджикистане зарегистрирован у 5-12% детей. При этом ожирением страдают примерно 5% [3].

Согласно критериям ВОЗ, для оценки избытка массы тела и ожирения необходимо использовать индекс массы тела (ИМТ) [1]. Однако ИМТ оценивает только масса ростовой показатель, при этом наше тело состоит из основных элементов: воды, белка, минералов и жировой ткани. У людей со спортивным телосложением или развитой мускулатурой ИМТ, скорее всего, будет высоким, поскольку у них большой вес, а у беременных или кормящих женщин, подростков, пожилых и старых людей ИМТ может быть выше или ниже, чем фактический объем жировой ткани. Проблема заключается в том, что избыток жировой ткани или большую мышечную массу невозможно определить невооруженным глазом. Импедансный метод позволяет определить все составные компоненты организма в количественном соотношении [4].

Цель исследования. Исследовать частоту встречаемости ожирения у детей подросткового возраста в городе Душанбе методом импеданса.

Материал и методы исследования. В условиях инновационного фитнес клуба «Крокус фитнес Таджикистан» с периода ноября 2022г. по май 2023 г. нами было обследовано 26 посетителей в возрасте от 12 до 18 лет. Средний возраст пациентов составил 15 лет. Среди обследуемых детей в возрасте 12-14 лет было 4 (15,3%), от 15 до 16 лет - 11 подростков (42,3%), в возрасте 17-18 лет были 11 (42,3%) школьников соответственно. Из общего количества обследуемых было 13 девушек и 13 парней. Всем обследуемым были проведены следующие методы исследования: сбор анамнеза жизни, спортивный анамнез, осмотр, антропометрия и биоэлектрический импеданс тела на аппарате ACCU-NIQ 380. ACCU-NIQ это биоимпедансный анализатор, использующий безопасную и эффективную технологию для вычисления состава тела. Использование частот низкого уровня позволяет получать точные данные, не нанося вреда организму человека [4].

Результаты исследования. При сборе анамнеза жизни выяснилось, что заболеванием щитовидной железы болеют 5 (19,2%) детей, различные травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата были отмечены в 8 (30%) случаях, на частую головную боль жаловались 3 (11%) школьника, мочекаменная болезнь была у 3 (11%) подростков, 4 (15%) детей не предъявляли жалоб, у остальных 3 (11%) посетителей обнаружена железодефицитная анемия и гастрит. Также большинство обследуемых часто принимали еду быстрого приготовления, т.е. фаст-фуд. Из спортивного анамнеза выяснилось следующее, что большинство абонентов посещали разные секции: в частности 42,3% занимались дзюдо, тхэквондо, боксом и борьбой, 23,0% занимались футболом, волейболом и легкой атлетикой, 7,6% посещали секции по акробатике, художественной гимнастике и плаванию, 26,9% школьников не вели активный образ жизни. Состояние всех одноклубников на момент поступления было удовлетворительным. При внешнем осмотре не было видно явных отклонений. По результатам проведения анализа состава тела и антропометрии, у 11 (42,3%) детей тип телосложения был стандартный, 7 (26,9%) подростков имели состояния предожирения, ожирение первой степени было обнаружено у 6 (23%) школьников, у 2 (7,6%) обнаружено ожирение второй степени.

В возрасте 12-14 лет, были следующие результаты: тип телосложения стандартный был у 1 пациента, его ИМТ был в пределах 18,2, процент жировой ткани (ПЖТ) составлял 9,8%. У 3 абонентов было ожирение первой степени, ИМТ от 20,6 до 24,8, ПЖТ 33,1-40,9%.

Таблица 1. Показатели импеданса у детей

Возраст, лет	Количество	Рост	Вес, кг	Тотальная масса, кг	Безжировая масса, кг	Масса скелетной мускулатуры, кг	Жировая масса, кг	Процент жировой массы	Индекс массы тела	Тип телосложения
14	1	173,0	54,4	46,2	49,5	27,7	4,9	9,8	18,2	Стандартный
15-16	4	172±7	54,5±4,2	46,4±4,7	49,2±4,8	27,7±2,3	5,1±1,6	10,5±0,2	19,9±1,7	Стандартный
17-18	6	168,5±10	59,2±10,3	50,2±10,5	53,7±11,8	30,1±6,4	9,4±6,3	14,8±8,5	21,6±2,6	Стандартный
15	3	172,5±5	71,7±9	49,7±11	53,3±12	30±6,5	24±3,5	26,2±7,3	25,0±2,5	Предожирения

17-18	4	163,5±15	65,5±13	45±13	48,5±14	27±8	20±4,5	27,8±8	23,4±1	Предожирения
12-13	3	143,5±10	46±9,5	28±6,5	30±7	17±4	15,5±3	37±4	23,8±0,5	Ожирение первой степени
15-16	3	159,5±13	61±17	36,8±8,5	39,5±9	22±5	21,5±8,5	35,5±3	25±1	Ожирение первой степени
15	1	156,0	69,8	38,8	41,7	23,3	28,7	40,3	28,7	Ожирение второй степени
18	1	179,0	100,3	63,3	68,0	38,0	32,3	32,2	31,3	Ожирение второй степени

У подростков в возрасте 15-16 лет были следующие результаты. Тип телосложения стандартный был у 4 пациентов, ИМТ в пределах 18,2-21,6, ПЖТ составлял от 10,3%-10,7%. У 3 абонементов было состояние предожирения, ИМТ от 22,5 до 27,6, ПЖТ 18,9-33,6%. Ожирение первой степени зафиксировано у 3 подростков, ИМТ достигал от 24,2 до 26,4, ПЖМ 32,5%-38,1%. У 1 школьника было выявлено ожирение второй степени, ИМТ 28,7, ПЖМ 40,3%.

У школьников в возрасте 17-18 лет были следующие результаты: тип телосложения стандартный был у 6 пациентов, ИМТ в пределах 19,2-24,2, ПЖМ составлял от 6,3%-23,4%. У 4 абонентов было состояние предожирения, ИМТ от 22,3 до 24,5, ПЖТ 19,9-35,2%. У 1 школьника было выявлено ожирение второй степени, ИМТ 31,3, ПЖМ 32,2%.

Обнаруженные нами изменения показателей импеданса у детей представлены в таблице 1.

Выводы. Наше исследование показывает, что 57,6% случаев у подростков были зафиксированы различной степени нарушения веса, от состояния предожирения до ожирения второй степени. Чаще всего в 66,6% эти изменения встречались у детей в возрасте от 12 до 16 лет. Причиной этих нарушений были малоподвижный образ жизни, употребление полуфабрикатов и стресс, что приводило у них к различным соматическим заболеваниям. Таким образом, анализатор состава тела показывает, что не всегда нормальные значения ИМТ соответствуют критериям стандартного типа телосложения.

Список литературы

1. Петеркова В. А. Масса тела у детей / В. А. Петеркова, А. В. Витебская, Н. А. Геппе // Справочник педиатра по детской эндокринологии: Методическое пособие - М.: Верди, 2016. – С. 22-31.
2. WorldHealthOrganization [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Sputnik Таджикистан [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://tj.sputniknews.ru/20210511/who-deti-ozhirenie-tajikistan-1039356968.html>
4. Анализатор состава тела-ACCUNIQ [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.accuniq.ru/products/accuniqbc380/?ysclid=lnj4sehh1z760015745>

Томчик Н.В., Корончик Е.В., Новицкая А.О.

УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ РАЗНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О ВИТАМИНЕ D

Кафедра поликлинической педиатрии УО «Гродненский государственный медицинский университет». Республика Беларусь.

Актуальность.

За последние десятилетия результаты научной деятельности свидетельствуют о многих достижениях в понимании влияния витамина D на здоровье человека. Наблюдается рост новых данных, охватывающих как фундаментальную биологию витамина D, так и клинические последствия дефицита и эффекты дополнительного приема этого препарата.

Холекальциферол участвует в работе всех органов и систем организма, принимает непосредственное участие в усвоении кальция и фосфора — важнейших для костной ткани макроэлементов. От уровня витамина D в крови также зависит состояние кожи, волос, ногтей и зубов.

Витамин D регулирует обменные процессы в клетках, способствует лучшему усвоению углеводов, повышает чувствительность нервных волокон, препятствует образованию холестериновых бляшек.

Холекальциферол стимулирует работу иммунной системы, помогая организму бороться с заболеваниями бактериальной и вирусной природы. Достаточный уровень витамина D снижает риск развития аутоиммунных процессов и злокачественного перерождения клеток, а также положительно влияет на дыхательную функцию.

В современных условиях жизни очень важна широкая осведомленность о витамине D среди населения, последствиях его дефицита в организме и необходимости профилактического приема препаратов, так как только с помощью солнечной инсоляции и питания практически невозможно удерживать его статус на достаточном уровне.

Цель исследования.

Оценить уровень компетентности разных групп населения о витамине D.

Материал и методы исследования.

Исследование было проведено в 2 этапа с помощью анонимного добровольного онлайн анкетирования на основе базы сервиса Google-формы. На первом этапе было опрошено 152 родителя г. Гродно, имеющих детей в возрасте 0-17 лет. На втором этапе исследования были проанкетированы 100 студентов первого и второго курса педиатрического факультета Гродненского государственного медицинского университета по теме: «Оценка осведомленности о витамине D студентами на начальном этапе обучения в высшем учебном заведении». Анкеты содержали 17 блоков вопросов, которые включали общие сведения о респонденте, осведомленность его о витамине D, предпочтительные формы для приема препаратов витамина D, сроки, время и дозу препаратов, наличие побочных действий во время их

приема, а также внедрение методик решения проблемы низкой осведомленности населения о витамине D. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием онлайн – калькулятора (openepi.com/Proportion/Proportion.htm).

Результаты исследования и их обсуждение.

По данным первого этапа анкетирования установлено, что 98,7% респондентов (95 ДИ (95,33%-99,84%)) осведомлены о витамине D. Более половины из них (55,9% (95 ДИ (47,65%-63,96%))) принимали препараты сами и в 79,6% (95 ДИ (72,32%-85,7%)) случаев давали их своим детям.

Среди лекарственных форм витамина D 44,1% (95 ДИ (36,04% - 52,35%)) респондентов предпочли форму таблеток/капсул, в свою очередь, 41,4% (95 ДИ (33,52% - 49,71%)) их детей получали жидкий масляный раствор, 23,7% (95 ДИ (17,17% - 31,25%)) – таблетки/капсулы, 14,5% (95 ДИ (9,298% - 21,09%)) - жидкий водный раствор.

Из всех опрошенных контроль уровня витамина D определяли у 23,7% (95 ДИ (17,17% - 31,25%)) детей респондентов. Установлено, что у 13,2% (95 ДИ (8,226% - 19,59%)) он был в пределах референсных значений, у 10,5% (95 ДИ (6,137% - 16,53%)) имелись отклонения.

На вопрос, какие дозы препарата получал ребенок, треть респондентов (30,9% (95 ДИ (23,68% - 38,92%))) не смогли дать ответ о конкретной дозе витамина D.

По результатам опроса установлено, что 66,4% детей (95 ДИ (58,35%-73,89%)) получали витамин D как монотерапию, а 13,2% (95 ДИ (8,226%-19,59%)) – в комплексе с мультивитаминами.

Половина детей респондентов получали препараты витамина D сезонно в осенне-зимне-весенний период (52,6% (95 ДИ (44,38%-60,78%))), 13,8% (95 ДИ (8,76%-20,34%)) – непрерывно в течение года, 13,2% (95 ДИ (8,226%-19,59%)) – только после перенесенных заболеваний. Установлено, что 38,21% детей опрошенных (95 ДИ (30,41%-46,38%)) получали их в первой половине дня, 36,2% (95 ДИ (28,56%-44,36%)) – в любое время суток, 5,3% (95 ДИ (2,299%-10,11%)) – во второй половине дня.

Практически все респонденты (95,4% (95 ДИ (90,74%-98,13%))) ответили, что не наблюдали каких – либо побочных эффектов во время приема препаратов витамина D как ими, так и их детьми, однако у 4,6% (95 ДИ (1,871%-9,258%)) имелись побочные явления.

Второй этап работы показал, что в анкетировании приняли участие 81% (95 ДИ (71,93%-88,16%)) девушек. Возраст респондентов составил: до 18 лет – 46% (95 ДИ (35,98%-56,26%)), от 18 до 20 лет – 51% (95 ДИ (40,8%-61,14%)), от 20 лет и более – 3% (95 ДИ (0,62%-8,52%)). Установлено, что большинство студентов (67% (95 ДИ (56,88%-76,08%))) оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное, 22% (95 ДИ (14,33%-31,39%)) – хорошее и в 11% (95 ДИ (5,62%-18,83%)) случаев – неудовлетворительное (часто испытывали чувство раздражительности, усталости, отсутствие работоспособности).

Практически все опрошенные владели информацией о витамине D (95% (95 ДИ (88,72%-98,36%))) и в большинстве случаев (83% (95 ДИ (74,18%-89,77%))) знали о его влиянии на организм человека.

Основным источником получения информации о витамине D у студентов являлись средства массовой информации (43% (95 ДИ (33,14%-53,29%))). В одинаковой доле случаев респонденты были информированы лечащим доктором и родителями (27% (95 ДИ (18,61%-36,8%))).

Установлено, что 82% (95 ДИ (73,05%-88,97%)) опрошенных считали недостаточным поступление витамина D в организм только лишь посредством инсоляции и питания. Исходя из этого, большая часть студентов (51% (95 ДИ (40,8%-61,14%))) принимали дополнительно препараты витамина D в профилактической дозировке. По результатам анкетирования выявлено, что во время приема препаратов витамина D 61% (95 ДИ (50,73%-70,6%)) респондентов отметили улучшение самочувствия, а 29% (95 ДИ (20,36%-38,93%)) не заметили каких-либо изменений. По мнению большинства опрошенных (67% (95 ДИ (56,88%-76,08%))), принимать препараты витамина D следует сезонно в осенне-зимне-весенний период.

Результаты исследования показали, что лишь 16% (95 ДИ (9,43%-24,68%)) анкетизируемых были обследованы лабораторно на содержание витамина D в сыворотке крови перед началом приема препаратов.

В 77% (95 ДИ (67,51%-84,83%)) случаев респонденты уверены, что решением проблемы малой осведомленности о важности приема препаратов витамина D является проведение лекций на данную тематику в учреждениях образования, а также 56% (95 ДИ (45,72%-65,92%)) студентов считают важным распространение информации среди населения медицинскими работниками.

Выводы.

1. Взрослое население различных возрастных групп хорошо осведомлено о витамине D и его влиянии на организм человека, но лишь половина опрошенных (55,9% и 51% соответственно) принимают препараты данного витамина в профилактической дозировке.

2. Дети респондентов в 79,6% случаев получают препараты витамина D, чаще в форме жидкого масляного раствора, сезонно, в первой половине дня, в монотерапии.

3. Отмечается низкая доля лабораторного определения уровня витамина D как перед началом приёма препаратов, так и в процессе, с целью контроля гипо- и гипervитаминоза.

4. Противоречивость во взглядах и мнениях среди родителей и студентов в отношении витамина D, срокам назначения, лабораторной диагностике обусловлено низкой информированностью их в данном вопросе.

Список литературы.

1. Коденцова, В.М. Обеспеченность детей витамином D. Сравнительный анализ способов коррекции / В.М. Коденцова, Д.В. Рисник // Лечащий врач. – 2020. – №1. – С.35-43.
2. О противовирусных эффектах витамина D / О.А. Громова, И.Ю. Торшин, Д.Е. Фролова, Н.П. Лапочкина, О.А. Лиманова // Медицинский совет. – 2020. – №3. – С.152-158.

3. Роль витамина D в формировании здоровья детей дошкольного возраста / И.Н. Захарова [и др.] // Медицинский Совет. – 2021. – №1. – С.37-49.
4. Marino, R. Extra-Skeletal Effects of Vitamin D / R.Marino, M.Misra // Nutrients. – 2019. – Vol.11, №7. – P.11-23.
5. Vitamin D supplementation guidelines / P. Pludowski, M.F. Holick, W.B Grant [et al.] // Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. – 2018. – Vol. 175, №1. – P.125-135.

Турсунова М.Х., Аминов С.Д.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ИММУНАЦЕЯ» НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ САМОК КРЫС

Кафедра фармакология, физиология, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность исследования. С каждым годом растёт интерес к традиционным системам медицины и, особенно, к лекарственным средствам растительного происхождения. Увеличивается использование растительных препаратов населением Земли, для того, чтобы быть ближе к природе и избегать негативного влияния синтетических препаратов.

В настоящее время фитотерапия широко практикуется как в странах Европы, так и в других странах материка. Широкое использование растительных препаратов наблюдается населением стран Восточной Азии [1].

Известно, что использование лекарственных растений, в том числе в составе комплексной терапии, значительно расширяет терапевтические возможности и позволяет добиться лучших клинических результатов. В связи с этим, нами был разработан новый растительный иммуномоделирующий препарат «Иммунация».

Материал и методы исследований. «Иммунация – капсулы» - лекарственный препарат растительного происхождения, лечебные свойства которого обусловлены, входящими в его состав активными веществами. Оказывает иммуномоделирующее действие.

Нами было изучено влияние лекарственного средства на репродуктивную систему в эксперименте на белых крысах согласно Методическим указаниям по изучению гонадотоксического и мутационного действий химических веществ [2].

Эстральный цикл исследовали с помощью метода вагинальных мазков. Для этого глазной пипеткой во влагалище вводили подогретый физиологический раствор (2-3 капли), несколько раз втягивали его в пипетку и выпускали обратно во влагалище. Затем на предметных стёклах готовили мазки, фиксировали их над пламенем и окрашивали в течение 1 минуты однопроцентным водным раствором метиленовой сини. Мазок просматривали под микроскопом при малом увеличении.

Для морфологической и морфометрической оценки состояния овогенеза яичники подопытных крыс фиксировали в растворе Карнуа и заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и подсчитывали среднее число фолликулов и жёлтых тел в 3 различных срезах [9]. В отдельных случаях проводили морфологическое исследование ткани матки и плаценты на срезах, подготовленных вышеуказанным способом.

У самок крыс предварительно исследовали эстральный цикл с помощью вагинальных мазков [12]. При наличии эструса проводили спаривание с контрольными самцами в соотношении 2:1. Критерием для определения беременности служило обнаружение сперматозоидов при микроскопировании влагалищных мазков. Беременным самкам 3-х первых групп однократно внутривенно вводили водный раствор лекарственного препарата «Иммунация – капсулы», разработанного в ташкентском фармацевтическом институте в дозе 50 мг/кг. Часть самок оставляли до естественных родов, остальных забивали на 19-сутки беременности, учитывали количество плодов на 1 самку, число мест имплантации, число резорбций, количество жёлтых тел в яичниках и мертвых плодов. В группах, оставленных до естественных родов учитывали продолжительность беременности, массу плаценты, число, вес, длину туловища новорожденных крысят. Кроме того, вычисляли общую эмбриональную смертность, предимплантационную, постимплантационную

Результаты исследования и их обсуждение:

Эстральный цикл у крыс связан с циклическими изменениями функции яичников и ритмическими процессами, происходящими в них – развитием фолликулов, овуляцией и образованием жёлтых тел. Каждой фазе полового цикла соответствует определённый клеточный состав влагалищного мазка, по которому можно судить о функциональном состоянии яичника. Количество циклов в месяц составила $5,0 \pm 0,6$. Эстральный цикл наряду с чётко выраженными стадиями имеет ещё и промежуточные. У контрольных животных период эструса (фаза течки) составил $2,5 \pm 0,5$ дня, а продолжительность межтечкового периода (диэструс) $2,8 \pm 0,4$ дней.

Исследования показали, что введение лекарственного препарата «Иммунация – капсулы», разработанного в ташкентском фармацевтическом институте не оказывает значительного влияния на эстральный цикл. Из таблицы № 1 видно, что полученные данные статистически не отличаются от данных контрольной группы.

Таблица 1

Стадии течки у самок белых крыс после введения препарата лекарственного препарата «Иммунация – капсулы»

Масса тела крыс, г	Количество циклов на 1 самку	Продолжительность цикла, дни	Продолжительность эструса, дни	Продолжительность диэструса, дни
«Иммунация – капсулы»				
$148 \pm 4,5$	$5,1 \pm 0,5$	$5,2 \pm 0,4$	$2,4 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,3$
Контроль				

145,5 ± 5,2	5,0 ± 0,3	5,3 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,7 ± 0,3

Примечание: достоверных отличий от контроля не наблюдается.

Беременность у интактных крыс длится в течении 23 - 24 дней и делится на 3 фазы и 2 критических периода, в которые организм наиболее чувствителен к воздействию неблагоприятных факторов. В первую фазу - предимплантационную (первые 5 дней после оплодотворения) происходит дробление яйца до бластоцисты. Вторая фаза включает периоды имплантации, плацентации и органогенеза (с 5-го по 13-й день после оплодотворения). Третья фаза беременности – плодный период (с 3-го по 21 день беременности). В этот период эмбрионы наиболее устойчивы к воздействию факторов внешней среды.

При вскрытии самок, получавших водный раствор лекарственного препарата «Иммунация – капсулы», разработанного в ташкентском фармацевтическом институте, забитых на 19 - й день беременности, в матке отмечалась лёгкая отёчность, полнокровие. Количество живых плодов на 1 самку статистически не отличалось от количества плодов у крыс контрольной группы. Также не изменялось число мест имплантаций и резорбций (таблица 2).

У самок, получивших водный раствор лекарственного препарата «Иммунация – капсулы», разработанного в ташкентском фармацевтическом институте, в матке слегка полнокровный эпителий, достоверных изменений в показателях генеративной системы самок крыс не наблюдалось по сравнению с контролем.

Таблица 2

Показатели генеративной функции самок белых крыс после острого внутрижелудочного введения лекарственного препарата «Иммунация – капсулы», М ± m

Показатели	«Иммунация – капсулы»	Контроль
число плодов на 1 самку	11,5 ± 1,5	12,5 ± 1,0
число мест имплантаций	10,8 ± 1,2	11,2 ± 0,6
число резорбций	0,7 ± 0,4	0,6 ± 0,4

Внешний вид, поведение не отличалось от контроля. При вскрытии самок, забитых на 19-й день беременности, в матке эпителий местами десквамированный, кровеносные сосуды расширенные, полнокровные. При анализе эмбрионального материала достоверных изменений не наблюдалось.

Продолжительность физиологической беременности у крыс зависит, вероятно, от индивидуальных особенностей, что и доказывает наличие живых плодов и одновременно наличие внутриутробной гибели плодов в одной матке.

Таблица 3

Показатели генеративной функции самок белых крыс после острого внутрижелудочного введения «Иммунация – капсулы», М ± m

Наименование Показателей	«Иммунация – капсулы»	Контроль
Масса плаценты, г	0,55 ± 0,05	20,5 ± 1,2
Продолжительность беременности, дни	0,53 ± 0,03	22,2 ± 1,2

Из таблицы 3 видно, что продолжительность беременности у самок, получивших водный раствор «Иммунация – капсулы» составила 22,2 сутки, что статистически не отличалось от контроля. В плаценте выявлена слегка отёчная соединительная ткань, однако масса плаценты статистически не отличалась от массы плаценты контрольной группы.

Таким образом, полученные данные показывают, что лекарственный препарат «Иммунация – капсулы», не оказал влияния на репродуктивную систему самок и самцов белых крыс.

Список литературы:

1. Бердникова Н.Г. Использование фитопрепаратов в терапии бронхолегочных заболеваний // «РМЖ». №6, 2014. С. 1-11.
2. Турсунова М.Х. Изучение хронической токсичности препарата «Магником»// «Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации». Ташкент, 2016. С.23.

Умаров А.У.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) - достаточно распространенная патология среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, которая является основной причиной смерти детей первого года жизни. Среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, врожденные пороки сердца занимают 1 % (по данным ВОЗ). Они занимают третье место среди врожденных пороков развития, после врожденной патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы [1]. Многие исследователи связывают это с усилением воздействия на человека неблагоприятных факторов окружающей среды, таких как химических, физических, биологических тератогенов, которые действуя на организм плода, вызывают формирование пороков развития [2]. Изучено влияние социально-гигиенических, биологических факторов в развитии ВПС у детей раннего возраста, но материнский организм, находящийся под воздействием внешней среды, в свою очередь является для плода внешней средой, взаимосвязь плода с которой осуществляется в основном через плаценту. Поэтому состояние матери до и во время беременности имеет важное значение для развития эмбриона и плода в первые дни и недели беременности.[3]

Цель исследования. Изучить факторы риска развития врожденных пороков развития у детей.

Материал и методы исследования. Нами было проведено рандомизированное исследование 267 историй болезни за период 2019-2021 годы в отделении кардиологии при ГУ МК «Истиклол». Все дети были с врожденными пороками сердца. Всем было проведены инструментальные методы исследования: эхокардиография, электрокардиография, рентгенография.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами было изучено влияние социально-гигиенических, биологических факторов в развитии ВПС у детей раннего возраста. Материнский организм, находящийся под воздействием внешней среды, в свою очередь является для плода внешней средой, взаимосвязь плода с которой осуществляется в основном через плаценту. Поэтому состояние матери до и во время беременности имеет важное значение для развития эмбриона и плода в первые дни и недели беременности. Из числа всех врожденных пороков сердца 89% обусловлено действием экзогенных факторов, к которым относят радиацию, вирусные инфекции (45,3%), болезни матери в период беременности (55,0%), лекарственные и химические вещества (12,0%), 10% обусловлены наследуемыми хромосомными аномалиями или могут быть следствием моногенных мутаций. Вредные привычки родителей в период зачатия и вынашивания беременности. Особое внимание уделяется материально-бытовым условиям, образу жизни, образованию родителей, особенностям питания, соблюдению режима труда и отдыха матери. Выявление и изучение социальных факторов тем более актуально, что они относятся к разряду так называемых «управляемых», и представляется возможность воздействовать на них а следовательно, управлять лечебно-профилактическими мероприятиями, предупреждать возникновение заболеваний. Оценка современных глобальных тенденций родственных браков (18,0%) показывает, что частота родственных браков достаточно широко варьирует в зависимости от региона проживания. На формирование ВПС у детей кроме социальных факторов могут влиять и медико-биологические факторы. Изучению которых в последнее время уделяется большое внимание: материально-бытовые условия, образ жизни, образование родителей, особенности питания, режим труда и отдыха матери. Возраст матери является существенным фактором, имеющим серьезное значение для возникновения ВПС у детей. При анализе возрастного состава матерей к моменту рождения ребенка с ВПС неблагоприятным в этом плане оказался возраст матери до 19 лет и старше 30 лет, с которым был связан высокий риск развития ВПС у детей. От юных матерей в возрасте до 19 лет рождались 8,8% детей с ВПС, от матерей которые входили в группу возрастных первородящих старше 25 лет – 26,4% и у женщин старшего фертильного возраста (старше 30 лет) – 27,0%. Среди матерей больных детей, чаще встречались домохозяйки (60%), со средним образованием на чьи плечи зачастую ложился тяжёлый физический труд и низкая грамотность. Матери с высшим образованием, составили 40%, что также является не малым количеством. Уровень образования не всегда говорит о том, что женщина осознает требования, к своему организму во время беременности, при наличии у них умственных нагрузок, стрессов, адинамичном образе жизни. В основной группе исследования, 80,3 % матерей не работали, а были домохозяйками, служащими были 8,3 %, рабочими – 7,3%, 4 % были студентками и учились в ВУЗах. В контрольной группе, в отличие от основной, основную массу составили служащие матери – 66,67 %, рабочими были 33,33 %, и всего 10 % были студентками.

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми социально-бытовыми факторами риска являются, возраст матерей, социальный статус, неудовлетворительные материально-бытовые условия, паритет. В формировании ВПС особое значение следует придавать состоянию здоровья матерей, особенно в периоде всей беременности.

Литература.

1. Антоненко В.Г. и др. Микроделеция хромосомы 22 у девочек раннего возраста с врожденными пороками сердца // Всероссийский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016. — Т. 46, № 1. — С. 57-60.
2. Пивень Д.В., Купцевич А.С. Служба материнства и детства // Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области в 2007 году. — Иркутск, 2018. — С. 171 — 191.
3. Пивень Д.В., Купцевич А.С. Охрана материнства и детства // Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области в 2008 году. — Иркутск, 2019. — С. 135—154.

Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В ГИПЕРЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

Академия медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан,

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

Актуальность. Среди парентеральных гепатитов, как ведущих этиологических факторов хронических заболеваний печени и неблагоприятных исходов, особое место занимает вирусный гепатит В (ВГВ) в связи с высокой распространенностью патологии и частотой формирования носительства HBsAg. Данная патология особенно актуальна в странах с высоким процентом инфицирования населения вирусом гепатита В (HBV) и/или его поверхностным антигеном. Особую эпидемиологическую опасность представляет заражение этим возбудителем женщин детородного возраста в связи с высоким риском вертикальной передачи вируса от матери к ребенку и формирования внутрисемейных очагов инфекции.

В настоящее время остаются не до конца раскрытыми механизмы формирования ХГВ и его отделенных исходов (цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы). До последнего времени доминировало мнение о том, что ХГВ формируется в исходе острого вирусного гепатита В. Большинство педиатров склонялось к тому, что формирование ХГВ наблюдается главным образом после атипичных, безжелтушных форм болезни. Многие исследователи рассматривают ХГВ как первично-хронический процесс [1,3]. Зачастую эпизоды желтухи при ХГВ были обусловлены наслоением

других гепатитов (А или дельта) на текущий ХГВ.

Риск формирования ХГВ зависит от возраста детей в момент инфицирования. Опасна в этом плане перинатальная и особенно вертикальная передача HBV. Показано, что заражение в возрасте старше 6 лет жизни приводит к формированию ХГВ не более чем в 5% случаев, а в ante-, intra- и постнатальном периоде, а также в течение первого года жизни – 90%. Высокий риск передачи инфекции у матерей с HBe-антигемией по сравнению с теми у кого отсутствует в крови данный маркер HBV (вероятность заражения составляет 70-90% и 10-30% соответственно) [1-3]. В свою очередь инфицирование детей от матерей с HBe-антигемией в 50-60% случаев заканчивается формированием ХГВ. Это обстоятельство объясняется тем, что HBeAg, проходя через плацентарный барьер, вызывает развитие иммунной толерантности, способствующий нарушению механизма распознавания наличия HBV и дальнейший их лизис иммунокомпетентными клетками. Кроме данного фактора в процессе формирования ХГВ участвуют и другие обстоятельства – внепеченочная репликация HBV и подавление синтеза интерферона. Не последнюю роль в этом процессе играет циркуляция в крови ребенка материнских антител класса IgG против HBeAg и HBsAg, а также частая мутация HBV. В дальнейшем удельный вес формирования снижается и к 6-ти летнему возрасту достигает показателей взрослых – 5,0 – 10,0% (Л.Г. Горячева и соавт., 2002, 2005).

Цель исследования. Выявить особенности формирования ХГВ у детей в зависимости от предполагаемого срока инфицирования вирусом гепатита В.

Материал и методы исследования. Наблюдения касаются 113 детей с ХГВ, в том числе ХГВ с минимальной активностью – 85 (75,2%) и ХГВ высокой активностью – 28 (24,8%). Мальчиков было 66 (58,5%), девочек – 47 (41,5%).

Диагноз ХГВ ставился на основании анамнеза болезни (длительность заболевания и HBs-антигемии более 6 месяцев), клинико-лабораторных данных, результатов изучения морфологической структуры печени и ультразвукового исследования органа. Маркеры HBV определялись с помощью ИФА. Морфологическая верификация ХГВ осуществлена в 93 случаях. Катамнестическое наблюдение проводилось в специализированном кабинете, функционирующем при стационаре, в которых лечились больные.

Частота ХГВ в зависимости от возраста: дети до 1-го года – 6, (5,4%), от 1 года до 3 лет – 53 (46,9%), от 3-6 лет – 40 (35,7%), от 7 до 11 лет – 12 (10,6%) и старше 11 лет – 2 (1,7%).

Результаты и их обсуждение. Как было отмечено выше почти у всех детей (111 из 113) формирование ХГВ происходило без явных клинически манифестных признаков острого вирусного гепатита. Предыдущие эпизоды заболевания в 39,8% случаев были обусловлены вирусным гепатитом А, а у 58,4% детей ХГВ диагностирован случайно при обследовании по поводу интеркуррентного заболевания. У 87,6% обследованных детей ХГВ диагностирован в возрасте 0 – 6 лет, что свидетельствует о заражении пациентов в ante-, intra- и постнатальном периоде.

ХГВ минимальной активности у 85 наблюдаемых больных протекал как с печеночными (гепатомегалия во всех случаях, спленомегалия – у 38,8% больных), так и внепеченочными симптомами (носовые кровотечения у 12,9% больных, сосудистые «звездочки» – у 11,8%, пальмарная эритема – у 17,6%, экзантема – у 10,6%) и изменениями биохимических тестов (умеренное или незначительное повышение активности гепатоцеллюлярных ферментов, увеличение показателей тимоловой и снижение сулемовой проб, гипоальбуминемия – у 91,7%, повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов – у 70,7%). HBsAg обнаруживался у всех детей методом ИФА, HBeAg – у 3-х, у остальных – анти-HBe; анти-HBc IgM обнаружены у 6 больных.

Морфологическое исследование, проведенное у 67 больных, выявило незначительную воспалительную инфильтрацию, скудный очаговый фиброз в зоне портальных трактов, расширение портальных полей, интактность пограничной пластинки, слабо выраженные дистрофические изменения гепатоцитов.

ХГВ высокой активности (28 больных) проявлялся значительным увеличением размеров печени, спленомегалией (82,1%), пальмарной эритемой (42,9%), сосудистыми «звездочками» (32,1%), носовыми кровотечениями (28,6%), более выраженным повышением активности АлАТ и АсАТ, изменениями показателей тимоловой и сулемовой проб (82,2 и 76,4% соответственно), гипоальбуминемией (32,2%), гипербета- и гипергаммаглобулинемией (83,1 и 100% соответственно), повышением уровня циркулирующих иммунных комплексов у всех больных. HBsAg был выявлен у всех детей, HBeAg – у 6, анти-HBe – у 21 ребенка. У 7 детей в крови циркулировали анти-HBc IgM.

Морфологическая верификация ХГВ проведена у 26 больных. В биоптатах печени выявлены более выраженные отклонения гистологической структуры органа: лимфогистиоцитарная инфильтрация, фиброз в портальных трактах, дистрофия и очаговый некроз гепатоцитов. У 12 детей констатировано нарушение целостности пограничной пластинки.

Таким образом, клинические проявления первично-хронического гепатита В в фазе манифестации патологического процесса сопровождаются скудными печеночными и экстрапеченочными признаками (ХГВ с минимальной активностью) и более отчетливой симптоматикой при ХГВ с высокой степенью активности. Тем не менее, даже в этой стадии заболевания отсутствие желтухи и симптомов интоксикации снижают настороженность родителей и даже медицинских работников в плане наличия ХГВ у ребенка.

В процессе катамнестического наблюдения в течение длительного времени (до 12 лет) у наблюдаемых детей с ХГВ не диагностировано ни одного случая формирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Это обстоятельство позволяет предположить о более благоприятном течении и исходов первично-хронической HBV-инфекции. Для подтверждения данной версии необходимо проводить более продолжительный контроль за ходом патологического процесса в печени с использованием современных высокоинформативных методов исследования.

Выводы. В эндемичном регионе в связи с высоким риском вертикальной передачи возбудителя и возможностью инфицирования в раннем возрасте HB-вирусная инфекция у детей протекает латентно с формированием первично-хронической формы заболевания, которая диагностируется в поздние сроки или случайно при обследовании по поводу интеркуррентной патологии или других гепатитов (А, Е, С, D).

Хронический гепатит протекал, преимущественно, с минимальной активностью (75,2%) и реже – с высокой

активностью (24,8%) без формирования жизнеугрожающих исходов.

Раннее распознавание и лечение таких больных значительно уменьшит распространение заболевания и предотвратит прогрессирование патологического процесса. Поводом для обследования и ранней диагностики заболевания может быть гепатомегалия, носовые кровотечения, пальмарная эритема, сосудистые «звездочки». При этом необходимо проведение исследования на наличие маркеров гепатотропных вирусов и желательного морфологическим исследованием гепатобиопсий.

Проведение вышеуказанных мероприятий представляет чрезвычайную важность и еще потому, что в литературе появились данные о формировании первично-хронического гепатита у детей, получивших 3-х кратную вакцинацию против гепатита В [1].

Список литературы

1. Горячева, Л.Г. Хронический гепатит В у детей, рожденных от матерей с НВ-вирусной инфекцией / Л.Г. Горячева, И.В. Шилова, С.М. Харит // Детские инфекции. – 2015. - №2. – С. 22-25.
2. Волинец, Г.В. Хронический вирусный гепатит В у детей и подростков: современный взгляд на проблему / Г.В. Волинец, В.Н. Панфилова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2020. - № 65:(4). - С. 47-60.
3. Раба, Т.И. Хронический вирусный гепатит В и С у детей, рожденных от инфицированных HBV и HCV матерей / Т.И. Раба // Детские инфекции. - 2017. Том 16. - №1. - С.12-15.

Файзуллоев Ф.А.^{1,3}, Таджибаева З.А.², Нуралиева Г.^{2,3}, Холмунинов Д.³

МИОКАРДИТЫ У ДЕТЕЙ

1. ГУ. Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
2. Кафедра детских болезней №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино
3. Национальный медицинский центр «Шифобахш»

Актуальность. Поражения миокарда занимают значительное место в детской кардиологии. Истинная частота миокардитов у детей неизвестна в связи с отсутствием единых диагностических критериев заболевания, даже с учетом патоморфологических данных и чрезвычайным разнообразием клинической симптоматики заболевания.

Миокардиты отличаются полиморфизмом клинической картины, нередко имеют тяжелое течение, склонны к рецидивам и переходу в хроническую форму, плохо поддаются лечению. Это позволяет считать неревматические кардиты одной из важных проблем детской кардиологии и возможным фактором риска в развитии сердечно-сосудистой патологии у взрослых [5].

Точные данные о распространенности миокардитов отсутствуют, поскольку в части случаев заболевание протекает латентно, без каких-либо значимых клинических проявлений. Диагностика затруднена выраженной вариабельностью клинических проявлений: от минимальных ЭКГ изменений до кардиогенного шока и внезапной смерти. Миокардит может быть причиной развития дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в 46% случаев у детей.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения у детей с миокардитом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет с разной степенью тяжести и длительностью течения заболевания. Всем наблюдаемым детям наряду с общеклиническими методами (общий и биохимический анализ крови) проводили рентгенографию грудной клетки, электрокардиографию, а также эхокардиографию.

Результаты и их обсуждение. При поступлении 20 пациентов составили дети раннего возраста, при поступлении у них наблюдались одышка, тахикардия, цианоз, отставание в физическом развитии, затруднение при кормлении, слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита вплоть до анорексии. У всех детей этой группы отмечалось острое и подострое течение миокардита

10 больных составили дети старшего возраста. У большинства из них отмечалась одышка, потливость, слабость и адинамия, боли в области сердца, кашель при перемене положения тела, появление отеков, боли в животе, тахикардия. У 7-х больных этой группы имели подострое, 3 хроническое течение.

При физикальном обследовании у всех наблюдаемых детей отмечались: положение ортопноэ (полусидячее); напряжение и раздувание крыльев носа, тахипноэ; тахикардия у детей раннего возраста, сердечный горб (при хр. миокардите); расширение границ относительной сердечной тупости влево при перкуссии; увеличение размеров и болезненность при пальпации печени; умеренное увеличение селезенки (характерно у детей раннего возраста); диспептические явления (понос, запор, тошнота, рвота), связанные с застоем крови в мезентериальных сосудах и застойным гастритом у детей раннего возраста; периферические отеки на стопах, затем на лодыжках, голенях, у лежачих больных - в области крестца, обычно увеличивающиеся к вечеру (чаще у детей старшего возраста, так как у детей первых лет жизни отеки могут быть не видны из-за высокой гидрофильности тканей); гидроторакс, асцит, обычно появляющиеся позднее, чем периферические отеки.

У детей раннего возраста при аускультации легких выявились влажные разнокалиберные хрипы в легких (начала в нижнебоковых отделах легких и/или преимущественно слева из-за сдавливания левого легкого увеличенным сердцем, затем над всей поверхностью легких) что позволило заподозрить пневмонию. При рентгенологическом исследовании характерные изменения для пневмонии не отмечены, лишь застойные явления.

При аускультации сердца отмечались приглушенность сердечных тонов, появление дополнительного тона III, мягкий систолический шум в 5 точке и на верхушке у большинства детей, лишь у 10 –ти детей отмечался систолический шум относительной митральной недостаточности.

Анализ данных ЭКГ показал различные патологические изменения процессов возбудимости, автоматизма, сократимости сердечной мышцы у больных детей. Из нарушений ритма преобладала синусовая тахикардия -100% (n=30) Часто наблюдались нарушения обменного процесса и проводимости по правой (n=16) и левой ножке пучка Гиса (n=

При длительном и тяжелом течении миокардита наблюдались признаки снижения электрической активности миокарда левого желудочка (36,6%) в виде снижения вольтажа зубца R в грудных отведениях (V₄, V₅, V₆) и синдрома нарушения реполяризации желудочков. Данный синдром характеризовался снижением процессов реполяризации в миокарде и выражался снижением, двухфазностью и сглаженностью зубца T, удлинением интервала Q-T, депрессией сегмента ST, которая выражалась в снижении его ниже изоэлектрической линии на 1-2 мм в левых грудных отведениях (в 90% случаев). Эти изменения были более выражены у детей с фазой декомпенсации и тяжелым течением заболевания и в большинстве случаев сочетались с низковольтажностью желудочкового комплекса. Пароксизмальная тахикардия наблюдалась у 26,7% больных, экстрасистолия отмечена у 40% больных с неревматическим кардитом. AV- блокада I и II степени была зарегистрирована в 30% случаев.

У всех больных исследованы показатели центральной гемодинамики методом эхокардиографии. При ЭхоКГ-исследовании у детей с острым кардитом документировано снижение фракции выброса левого желудочка до I – II степени (50-55%), что указывает на снижение сократительной способности миокарда у этой категории больных. Анализ эхокардиографических данных показал расширение полостей сердца у 22 обследованных детей (73,3%). У 17 больных (56,7%) обнаружено увеличение размеров левых отделов сердца, у 25 – конечно-диастолического (КДР) и конечно-систолического размера (КСР) левого желудочка (83,3%). Расширение полости правого предсердия и правого желудочка имело место у 6 детей (20%), умеренное увеличение КДР левого предсердия и правого желудочка – у 9 детей (30%). Гипертрофия миокарда левого желудочка отмечена у 26 детей (86,7 %), пролабирование митрального клапана – у 16 (53,3%).

При хроническом миокардите выявлены: значительная дилатация левого желудочка, резкое снижение фракции выброса, расширение правого желудочка, которое свидетельствует о срыве компенсаторных возможностей миокарда вследствие распространенного кардиосклероза, дилатация левого предсердия (90%), признаки относительной недостаточности митрального клапана (66,7%), гипокинезия как следствие выраженного снижения контрактильной способности миокарда (83,3%), наличие легочной гипертензии (46,7%). У 2 больных отмечено наличие тромба в просвете левого желудочка.

Дети с миокардитом получали терапию: сердечные гликозиды, гормоны, антибиотики, противовирусные препараты, метоболитная, симптоматическая терапии. На фоне лечения состояние больных улучшилось, уменьшались признаки нарушения гемодинамики (одышка, тахикардия), уменьшение размеров печени. Однако у 3-х детей с хроническим миокардитом гемодинамические показатели сохранялись длительно. У 3-х детей с острым миокардитом был летальный исход, причина которого явился тромбоэмболический синдром.

Выводы.

Таким образом у детей с миокардитом различной степени тяжести отмечались признаки нарушения гемодинамики в том числе изменения на ЭКГ в виде нарушения ритма и ЭХОКГ снижение фракции выброса левого отдела сердца и конечно диастолического размера левого желудочка у большинства больных а так же гипертрофия левого желудочка.

В результате проведенного лечения у большинства больных отмечена положительная динамика нарушений кровообращения.

В большинстве случаев у детей раннего возраста течение было острым и подострым. Подострое и хроническое течение миокардита требует длительное наблюдение кардиолога.

Литература:

1. Ивкина С.С. Неревматические кардиты у детей /С.С. Ивкина, А.И. Зарянкина //Учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов учреждений высшего медицинского образования, врачей-интернов, педиатров, врачей общей практики. - Гомель, ГомГМУ.- 2018.- 23 с.
2. Ровда Ю.И. Неревматические кардиты /Ю.И.Ровда //Мать и дитя в Кузбассе. -2006.- №1.- С.3-7.
3. Садыкова Д. И. Принципы медикаментозной терапии миокардитов у детей Д.И. Садыкова, Вестник современной клинической медицины, Выпуск № 3 / том 6 / 2013
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с миокардитами /под рук. Баранова А.А.- Москва, 2015.-24 с.
5. Шостак Н.А. Неревматические кардиты /Н.А. Шостак, А.А. Клименко, В.С. Шеменкова, Т.К. Логинова //Клини- цист. -2015. - № 3.- том 9.- С.46-51.

¹Хабибов И.М.,²Бердиев Р.Н.,³Вохидов А.

КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Таджикистан;

²ГУ МК «Истиклол». Таджикистан.

Актуальность. В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, отмечается высокий уровень рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС). Значимость проблемы становится еще более очевидной, если принять во внимание данные ВОЗ, согласно которым среди главных причин высокой перинатальной смертности и инвалидности с детства выделяют три: незрелость, врожденные пороки и асфиксия. Очевидна актуальность предотвращения рождения детей с пороками развития ЦНС, а также раннего выявления этой патологии для своевременной хирургической и терапевтической коррекции приобретает большую значимость. Большинство из них проявляется клинически в периоде новорожденности и в раннем детском возрасте. Главная причина трудностей интерпретации клинической картины неврологических расстройств у

больных с ВПР ЦНС заключается в высоком полиморфизме симптоматики. Низкая культура репродуктивного поведения женщин пагубно отражается как на здоровье самих беременных женщин, так и на здоровье их новорожденных детей.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и особенности ВПР ЦНС у детей в зависимости от возраста их манифестации.

Материалы и методы исследования. В объем исследований включалось 140 детей с ВПР ЦНС (основная группа) и 140 здоровых детей (контрольная группа). Ретроспективно был проведен анализ возможных факторов риска развития врожденных пороков центральной нервной системы. Во всех случаях изучались медикосоциальные факторы (всего 100), выявляемые в различные периоды, как до зачатия ребенка, так и во время беременности женщины. В процессе выполнения работы были использованы методы, включающие клиническое обследование пациентов, исследование неврологического статуса в зависимости от их возраста, инструментальную диагностику и биометрические исследования. Результаты подвергались статистической обработке по программе Statistica 6.

Результаты исследования и их обсуждение. Первоочередной задачей перинатологии является генетическое прогнозирование — определение вероятности появления новорожденного с наследственной болезнью, поскольку лечебные и реабилитационные мероприятия недостаточно эффективны (огромные затраты на диагностику и лечение этих больных не оправдываются в силу их тяжелых последствий для здоровья и огромного влияния на жизнеспособность). Так, на 10 млн населения ежегодно рождается 3–3,5 тыс. детей с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями.

Среди изучаемых групп были социально-экономические факторы, демографические, генеалогические, акушерские, материнские факторы, плодоматеринские, плацентарные, неонатальные и средовые факторы. Среди инструментальных методов обследования большое значение имели нейросонография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Диагностика ВПР ЦНС проводилась в соответствии с классификацией Г.И. Лазюка (1991), основанной на структурно-патогенетическом принципе [5].

Исследования показали, что группа новорожденных детей в большинстве случаев была представлена изолированными пороками развития, в числе которых ведущими были врожденная гидроцефалия ($37,0 \pm 14,5\%$), агенезия и гипоплазия мозолистого тела ($33,3 \pm 15,7\%$). В небольшом числе случаев выявлялись спинномозговые грыжи ($22,3 \pm 15,7\%$), другие пороки были представлены единичными случаями (черепно-мозговая грыжа, агирия). Сочетанные пороки развития, обнаруженные у новорожденных детей, были многообразны и представлены различными комбинациями. Самое частое выявляемое сочетание было представлено спинномозговой грыжей и пороком Арнольда - Киари II-го типа. Оно выявлялось в $41,7 \pm 20,1\%$ случаев среди новорожденных детей, имеющих сочетанные формы ВПР ЦНС. У детей с изолированными формами пороков ведущими были судорожный синдром ($59,2 \pm 11,9\%$), гипертензионно-гидроцефальный ($40,7 \pm 13,6\%$) и синдром двигательных нарушений ($40,7 \pm 13,6\%$). Реже встречались синдромы гипервозбудимости, общего угнетения ($22,2 \pm 15,7 - 29,6 \pm 15,2\%$). При анализе сочетанных форм пороков оказалось, что ведущим был синдром двигательных нарушений ($75,0 \pm 13,7\%$). Одинаковыми по частоте выявления являлись судорожный и гипертензионно-гидроцефальный синдромы, встречаясь в $58,3 \pm 17,4\%$ случаев среди сочетанных форм. Синдромы двигательных нарушений, гипервозбудимости, общего угнетения встречались реже ($15,6 \pm 14,8 - 31,3 \pm 14,0\%$). Среди сочетанных форм ведущим был синдром двигательных нарушений ($83,3 \pm 15,2\%$). Значимыми также являлись судорожный синдром и задержка психомоторного развития ($66,7 \pm 21,0\%$).

На протяжении 6 лет в Республике Таджикистан родилось всего 11320 детей с ВПР ЦНС, из них 9682 (85,4%) живорожденные, число антенатально погибших составило 1642 плода или (14,5%). Число живорожденных детей с ВПР ЦНС в 2021 г. уменьшилось Т/пр-13,3%. Соотношение числа мертворожденных к живорожденным составило 1:5,8.

Среди всех детей, родившихся с пороками ЦНС, на долю смертности детей в антенатальном периоде пришлось 16,3%; аномалии развития ЦНС, входящие в состав синдромов генной или хромосомой этиологии, в совокупности с неклассифицированными комплексами множественных ВПР (НК МВПР) является причиной существенно более тяжелого течения клинической картины, по отношению к изолированным порокам.

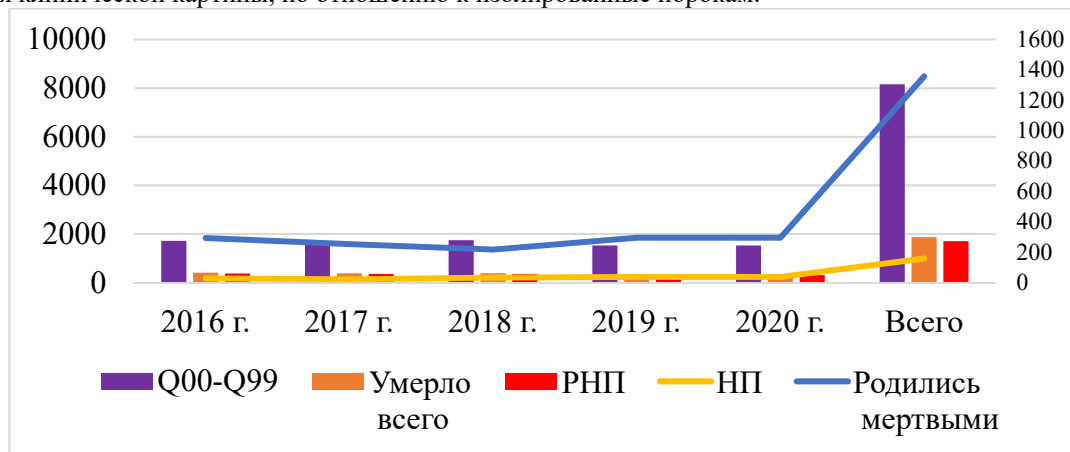


Рисунок 1. Сводные данные «Врожденные пороки развития, наследственные заболевания и хромосомные болезни (Q00-Q99)» за период с 2016 по 2020 гг.

Видимо это и обуславливает то, что каждый 5 ребенок из данной группы пороков, среди живорожденных детей, умирают в раннем неонатальном периоде (РНП), первые 168 часов жизни - 22,8%; тогда как более в позднем периоде,

к концу неонатального периода в возрасте от 0 до 28 дней в два раза ниже, показатель летальности - 11,7%.

Статистически достоверно ($P < 0,001$) число мертворожденных, превысило показатель умерших в неонатальном периоде в 1,9 раза, тогда как показатель РНС превысил число мертворожденных в 1,3 раза. Одна из причин мертворожденных заключалась в том, что среди данного контингента плодов частота ВПР была на порядок выше, по сравнению с живорожденными ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, в эпоху глобализации медицинских знаний и беспрецедентного развития медицинской технологии и фармакологии, врожденные пороки центральной нервной системы остаются важнейшим социально-значимым заболеванием. Существует необходимость глубокого изучения пороков ЦНС в целом, так как поиск рациональных, экономически обоснованных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий позволит снизить не только заболеваемость, но и летальность среди детского населения.

Список литературы

1. Рудых Н.А., Евдокимов В.И., Судакова Н.М., Романова Т.А., Нестеров В.Г., Чурносоев М.И. Исследование влияния генетических факторов на формирование врожденных пороков развития. / Н.А. Рудых, В.И. Евдокимов, Н.М. Судакова, Т.А. Романова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. -2019. -№4. -С.593-594.
2. Селютин М.Ю., Евдокимов В.И., Сидоров Г.А. Врожденные пороки развития как показатель экологического состояния окружающей среды. Научные ведомости Белгородского государственного университета. / М.Ю. Селютин, В.И. Евдокимов, Г.А. Сидоров // Серия: Медицина. Фармация. -2018. -№11. -С.173-177.
3. Бачина А.В., Громов К.Г., Глебова Л.А. Мониторинг за врожденными пороками развития у детей как индикативный показатель внешнесредового влияния на здоровье населения Кемеровской области. / А.В. Бачина, К.Г. Громов, Л.А. Глебова // Здоровье населения и среда обитания. -2019. -№7. -С.17-19.
4. Орынбасаров С.О., Надеев А.П., Залавина С.В. Неблагоприятные экологические факторы и перинатальная патология. Новосибирск: Наука, 2016.
5. Ерпулева Ю.В., Лекманов А.У. Современные проблемы нутритивной поддержки у детей в ОРИТ: Зачем? Когда? Сколько. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019; (3): 85—89

Хайдарова О. Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Актуальность. Сепсис представляет собой генерализованную форму гнойно-воспалительной инфекции бактериальной природы, вызванную полиэтиологичной условно патогенной микрофлорой, основным патогенеза которой является бурное развитие системной воспалительной реакции и развитие полиорганной недостаточности. Высокий удельный вес стафилококковой инфекции в структуре заболеваемости детей без выраженной тенденции к снижению определяет научную и практическую значимость изучения данной проблемы. Одно из ведущих мест в возникновении и распространении этой инфекции принадлежит морфологическому и функциональному несовершенству систем организма в раннем возрасте. Повышенная проницаемость клеточных мембран и биологических барьеров, характерная для маленького ребенка, облегчает проникновение в ткани и органы бактерий и токсинов и ведет, тем самым, к тяжелому расстройству одной или нескольких жизненно важных функций организма и нарушению метаболизма. Указанные обстоятельства в комплексе обуславливают оправданными усилия, направленные на совершенствование подходов к клинике, диагностике и терапии данного патологического процесса.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и лечения сепсиса у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 43 детей раннего возраста (от 1 мес до 2,5 лет). Больные находились на лечении в ГУ комплекса здоровья «Истиклол» в септическом отделении. Возрастные параметры имели колебания: от 1 мес до 3 месяцев - 10 детей (23%), от 3 мес до 6 мес - 21 (48%), от 6 мес до 1 года - 8 (19%) и старше 1 года - 4 (10%).

Диагностика различных клинических форм стафилококковой инфекции основывалась на комплексе клинко-лабораторных данных, динамика которых под влиянием проводимой терапии служила оценочным критерием эффективности лечения. Принималось во внимание: акушерский анамнез, клинические показатели (параметры физического развития, характер температурной кривой, выраженность токсикоза, локальные проявления болезни с указанием степени расстройства соответствующих органов и систем), показатели исследования периферической крови, мочи, биохимический анализ крови, бактериологические посевы крови (кровь на стерильность, ЦМВ-инфекцию, вирус герпеса), посевы кала и мочи, мазки из носа и зева у детей, рентгенография легких, а также посевы грудного молока и мазки из носа из зева у матерей.

Результаты исследования и их обсуждение. Из анамнеза заболевания было выявлено, что дети в основном болели с рождения, со слов матерей неоднократно находились на стационарном и амбулаторном лечении. С рождения дети получали антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры. Однако, когда ребенок поступал в стационар без обследования и состояние его не позволяло выжидательной тактики, терапию начинали с полусинтетических пенициллинов (ампициллин, оксациллин). Смена антибиотиков осуществлялась при отсутствии положительного эффекта в течение 2-3 дней терапии. Из анамнеза жизни выявлено, что дети были в основном от молодых родителей, из них двое детей от родственного брака. Пуповина отпала на 6-10-е сутки. На грудном вскармливании находилось 12 детей (27%), на искусственном 20 (47%), на смешанном вскармливании 7 (16%) и 4 детей (10%) получали стол А4. Около 2/3 больных (67%) находились на раннем искусственном и смешанном вскармливании. В данном случае со всей очевидностью сказывается отсутствие иммунобиологических факторов защиты, имеющихся в грудном

молоке (секреторного IgA, лизоцима и др.), так необходимых в раннем возрасте, когда система иммуногенеза чрезвычайно несовершенна. Коррекция детям в основном не проводилась, прикорм получали несвоевременно и непоследовательно. Клиническая картина заболевания характеризовалась сочетанием следующих симптомов: интоксикация (вялость, бледность, сухость кожи, анорексия, плохая прибавка массы тела, неустойчивый стул, субфебрильная или фебрильная температура, тахикардия, приглушение тонов сердца); отмечались такие очаги инфекции как бронхит, пневмония, гнойный отит, омфалит, энтероколит, пиелонефрит; изменение органов кроветворения (анемия) и костно-мышечной системы (рахит), нарушения обмена веществ (гипотрофия).

Со стороны лабораторных данных было выявлено: в общем анализе крови-анемия легкой и средне-тяжелой степени (Hb от 110 г/л до 70 г/л), лейкоцитоз (от 10 до 20 тыс.), умеренно ускоренное СОЭ (от 12 до 25 мм/ч). В биохимическом анализе крови отмечалась диспротеинемия у 13% снижение уровней кальция и фосфора у 57% детей. Почти у всех обследуемых детей высевалось: в посеве крови-staureus +цитомегаловирусная инфекция +герпес, в посеве кала-St.aureus +candida +E.coli +Klebsiella. В посеве из носа и зева-Staureus. Staureus высевался в грудном молоке матерей в 25% случаев и в 68% в бакпосевах из носа и зева. На рентгенограмме грудной клетке у 22% детей отмечалась картина бронхита или пневмонии.

Одним из важных звеньев в комплексном лечении больных с сепсисом являлась рациональная антибактериальная терапия, которая проводилась с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Наиболее часто использовались цефалоспорины: цефазолин, цефтазидин, цефтриаксон, а также меркапин и ванкомицин, к которым была выявлена чувствительность. Детям назначалась специфическая терапия: антистафилококковый гамма-глобулин, иммуноглобулин против цитомегаловирусной инфекции и вируса герпеса, антистафилококковая плазма, антистафилококковый бактериофаг. При наличии токсикоза с эксикозом проводилась дезинтоксикационная и регидрационная терапия, а также симптоматическое лечение.

Выводы. Таким образом, клиническая картина сепсиса протекала тяжелее у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном (гипотрофия, рахит, анемия). Эффективность лечения зависела от своевременно назначенного и правильно выбранного антибактериального препарата с учетом чувствительности выделенного микроба, использования максимально возрастных доз, а также проведения специфической терапии. С учетом индивидуального подхода необходимо проводить комплексную терапию не только детям, но и матерям, включая полноценную диету и обязательную активную иммунизацию стафилококковым анатоксином.

Список литературы.

1. Лекманов А.У., Миронов П.И. Сепсис в педиатрической практике — пора договариваться // Российский вестник перинатологии и педиатр. 2020. Т. 65, № 3. С. 131-137. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-3-131-137
2. Bone R.C., Balk R.A., Cerra F.B., et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine // Chest. 1992. Vol. 101. No. 6. P. 1644-1655. DOI: 10.1378/chest.101.6.1644
3. Goldstein B., Giroir B., Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics // Pediatr Crit Care Med. 2005. Vol. 6. No. 1. P. 2-8. DOI: 10.1097/01.PCC.0000149131.72248.E6
4. Weiss S.L., Fitzgerald J.C., Pappachan J., et al. Sepsis Prevalence, Outcomes, and Therapies (SPROUT) Study Investigators and Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI) Network. Global epidemiology of pediatric severe sepsis: the sepsis prevalence, outcomes, and therapies study // Am J Respir Crit Care Med. 2015. Vol. 191. No. 10. P. 1147-1155. DOI: 10.1164/rccm.201412-2323OC

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Обструктивный бронхит у детей – это воспаление бронхиального дерева вследствие отека бронхов, гиперсекреции слизи и развитием бронхоспазма, т. е. нарушением проходимости бронхов. Наиболее часто причиной обструктивного бронхита у детей первых 3 –х лет является вирусная инфекция (до 70% случаев). Немаловажную роль в развитии обструктивного бронхита у детей играет аллергический фактор, особенно у детей, страдающих пищевой аллергией и атопическим дерматитом. Морфологические и физиологические особенности строения респираторного тракта (узость дыхательных путей, слабое развитие дыхательной мускулатуры, мерцательного эпителия, эластической ткани, недостаточная активность местного иммунитета и податливость хрящевого каркаса)- способствуют к развитию обструктивного бронхита. Опасен он тем, что может часто вновь возникать и приводить к развитию бронхиальной астмы у детей.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и лечение острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ у 30 детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГУ МК « Истиклол». Возрастные критерии имели колебания: от 6 мес. до 1 года –6 (20%), от 1 года до 2 лет –10 (33%), и от 2 до 3 лет –14 (47%). Детям проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование: сбор анамнеза, физикальный осмотр (пальпация, перкуссия и аускультация легких), общий анализ крови, ПЦР и серологическое обследование на инфекции, инструментальные обследования-рентгенография легких.

Результаты и их обсуждения: при обследовании из анамнеза заболевания существенное влияние оказывало погрешности в питании, частые острые респираторно-вирусные заболевания у детей. Клиническая картина острого обструктивного бронхита зависела от этиологических факторов, тяжести заболевания и от преморбидного фона. Дети

поступали в стационар в основном со среднетяжелым и тяжелым течением, с явлениями дыхательной недостаточности. У 13 детей заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне (паротрофии). Признаки бронхиальной обструкции нередко развивались уже в первый день ОРВИ, реже на 2-3 день болезни. При осмотре наблюдалось шумное свистящее дыхание с удлиненным выдохом- экспираторная или смешанная одышка с участием вспомогательных мышц грудной клетки и брюшного пресса. Выражена тахипноэ, грудная клетка была вздутой. Перкуторно в легких отмечался коробочный звук, аускультативно на фоне ослабленного дыхания выслушивались рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Со стороны лабораторных и инструментальных методов исследования: в анализе периферической крови отмечалось небольшое увеличение СОЭ (10-15мм/ч), эозинофилия (до8%), лейкопения (6-8тыс). На рентгенограмме органов грудной клетки отмечались признаки вздутия легких: повышение прозрачности легочной ткани, горизонтально расположенные ребра, низкое расположение купола диафрагмы.

Лечение в большинстве случаев было симптоматическим: постельный режим до нормализации температуры тела; обильное питье (чай, отвар шиповника), отхаркивающие (алтейка йодид калия) и муколитики (бромгексин, амброксол), бронхолитики применялись при клинических признаках бронхиальной обструкции в виде ингаляций (через небулайзер, с помощью спейсеров). Использовали эуфеллин, сальбутамол, кортикостероиды и др. При наличии пищевой аллергии из диеты исключали продукты, вызывающие аллергию (цитрусовые, рыбу, шоколад, яйца, молоко и др). В тяжелых случаях использовали в/в капельное введение 2,4% раствора эуфеллина, из расчета 0,1мл на год жизни. Антибактериальную терапию назначали только по строгим показаниям: если температура не снижалась в течении 3 дней и более; нарастали признаки инфекционного токсикоза и дыхательной недостаточности, или имелись гнойные очаги инфекции.

Выводы. Таким образом, клинические проявления зависели от наличия преморбидного фона, тяжелее протекали у детей при хроническом расстройстве питания по типу паратрофии и при наличии аллергического диатеза. Лечение острого обструктивного бронхита было симптоматическим, антибактериальную терапию проводили строго по показаниям.

Список литературы.

6. Мизерницкий Ю.Л. Дифференциальная диагностика и принципы дифференциальной терапии бронхо-обструктивного синдрома при острой респираторной инфекции у детей //Земский врач. - 2017.-№3.- С.25-40.
7. Hancox R.J. Systemic inflammation and lung function: a longitudinal analysis / A.R. Gray,M.R.Sears , R. Poultonc // Respir. Med. – 2016. - P. 74–79.
8. Green C.E. The role of the endothelium in asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / C. E. Green,A.M.Turner // Respir. Res. – 2017. - № 1 (18). - P 148- 155.
9. Zielińska K.A., Endothelial response to glucocorticoids in inflammatory diseases / K.A. Zielińska , Van Moortel L // Front. Immunol. - 2016. – Vol .7, №592. - P. 458.

Ходжаева Н.М.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ "ТГМУ им. Абуалиибни Сино". Таджикистан

Актуальность. Ежегодно заболеваемость детского населения ОРВИ превышает суммарную заболеваемость всеми остальными инфекциями [1]. Заболеваемость у детей почти в 3 раза выше, чем у взрослых, а сама инфекция протекает тяжелее, элиминация вирусов из организма задерживается до 14 дней (у взрослых 4-6 дней).

Клинические симптомы респираторных вирусных инфекций у детей во многом похожи и проявляются различной по степени тяжести и длительности лихорадкой, интоксикацией, катаральным синдромом и поражением дыхательных путей. Однако различия симптоматики в зависимости от этиологии вирусного заболевания не всегда четко различимы, следовательно, практикующему врачу важно иметь в своем арсенале средства, одинаково эффективные для профилактики и лечения как гриппа, так и других ОРВИ [2].

Препараты этиотропного действия, избирательно подавляющие различные звенья репродукции вирусов без негативного влияния на клетки макроорганизма, наиболее предпочтительны, однако, имеют ряд ограничений к использованию в педиатрической практике, а именно - избирательная активность в отношении определенных вирусов, эффективность при назначении не позднее 48 ч от начала клинических симптомов заболевания, раздражающее действие на слизистую оболочку респираторного и пищеварительного тракта, возникновение тяжелых аллергических реакций вплоть до развития токсического эпидермального некролиза, а также высокая стоимость.

Основными патогенетически действующими группами препаратов являются интерфероны и их индукторы. Однако большое количество различных побочных эффектов, возникающих при использовании интерферонов, также ограничивает их использование в педиатрической практике. Лишены всех негативных эффектов интерферона препараты, относящиеся к группе его индукторов [3,4]. Индукторы интерферона представляют собой группу низко- и высокомолекулярных природных и синтетических соединений, которые «включают» систему эндогенного интерферона. В течение последних лет в лечении и профилактике большинства вирусных и бактериальных инфекций у детей широко применяется противовирусный препарат – Анаферон детский, действующим веществом которого являются сверхмалые дозы антител к γ -интерферону (ИФН γ) человека. Одним из основных механизмов действия Анаферона детского является регуляция системы эндогенных интерферонов, в частности ИФН γ , и экспрессия функционально сопряженных с интерферонами цитокинов – ИЛ2, ИЛ4, ИЛ6, ИЛ10[5].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность препарата Анаферон детский в комплексном лечении больных ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 48 больных ОРВИ в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, госпитализированных в детские инфекционные отделения ГМЦ г. Душанбе. По нозологиям больные распределились следующим образом: аденовирусная инфекция верифицирована у 12 больных, РС-инфекция – у 16 детей, парагриппозная инфекция – у 20. В исследование не вошли пациенты, требующие проведения неотложных мероприятий, получавшие другие противовирусные средства в течение последнего месяца перед включением в исследование, больные с хроническими заболеваниями, а также с проявлениями гиперчувствительности к любым компонентам лекарственного средства. В зависимости от метода терапии больные были разделены методом простой рандомизации на 2 группы: основную группу составили 24 ребенка, которым наряду с базисной терапией назначался препарат Анаферон детский по лечебной схеме: первые 5 приемов – по 1 табл. каждые 30 мин, затем по 1 табл. 3 раза в день – всего 8 приемов за первые сутки терапии, в последующие дни – 1 табл. 3 раза в день на весь период госпитализации. Группа сравнения (24 пациента) получали только базисную терапию. Группы были сопоставимы по степени тяжести ОРВИ (средней степени тяжести), полу, срокам госпитализации, началу терапии. Пациенты включались в исследование в острый период заболевания при наличии яркой клинической симптоматики. Эффективность лечения оценивали по длительности основных клинических проявлений заболевания (средняя продолжительность симптоматики в группах); у части пациентов исследовали показатели интерферонового статуса. Количественные данные обрабатывали методом вариационной статистики с определением средней арифметической, ошибки средней арифметической, критерия Стьюдента. Разницу между средними арифметическими считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Динамика основных клинических проявлений ОРВИ на фоне проводимой комплексной терапии представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика основных клинико-лабораторных симптомов ($M \pm m$)

Показатель	До лечения		На фоне проводимой терапии	
	Основная группа (n = 24)	Контрольная группа (n = 24)	Основная группа (n = 24)	Контрольная группа (n = 24)
Лихорадка	$3,4 \pm 1,1$	$3,3 \pm 1,2$	$1,2 \pm 0,3^*$	$2,3 \pm 0,4$
Интоксикация	$3,6 \pm 1,08$	$3,66 \pm 1,1$	$1,08 \pm 0,04^*$	$1,56 \pm 0,33$
Кашель	$2,86 \pm 0,34$	$3,06 \pm 0,13$	$1,95 \pm 0,02^*$	$2,2 \pm 0,1$
Насморк	$4,8 \pm 1,1$	$5,06 \pm 1,1$	$2,86 \pm 0,8^*$	$3,0 \pm 1,1$
Гиперемия зева	$5,6 \pm 1,2$	$5,66 \pm 1,1$	$2,98 \pm 0,38$	$3,6 \pm 1,05$
Конъюнктивит	$3,2 \pm 0,15$	$3,0 \pm 0,78$	$1,88 \pm 0,77^*$	$2,56 \pm 0,44$
Осложнения, %			-	$8,1 \pm 1,6$
Лейкоцитоз, $10^9/\text{л}$	$12,4 \pm 2,54$	$11,3 \pm 1,18$	$7,8 \pm 1,98$	$8,79 \pm 1,66$
СОЭ, мм/ч	$15,4 \pm 2,2$	$14,98 \pm 2,4$	$10,65 \pm 1,24$	$11,9 \pm 3,52$
IFN- γ , пг/мл	$20,66 \pm 8,30$	$19,89 \pm 9,03$	$26,78 \pm 9,05^*$	$22,66 \pm 8,97$

Примечание: * - различия до лечения и после лечения ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 1 на фоне проводимой терапии (с использованием Анаферона и базисной терапии) в обеих группах отмечалось клиническое улучшение – достоверно снижалась температурная реакция, уменьшались проявления интоксикации, выраженность катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Использование в комплексной терапии противовирусного и иммуномодулирующего средства приводило к более существенному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов ОРВИ по сравнению с контрольной группой: лихорадка, интоксикация, кашель и конъюнктивит.

Клинические проявления коррелировали с динамикой лабораторных показателей. На 7 день проводимой терапии у половины больных уменьшилось количество лейкоцитов, нормализовалась СОЭ. Клинико-лабораторное улучшение у больных основной группы наблюдалось на 2-й день лечения, в контрольной группе – 3-4-й день лечения. Средний койко-день у больных основной группы составил $5,32 \pm 0,4$, тогда как в группе сравнения $8,24 \pm 0,8$ ($p < 0,05$).

Исследование IFN- γ до лечения в двух исследуемых группах до лечения имело тенденцию к снижению, что свидетельствует о сдвиге баланса Th1/Th2-иммунного ответа в сторону Th2. Известно, что Th2-тип иммунного ответа способствует развитию тяжелых и осложненных форм болезни, отягощающих прогноз. После лечения в основной группе отмечается положительная динамика: достоверно повышается уровень IFN- γ , что свидетельствует о переключении иммунных механизмов на Th1-путь лимфоцитарных реакций.

Препарат Анаферон детский хорошо переносился больными, побочных явлений не отмечено ни у одного больного.

Выводы. Таким образом, препарат Анаферон детский в комплексной терапии больных ОРВИ позволяет добиться более раннего купирования основных клинических симптомов заболевания, улучшить лабораторные и иммунологические показатели, снизить частоту осложнений, сократить сроки госпитализации. Эффективность лекарственного средства возрастает при приеме в первые сутки от начала заболевания. Препарат не имеет противопоказаний и побочных реакций.

Список литературы.

1. Острая респираторная вирусная инфекция у детей: современные подходы к диагностике и лечению / А.А. Баранов [и др.] // Педиатрическая фармакология. - 2017. - Том 14. - № 2. - С. 100-108.
2. Особенности гриппа у детей, современные возможности лечения и профилактики / Ю.В. Лобзин [и др.] // CONSILIUM MEDICUM. - 2016. - Том 18. - №3. - С. 11-17.

3. Юдина, Т.М. Лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций у детей / Т.М. Юдина // Практика педиатра. - 2020. - №1. - С. 22-26.
4. Краснов, В.В. Эффективность рекомбинантного интерферона-альфа в лечении и профилактике ОРВИ / В.В. Краснов // Вопросы практической педиатрии. - 2016. - № 11 (4). - С. 44–52.
5. Шамшева, О.В. Анаферон - препарат выбора в педиатрической практике / О.В. Шамшева, Е.В. Новосад // Детские инфекции. - 2013. - №3 - С. 24-28.

Ходжаева Н.М., Файзуллоев Н.Ф., Маджонова М.Дж.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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

Актуальность.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) - наиболее часто встречающаяся инфекционная патология у детей и занимает одно из ведущих мест в структуре детской инфекционной патологии во всем мире. Как известно, дети до 17 лет переносят ОРВИ в 2,5-2,9 раза чаще, чем взрослые [1,2]. Клиническая картина ОРВИ независимо от патогенов имеет схожую симптоматику в виде катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей при повышенной или нормальной температуре тела с развитием патологических очагов на протяжении всего респираторного тракта. Анатомо-физиологические особенности детского организма способствуют более частому вовлечению в воспалительный процесс нижних дыхательных путей с развитием бронхита, бронхоолита и пневмонии. Наиболее часто бронхоолиты и пневмонии развиваются у детей первых пяти лет жизни.

Поражение нижних дыхательных путей у детей чаще всего вызывают респираторно-синцитиальный вирус, а также по данным некоторых авторов метапневмовирус и бокавирус [3,4]. Данным вирусам отводится огромная роль в развитии тяжелой острой респираторной инфекции у детей.

Цель работы: изучить клинико-лабораторные особенности острых респираторных инфекций у детей для проведения адекватной диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 455 детей с диагнозом "ОРВИ", госпитализированные в инфекционные отделения ГМЦ №1 г. Душанбе. Диагноз выставлен на основании клинической картины болезни и результатов исследования назо- и/или орофарингеальных мазков на респираторные вирусы, взятые в различные сроки от начала заболевания. Из 455 детей в у 57,1% диагноз подтвердился обнаружением вирусных патогенов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В зависимости от результатов вирусологического исследования выделено нами 3 группы детей: 1 группа - 160 пациентов с респираторно-синцитиальной вирусной инфекцией; 2 группа - 65 детей с гриппом; 3 группа - 35 детей - 35 детей с риновирусной инфекцией.

По стандартным протоколам диагностики и лечения детей с ОРВИ были проведены исследования общего анализа крови, биохимического анализа (С-реактивный белок), общий анализ мочи, посев отделяемого из носа и ротоглотки на флору и консультации узких специалистов по необходимости. При наличии показаний назначалась рентгенограмма органов грудной клетки и придаточных пазух носа.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлена с помощью модулей MicrosoftExcel и пакета программ StatSoftStatistica 7.0. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

В последние годы в результате проведенных исследований назо- или орофарингеальных мазков на нуклеиновые кислоты респираторных вирусов методом ПЦР вирусы выявлялись примерно у 25-30% исследованных мазков. Был проведен анализ подтвержденных случаев ОРВИ у детей, госпитализированных с целью оказания специализированной медицинской помощи в ГМЦ №1 г. Душанбе. Доминирующую позицию занимают два вируса: респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) и вирус гриппа. необходимо отметить, что по клиническим данным в достаточно большом проценте случаев встречаются и аденовирусы и вирусы парагриппа. Встречаются и сезонные коронавирусы с частотой выявления от 3,1% и более.

ОРВИ у детей чаще всего характеризовалась воздушно-капельным путем передачи, острым течением с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Однако у большинства обследованных детей (61,5%) с момента поступления выявлялись признаки поражения нижних дыхательных путей.

В клинической картине заболевания учитывались следующие симптомы: повышение температуры, катаральные проявления (ринорея, затруднение носового дыхания, кашель, осиплость голоса), признаки дыхательной недостаточности (цианоз, одышка, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, вынужденное положение тела), перкуторные и аускультативные изменения в легких.

В структуре поражения респираторного тракта по клинической характеристике было установлено достоверное доминирование поражения нижних дыхательных путей в 79, 1% ($n=360$) случаев по сравнению с развитием острой инфекции верхних дыхательных путей (у 20,9%; $n=90$) больных анализируемой группы при всех трех нозологических формах ($p < 0,001$).

При поражении верхних дыхательных путей отмечались проявления ринита, фарингита, тонзиллита. Нередко в воспалительный процесс вовлекались ЛОР-органы с развитием синусита в 1 группе в 2,5% ($n=4$) случаев, в 2 и 3 группах - в 30,8% ($n=20$) и 14,3% ($n=5$) случаев соответственно. Острый средний отит достоверно чаще диагностировали во 2 и 3 группе - 38,5% ($n=25$) и 25,7% ($n=9$) соответственно, по сравнению с 1 группой 13,3% ($n=22$) ($p < 0,05$).

Анализ клинических случаев выявил то, что во всех трех обследуемых группах (из числа подтвержденных слу-

чаев) установлены поражения нижних дыхательных путей в различном проценте случаев. Так, острый бронхит выявляли у 42,6% больных, бронхолит - у 40,4% и пневмония - у 16,9%. Существенных различий в частоте развития бронхита при всех трех инфекциях не установлено. При РСВ бронхит выявлен у 52 (32,5%) детей, при гриппе и риновирусной инфекции - у 36 (55,4%) и 23 (65,7%) больных. Острый бронхолит достоверно чаще диагностирован в 1 группе детей (50,0%, n=80) ($p<0,001$).

Рентгенологически подтвержденная пневмония установлена у 44 (16,9%) наблюдаемых больных и чаще при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (28 (17,5%)) и гриппе (14 (21,5%)) и соответственно.

Бронхообструктивный синдром (БОС) развился у половины обследуемых больных.

Для проведения адекватной терапии необходимо опираться не только на клинические и рентгенологические данные, но и на лабораторные признаки, в том числе на количество лейкоцитов и уровень С-реактивного белка. Согласно протоколам диагностики вирусных инфекций уровень лейкоцитов у детей $< 10 \times 10^9/\text{л}$, СРБ $< 20 \text{ мг/л}$ с высокой вероятностью свидетельствует о вирусном воспалительном процессе. Бактериальное поражение нижних дыхательных путей целесообразно при количестве лейкоцитов у детей $> 15 \times 10^9/\text{л}$ или $< 4 \times 10^9/\text{л}$, уровне СРБ в сыворотке крови $> 45-60 \text{ мг/л}$.

Количество лейкоцитов были достоверно чаще повышены при РСВИ более $12,0 \times 10^9/\text{л}$ у 14,4% (n=23), чем при гриппе и риновирусной инфекции ($p<0,001$). Лейкопения выявлена при гриппе только у 18,5% больных.

Уровень СРБ более 45 мг/л был повышен только в небольшом проценте случаев (8,7%). У большинства обследуемых больных СРБ менее 20 мг/л, значимых различий между уровнем СРБ в зависимости от этиологии не установлено ($p>0,05$).

Выводы.

Таким образом, ОРВИ в настоящее время сохраняют свою актуальность по удерживаемому уровню заболеваемости, особенно среди детей. Основными вирусными патогенами, которые выявляются у госпитализированных больных, являются респираторно-синцитиальный вирус и вирус гриппа. Немаловажную роль играют в сезон подъема респираторно-вирусных инфекций вирусы парагриппа и аденовирусы. В большинстве случаев острый бронхит и бронхолит связан с РСВИ и вирусом гриппа. Заболевание у половины обследуемых больных протекало с бронхообструктивным синдромом. Пневмония диагностирована в не менее 20% случаев. Исследование на уровень лейкоцитов и С-реактивного белка позволяет заподозрить в ранние сроки болезни вирусный генез поражения нижних дыхательных путей.

Список литературы

1. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. — М.; 2015. — 396 с.
2. Острая респираторная вирусная инфекция у детей: современные подходы к диагностике и лечению / А.А. Баранов [и др.] // Педиатрическая фармакология. — 2017. - №2. — С.100-109.
3. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review / M Thompson [et al.] // BMJ. 2013; 347:f7027. doi: 10.1136/bmj.f7027.
4. Заплатников, А.Л. Современные подходы к терапии ОРВИ и гриппа у детей / А.Л. Заплатников // Медицинский совет. — 2019. - №3. — с. 37-43.

Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж., Комилов И.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДА ДУШАНБЕ

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

Актуальность.

В настоящее время проблема коклюша вновь актуальна для практического здравоохранения всех стран мира. Несмотря на проводимую вакцинопрофилактику этого заболевания, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут. Рост заболеваемости коклюшем связан с нарушениями проведения профилактических прививок среди детей до 1-го года, медицинскими отводами от вакцинации, несвоевременностью начала проведения иммунизации. При этом увеличение количества манифестных форм коклюша создает условия для вовлечения в эпидемический процесс детей первых месяцев жизни, что сопряжено с увеличением тяжести течения заболевания и летальности, а атипичных, клинически невыраженных форм к отсутствию настороженности клиницистов к этой инфекции с первых дней болезни [1-3].

Цель исследования.

Учитывая вышеизложенное, **целью** нашего исследования явилось изучение клинических особенностей коклюша у детей в период подъема заболеваемости.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 150 детей коклюшем в возрасте от 1-го месяца до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в ГМЦ №1 имени К. Ахмедова г. Душанбе. Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение возбудителя коклюша в гор-татно-глоточных смывах и серологическими исследованиями).

Возрастной состав больных был распределен следующим образом: детей до 1-го года-66, от 1-3 лет – 44, от 4-7 лет-25, от 7-14 лет- 15.

Касаясь форм тяжести болезни у больных коклюшем, следует отметить, что у детей с легкой формой коклюша было-26 (17,3%), среднетяжелой формой -66 (44,0%) и тяжелой формой – 58 (38,7%) больных.

Как видно из приведенных данных, данная инфекция встречается практически у всех детей, независимо от воз-

раста, а также характеризуется, преимущественно, среднетяжелым и тяжелым течением, что согласуется с результатами исследований других клиницистов (2,3,5).

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что продолжительность инкубационного периода при коклюше у 120 (80,6% больных) в среднем составляла 7-8 дней, а у новорожденных детей у 30 (20,4% больных) укорачивался до 5 дней. Длительность предсудорожного периода колебалась от 3 до 14 дней. У больных до 1 года он был достоверно короче по сравнению с другими возрастными группами и составлял $6,5 \pm 0,34$ дней, а у детей старше 7 лет $9,3 \pm 0,34$ дней. Основным симптомом предсудорожного периода у всех больных был сухой навязчивый кашель с постепенным его усилением и приобретением характера спазматического на 2-3-й неделе заболевания, особенно в ночное время суток. Температура тела у большинства больных (94,6%) оставалась нормальной. Кратковременный субфебрилитет достоверно чаще регистрировался у детей в возрасте 7-14 лет и был связан с присоединением ОРВИ.

Следует подчеркнуть, что длительность предсудорожного периода зависела от тяжести коклюша. Дети первого года жизни, у которых этот период был короче, достоверно чаще переносили тяжелую форму коклюша, а у детей с длительным предсудорожным периодом заболевание чаще протекало в среднетяжелой или легкой формах. Основным клиническим симптом коклюша - приступообразный судорожный кашель отмечался у всех наблюдаемых нами больных. Максимальная частота приступов кашля колебалась от 7 до 30 раз в сутки. Кашель нарастал по частоте в течение 1-й недели судорожного периода, достигая максимальных значений на 2-й неделе. Длительность приступов кашля у 118 (78,8% больных) в среднем составляла от 2 до 4 минут у 118 (78,7%) больных, в зависимости от тяжести заболевания. С 3-й недели частота кашля снижалась.

У 120 (80,1%) наблюдаемых детей кашель сопровождался репризами. В разгар заболевания репризы отмечались при каждом приступе кашля, к концу судорожного периода на фоне ослабления кашля репризы становились менее выраженными и постепенно исчезали. Следует отметить, что у детей до 1-го месяца репризы не встречались.

Выделение вязкой слизистой мокроты после кашля наблюдалось у 116 (77,3%) детей. Наибольшее количество слизи отделялось в разгар болезни, при ослаблении приступов выделение ее прекращалось. Рвота после кашля наблюдалась у 78 (52,2%) больных. Она не имела постоянного характера, была не чаще 1-4 раз в сутки и отмечалась, преимущественно, у детей в возрасте от 1 года до 7 лет. У всех детей отмечались симптомы кислородной недостаточности различной степени выраженности: от бледности кожи до цианоза во время нарушения ритма дыхания. Цианоз губ и носогубного треугольника отмечался у 68 (45,3%) больных. Задержки дыхания (апноэ) наблюдались в основном у детей в возрасте до 3-х лет, достоверно чаще у детей до 1-го года. Расстройства дыхания в большинстве случаев (91,8%) наблюдались на 1-2 неделе судорожного периода и только у 18,1% больных в более поздние сроки болезни.

Судорожный синдром отмечался в среднем у 2,6% больных до 3-х лет. Судороги в основном регистрировались на 1-2 неделе судорожного кашля. Геморрагический синдром встречался нечасто и проявлялся в основном носовыми кровотечениями у 6 детей (4,5%) до 3 лет и у 4 детей (2,6%) старше 3-х лет - субконъюнктивальными кровоизлияниями. У детей первого года жизни геморрагический синдром не отмечался.

Анализ гематологических данных показал, что для коклюша характерны изменения со стороны крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз), который наблюдался у 96,6% детей. У 28,8% больных в гемограмме отмечались нейтрофилез, повышенная СОЭ. У 25,6% больных гематологические показатели существенно не отклонялись от возрастной нормы.

Выводы.

Таким образом, коклюш может встречаться во всех возрастных группах, включая и детей до 1-го месяца. Анализируя данные клинического течения коклюша, нужно отметить, что коклюш у детей сохраняет свою типичность, чаще протекая в среднетяжелой форме. Тяжелые формы чаще встречаются у больных первого года жизни, у которых предсудорожный период отмечается у всех больных, длительность которого достоверно короче у детей 1 года жизни, кашель имеет спазматический характер без реприз, тяжелые осложнения в виде гипоксической энцефалопатии, пневмоний.

Список литературы:

1. Попова, О. П. Современные аспекты коклюша у детей / О.П.Попова, А.В. Горелов. – 2017. – С.80.
2. Александрова, О. К. Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей Кубани / О.К. Александрова, Т.Н. Перепелкина, Л.В. Гусакова // Материалы IV ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням.- М., 2012. – С.14.
3. Учайкин, В. Ф. Руководство по детским инфекционным болезням / В.Ф. Учайкин. - 2014. – 576 с.

Ходжаева Н.М., Маджонова М.Дж., Умарова Г.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА В ТЕРАПИИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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

Актуальность. В настоящее время проблема коклюша вновь актуальна для практического здравоохранения всех стран мира. Несмотря на проводимую вакцинопрофилактику этого заболевания, интенсивность эпидемического процесса и показатели заболеваемости неуклонно растут, в связи с этим коклюш остаётся значимой причиной детской morbidity, летальности и серьёзной проблемой общественного здравоохранения во всём мире. Ежегодно в мире регистрируется около 60 млн случаев и умирает около 1 млн детей, преимущественно, в возрасте до 1 года.

Цель исследования. Целью нашего исследования является изучение клинических особенностей, а также терапия коклюша у детей раннего возраста на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 детей с коклюшем в возрасте от 1 года до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ГМЦ №1 имени К. Ахмедова

г. Душанбе в период 2017-2018 гг. Диагноз заболевания верифицирован клиническими, эпидемиологическими и лабораторными методами диагностики (обнаружение возбудителя коклюша в гортанно-глоточных смывах и серологические исследования) и проведением рентгенографии органов грудной клетки по показаниям.

Касаясь форм тяжести болезни следует отметить, что больные данного возраста поступали в стационар со среднетяжелой и тяжелой формой коклюша. Так со среднетяжелой формой коклюша было зарегистрировано-24 (80%) больных, и с тяжелой формой – 6 (20%).

Как видно из приведенных данных, среди этой возрастной группы коклюш характеризуется, преимущественно, преобладанием среднетяжелого течения болезни. Так как целью нашего исследования является также изучение эффективности индуктора интерферона в терапии коклюша, всем больным со среднетяжелой формой, наряду с базисной терапией, был подключен анаферон детский (в каплях). Анаферон детский назначался по 10 капель на прием. В первые сутки лечения: первые 2 часа по 10 капель каждые 30 минут, затем в оставшееся время еще 3 раза через равные промежутки времени. Со 2-х по 5-е сутки - по 10 капель 3 раза в день.

Результаты исследования. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что продолжительность инкубационного периода при коклюше в среднем составляла 7-8 дней. Длительность предсудорожного периода колебалась от 3 до 14 дней. Основным симптомом предсудорожного периода у всех больных был сухой навязчивый кашель с постепенным его усилением и приобретением характера спазматического на 2-3-й неделе заболевания, особенно в ночное время суток. Температура тела у большинства больных (94,6%) оставалась нормальной. Кратковременный субфебрилитет у детей был связан с присоединением ОРВИ.

Следует подчеркнуть, что длительность предсудорожного периода зависела от тяжести коклюша. У детей раннего возраста в связи с длительным предсудорожным периодом заболевание чаще протекало в среднетяжелой форме. Основным клиническим симптомом коклюша-это приступообразный судорожный кашель, который отмечался у всех наблюдаемых нами больных. Максимальная частота приступов кашля колебалась от 7 до 30 раз в сутки и напрямую зависела от тяжести коклюша. Кашель нарастал по частоте в течение 1-й недели судорожного периода, достигая максимальных значений на 2-й неделе. Длительность приступов кашля у детей раннего возраста в среднем составляла от 2 до 4 минут в зависимости от тяжести заболевания. С 3-й недели частота кашля снижалась.

У 24 (80%) наблюдаемых детей кашель сопровождался репризами. В разгар заболевания репризы отмечались при каждом приступе кашля, к концу судорожного периода на фоне ослабления кашля репризы становились менее выраженными и постепенно исчезали. Выделение вязкой слизистой мокроты после кашля наблюдалось у всех 30 (100%) детей. Наибольшее количество слизи отделялось в разгар болезни, при ослаблении приступов выделение ее прекращалось. Рвота после кашля наблюдалась у 13 (43,3%) больных. Она не имела постоянного характера, была не чаще 1-4 раз в сутки и отмечалась, преимущественно, после окончания кашля. У всех детей отмечались симптомы кислородной недостаточности различной степени выраженности: от бледности кожи до цианоза во время нарушения ритма дыхания. Цианоз губ и носогубного треугольника отмечался у 22 (73,3%) больных. Задержки дыхания (апноэ) наблюдались в основном у 24 детей. Расстройства дыхания среди детей данного возраста наблюдались в основном на 1-2 неделе судорожного периода.

Судорожный синдром в данной возрастной группе был зарегистрирован только у одного больного. Судороги были зарегистрированы на 1-2 неделе судорожного кашля. Геморрагический синдром встречался нечасто и проявлялся в основном носовыми кровотечениями у 4 детей (13,3%).

Анализ гематологических данных показал, что для коклюша характерны изменения со стороны крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз), которые наблюдались у 96,6% детей. У 28,8% больных в гемограмме отмечались нейтрофилез, повышенная СОЭ. У 25,6% больных гематологические показатели существенно не отклонялись от возрастной нормы.

Осложнения констатированы у 84% больных (бронхиты, очаговые пневмонии, энцефалопатии).

На фоне проводимой терапии отмечалось клиническое улучшение состояния. Включение в терапию противовирусного и иммуномодулирующего средства приводило к более существенному уменьшению продолжительности и выраженности основных клинических симптомов коклюша: частоты и продолжительности спазматического кашля, реприз, рвоты после кашля. На 7 день проводимой терапии у половины больных уменьшился лейкоцитоз, нормализовалась СОЭ. Клинико-лабораторное улучшение наблюдалось на $5,1 \pm 0,1$ день лечения ($p < 0,05$). Среднее количество койко-дней у больных составило $12,1 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Выводы. Анализируя данные клинического течения коклюша, нужно отметить, что коклюш у детей сохраняет свою типичность, среди детей раннего возраста чаще протекая в среднетяжелой форме, характеризуясь удлинённым предсудорожным периодом, кашель имеет спазматический характер с репризами, апноэ, рвоты после кашля и тяжёлые осложнения в виде гипоксической энцефалопатии, пневмоний, носовых кровотечений.

Таким образом, препарат анаферон детский в терапии больных коклюшем позволяет добиться более раннего купирования основных клинических симптомов заболевания, улучшить лабораторные показатели, снизить частоту осложнений, сократить сроки госпитализации.

Список литературы

4. Тимченко В.Н., Бабаченко И.В., Ценева Г.Я. Эволюция коклюшной инфекции у детей.-2005г, 105 стр.
5. Попова О.П., Горелов А.В. Современные аспекты коклюша у детей -2017г, 80 стр.
6. Александрова О.К., Перепелкина Т.Н., Гусакова Л.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика коклюша у детей Кубани // Материалы IV ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням.- М., 2012.-стр14.
7. Бабаченко И.В. Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у детей в современных условиях 2006, стр. 22-26
8. Учайкин В.Ф. Руководство по детским инфекционным болезням. 2002 г, стр. 576.

Ходжаева Н.М., Саидмуродова Г.М., Маджонова М.Дж.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. ВИЧ-инфекция (ВИЧ-И) продолжает оставаться серьёзной проблемой здравоохранения всех стран мира в силу удерживающегося распространения инфекции, как среди взрослых, так и среди детского населения. Инфицирование детей чаще всего происходит вертикальным путем передачи вируса, но не исключаются и парентеральный и половой пути передачи. Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку варьирует в различных странах. При отсутствии профилактических мероприятий в США частота передачи составляла 15-30%, в Африке - в интервале 40-50%, в Российской Федерации также отмечено увеличение числа детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией.

Развитие иммуносупрессии в ходе ВИЧ-инфекции за счет поражения вирусом Т-хелперов (CD4-лимфоцитов) способствует размножению ВИЧ и в тоже время происходит утрата способности иммунной системы контролировать репликацию других инфекционных патогенов, что ведет к присоединению оппортунистических инфекций бактериальной, вирусной, грибковой и протозойной этиологии [1-4]. Оппортунистические инфекции определяют симптоматику поздних стадий ВИЧ-И, усиливают иммуносупрессию и в итоге определяют неблагоприятный прогноз заболевания [2,3,5]. Изучение клинико-иммунологических характеристик ОИ в динамике ВИЧ-инфекции у детей представляется весьма актуальным в плане совершенствования их диагностики, лечения и профилактики.

Цель исследования. Представить клинические и иммунологические особенности некоторых оппортунистических инфекций у детей, инфицированных ВИЧ вертикальным или парентеральными путями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 детей с ВИЧ-инфекцией, инфицированных вертикальным и парентеральным путями в нозокомиальных очагах. В 1 группу вошли 12 детей, инфицированных ВИЧ вертикальным путем, во 2 группу - 33 ребенка, инфицированных парентеральным путем.

Диагноз ВИЧ-И у детей 1 группы подтверждался лабораторно по результатам двух положительных результатов обследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на выявление вирусной ДНК ВИЧ. Диагноз ВИЧ-И у больных 2 группы верифицировали обнаружением суммарных антител против ВИЧ методом ИФА (ИФА) с последующей детекцией антител к отдельным белкам и гликопротеинам вируса методом иммуноблота.

Клиническое и лабораторное обследование больных осуществляли 1 раз в три месяца. Лабораторное обследование включало исследование общего анализа крови, мочи, биохимическое исследование крови, по показаниям - рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию. Для диагностики ОИ проводили бактериологические, микологические и вирусологические методы исследования.

Количество CD4-лимфоцитов в крови определяли в реакции непрямой иммунофлуоресценции с регистрацией результатов на лазерном проточном цитофлуориметре. Степень иммуносупрессии определяли согласно классификации ВОЗ [5].

Результаты исследования и их обсуждение.

Клинико-лабораторное обследование показало, что у пациентов всех групп наиболее часто встречались ОИ бактериальной этиологии (табл.1).

Таблица 1.

Частота встречаемости оппортунистических инфекций у детей с ВИЧ-инфекцией с учетом пути инфицирования

Оппортунистические инфекции	1 группа		2 группа	
	n	%	n	%
Бактериальные инфекции	10	83,3	30	90,9
Туберкулез	1	8,3	4	12,1
Вирус простого герпеса	3	25,0	6	18,2
Цитомегаловирусная инфекция	6	50,0	22	66,7
Кандидоз	3	25,0	10	30,3
Пневмоцистоз	2	16,7	13	39,4
Лимфоидная интерстициальная пневмония	2	16,7	4	12,1
Генерализованные инфекции	2	16,7	10	30,3

Как видно из таблицы 1, в двух обследуемых группах констатируется высокая частота бактериальных инфекций (83,3 и 90,9% соответственно). Достаточно часто диагностировали цитомегаловирусную инфекцию (50,0 и 66,7% соответственно в 1 и 2 группах), кандидоз (рецидивирующий орофарингеальный кандидоз, кандидоз кожи и половых органов) в 25,0 и 30,3% случаев и инфекция простого герпеса (25,0 и 18,2% соответственно). Реже встречались туберкулез легких и внутригрудных лимфатических узлов, пневмоцистоз и лимфоидная интерстициальная пневмония. Генерализованные инфекции по частоте встречаемости чаще регистрировались в группе детей, заразившихся парентеральным путем.

Сроки клинической манифестации оппортунистических инфекций отличались от пути инфицирования. У детей, инфицированных вертикальным путем, показатель возраста в момент клинической манифестации для бактериальных инфекций, ЦМВИ, кандидоза и генерализованных оппортунистических инфекций (ОИ) колебался в пределах первых 12 месяцев жизни, для туберкулеза, пневмоцистоза и инфекции простого герпеса - в пределах 12-24 месяцев, ЛИП - в пределах 12-36 месяцев. У детей 2 группы оппортунистические инфекции развивались несколько позднее, чем при вертикальном пути инфицирования. Так, показатель срока клинической манифестации для бактериальных инфекций относился к сроку от 12 до 24 месяцев от момента инфицирования ВИЧ, для других ОИ - от 24 до 70 мес.

Частота и сроки клинической манифестации ОИ зависели от пути и возраста больных, а также от состояния иммунного статуса. Так, при заражении вертикальным путем клиническая манифестация ОИ происходила при более высоком уровне CD4-лимфоцитов Me 25% (20-35%) против 21% (19-23) во 2 группе ($p < 0.01$).

Выводы.

1. Частота и сроки присоединения ОИ зависят от пути передачи ВИЧ и от возраста пациентов.
2. При инфицировании ВИЧ вертикальным путем имеет место быстрое прогрессирование иммуносупрессии и клиническая манифестация ОИ при относительно высоком содержании CD4-лимфоцитов, что имеет риск раннего присоединения вирусных, бактериальных и генерализованных инфекций.
3. При инфицировании ВИЧ парентеральным путем имеет место медленное прогрессирование иммуносупрессии и позднее присоединение ОИ.

Список литературы

1. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2019 году. /Н.Н. Ладная [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2020. - №10 (3). - С. 17-26
2. Ермак Т.Н. Редкие оппортунистические поражения у больных ВИЧ-инфекцией, вызываемые простейшими /Т.Н. Ермак // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2020. - №10 (3). - С. 123-130
3. Особенности течения и терапии ВИЧ-инфекции у детей на ранних стадиях заболевания / Ж.К. Хакизimana [и др.] // Журнал инфектологии. - 2020. - №12 (2). - С. 131-141.
4. Современные рекомендации по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у детей и подростков / А.И. Мазус [и др.] // Лекции. -2018. - С.151-158
5. ВИЧ-инфекция у детей / А.Г. Рахманова [и др.] // Детские инфекции. - 2004. - №4. - С. 7-10

Ходжаева Н.Н., Боев Б.Х., Воспева Н.С.

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура - заболевание, характеризующееся изолированным снижением количества тромбоцитов (менее 100000/мм³) при нормальном или повышенном количестве мегакариоцитов в костном мозге и наличием на поверхности тромбоцитов и в сыворотке крови антитромбоцитарных антител, вызывающих повышенную деструкцию тромбоцитов. **Развитию ИТП у детей часто предшествует вирусная респираторная инфекция**, прививки и введение гамма-глобулина, хирургические операции и травмы, в 45% случаях заболевание возникает спонтанно без предшествующих причин.

Пик заболеваемости идиопатической тромбоцитопенической пурпурой приходится на возраст от 2 до 8 лет. У детей младше 2 лет заболевание характеризуется острым началом, тяжелым клиническим течением с развитием глубокой тромбоцитопении менее 20 000/мм³, плохим ответом на воздействие терапии и частой хронизацией процесса - до 30% случаев.

Термин «идиопатическая» указывает на спонтанное начало болезни и не идентифицированную до настоящего времени этиологию. В патогенезе идиопатической тромбоцитопенической пурпуры имеет ключевое значение иммунопатологический синтез лимфоцитами селезенки антитромбоцитарных аутоантител (IgG), которые фиксируются на различных рецепторах мембран тромбоцитов и мегакариоцитов, что подтверждает патоиммунную природу заболевания и гипотезу о первичной дисфункции лимфоидной системы при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре. Вследствие аутоиммунного процесса тромбоциты теряют адгезивно-агрегационные свойства и быстро гибнут, поглощаясь мононуклеарами в селезенке, а в более тяжелых случаях - в печени и других органах ретикуло-эндотелиальной системы.

Тромбоцитопения приводит к нарушению в тромбоцитарном звене гемостаза и способствует развитию геморрагического синдрома петехиально-пятнистого типа. Тромбоцитопения сопровождается ангиотрофической недостаточностью, что вызывает дистрофические изменения в эндотелии мелких сосудов и капилляров и приводит к снижению резистентности сосудистой стенки и повышению ее порозности для эритроцитов.

В качестве начальной терапии рекомендуется применение препаратов первой линии – иммуноглобулинов и преднизолона. Методы лечения второй линии следует применять только у пациентов с резистентной формы ИТП - у которых не достигнут ответ на терапию первой линии и с рефрактерной формы ИТП, при которой отсутствует непосредственный ответ на спленэктомии или ответ теряется после спленэктомии и заключается в проведение иммуносупрессивной терапии.

Цель исследования. Показать эффективность применения циклоспорина при резистентном и рефрактерном течении ИТП.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в детском гематологическом отделении НМЦ «Шифобахш» находились 6 больных с рефрактерной и резистентной ИТП, получившие более двух линий предшествующей терапии, из них 2 – после спленэктомии. В качестве предшествующей терапии применяли ГКС, иммуноглобулины, стимуляторы тромбопоэза и спленэктомию. При поступлении больные находились в тяжелом состоянии, обусловленном основным заболеванием, геморрагическим синдромом, проявляющимся в виде множественных петехиально-синячковых высыпаний на коже, кровоизлияний на слизистых оболочках, а также кровотечениями из носа и десен. Геморрагический синдром в свою очередь осложнялся анемией средней степени тяжести, который проявлялся бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, слабостью, быстрой утомляемостью, тахикардией, снижением аппетита. При объективном обследовании у 4 больных наблюдалась спленомегалия (увеличение селезенки на +2-3см).

Результаты исследования и их обсуждение. Всем пациентам были проведены комплексные лабораторно-

инструментальные методы исследования: гемограмма, пунктат костного мозга, биохимия крови, коагулограмма, анализ крови на оппортунистические инфекции, общий анализ мочи и кала. Результаты лабораторно-инструментальных данных: гемограмма (RBC– $2.5\text{--}3.3 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB– 94–102г/л, HCT– 29.5–31%, PLT– $12\text{--}14 \times 10^9/\text{л}$, MPV– 8.0фл, WBC– $5.6\text{--}6.1 \times 10^9/\text{л}$, СТЭ– 9–11мм/ч). Заключение миеелограммы: тип кроветворения нормобластический. Имеется много мегакариоцитов разной степени зрелости, либо единичные тромбоциты. Отшнуровка тромбоцитов слабо выражена. Коагулограмма (АЧТВ– 27–30с, ПВ–14–17с, ПТИ– 98–102%, МНО– 1.0–1.2, фибрин– 9–11мг, фибриноген– 2.75–3.2г/л). Биохимия крови (общий билирубин–16.0–18мкмоль/л, АлАт–26–28ед/л, АсАт–20–22ед/л, общий белок–58–67г/л). Анализ крови на оппортунистические инфекции – отрицательны. Общий анализ мочи и кала – без изменений.

Неэффективность стандартной терапии дала нам основание к назначению иммунодепрессантов. Циклоспорин принимали в дозе 5–6мг/кг в сутки каждые 12ч в течение 3–4 недель. Положительный эффект был достигнут у 5 больных (83,3%). Осложнения не наблюдались. Уровень тромбоцитов повысился до $90\text{--}100 \times 10^9/\text{л}$ (исходная концентрация тромбоцитов составляла $12\text{--}14 \times 10^9/\text{л}$). Больные наблюдались в течение 3 месяцев после приема препарата. Ухудшений не было, количество тромбоцитов сохранялось на достигнутом уровне.

Выводы. Наше исследование показало, что проводимая терапия с использованием препарата циклоспорин является эффективным методом лечения при резистентной и рефрактерной формах ИТП.

Список литературы.

1. Масчан Алексей Александрович, Румянцев Александр Григорьевич, Жуковская Елена Вячеславовна "Детская гематология. Клинические рекомендации"Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.
2. Мухаммадналиева Ф.А., К.И. Исмаилов. Клинико-иммунологические особенности течения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей //Ж. «Вестник Авиценны». –Душанбе.–2014. –No2. –С. 117–121.
3. Henry J. Kaminski (26 November 2018). Myasthenia Gravis and Related Disorders. Springer. p. 163. «Cyclosporine is derived from a fungus and is a cyclic undecapeptide with actions directed exclusively on T cells».
4. Provan D, Stasi R, Newland AC, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood. 2013 Jan 14.

Ходжаева Н.Н.¹, Исмоилов К. И.¹, Содиков Н.М.²

СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ПЕРИТОНИТОМ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

¹ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан.

²Медицинский центр «Фараби». Таджикистан.

Актуальность. В современной практике гематологии, так же, как и в других областях медицины, успешное лечение пациентов требует тесного взаимодействия специалистов разных медицинских направлений, включая детского гематолога, педиатра, хирурга, анестезиолога-реаниматолога и экспертов других медицинских дисциплин.

Острый лейкоз представляет собой одно из самых серьезных заболеваний, связанных с кроветворной системой, и сопровождается иммунодефицитом. В результате подавления иммунной системы у пациентов этой категории риски развития сопутствующих заболеваний и вторичных инфекций значительно увеличиваются. Под воздействием цитостатической терапии, которая подавляет кроветворение и изменяет воспалительный ответ организма, также нарушается целостность слизистых оболочек, что способствует росту риска инфекционных осложнений.

Важно отметить, что эффективное лечение острых лейкозов требует не только высококвалифицированного медицинского вмешательства, но и комплексного подхода, охватывающего как медикаментозное лечение, так и поддержку организма в целом. Постоянное мониторирование состояния пациентов, адекватная антибактериальная терапия и укрепление иммунитета становятся ключевыми элементами в управлении этими критическими состояниями.

Цель исследования. Данное научное исследование нацелено на оценку стратегии и методов ведения пациентов, страдающих острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), сопровождающимся острым аппендицитом и изолированной формой перитонита.

Материалы и методы исследования. В детское хирургическое отделение НМЦ «Шифобахш» поступил больной Шарифзода Мехриддин 08.01.2013года рождения с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Со слов матери, за три недели до поступления ребёнок находился в детском гематологическом отделении с диагнозом: Острый лимфобластный лейкоз, и выписался в клинику-гематологической ремиссии. Приступы начались за 2 дня до поступления в хирургический стационар.

Лечение на дому не проводилось. При поступлении состояние пациента тяжелое, обусловленное основным заболеванием и выраженной интоксикацией. Аппетит снижен. Температура тела 37.4С. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Подкожно-жировая клетчатка хорошо развита. Дыхание через нос свободное. При аускультации с двух сторон выслушивается везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные. Пульс 124 ударов/мин, АД 90/60мм.рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налётом.

Живот при пальпации болезненный, отмечается умеренное вздутие. Печень и селезёнка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, стула не было.

Результаты исследования и их обсуждение. Ребёнок был обследован. Результаты лабораторных методов исследования следующие: гемограмма (эритроциты – $3.66 \times 10^{12}/\text{литр}$, гемоглобин – 102г/л, гематокрит – 30%, лейкоциты – 6.3×10^9 , лимфоциты – 17.9%, гранулоциты – 71.2%) коагулограмма (АВР – 461, фибрин – 44г/литр, фибриноген – 976.8г/л, тромбо тест - 7ст, этанол тест – полож); биохимия крови (общий белок – 55г/л, альбумин – 33 г/л, общий билирубин – 11 мкмоль/л, бил. связ. – 3.0 мкмоль/л, бил. своб. – 8.0, АСАТ – 19ед/л, АЛАТ – 25 ед/л); общий анализ мочи (цвет – желтый, уробилиноген – 0.2 мг/дл, альбумин – 80 мг/л, белок – 0.066г/л, креатинин – 300 мг/дл, кальций – 40мг/дл, лейкоциты – 10–16–17 в.п.з.) копрограмма - без особенности.

Пациенту был выставлен диагноз «Острый аппендицит, осложнившийся изолированным перитонитом». Было проведено хирургическое вмешательство: лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование. Наряду с поддерживающей терапией основного заболевания, проводилось антибактериальное, дезинтоксикационное, посиндромное лечение.

Дальнейшая терапия и реабилитация проводилась совместно консилиумом врачей. В результате кооперированного лечения, пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.



Рис. Пациент после проведения лапаротомии.

Выводы. Медицинская практика подтверждает высокую эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов, страдающих гематологическими заболеваниями. Этот подход оказывает существенное воздействие на тактику обследования, лечения и реабилитации данной категории пациентов и имеет важное значение в их уходе и восстановлении.

Особое внимание уделяется индивидуальному подходу к каждому пациенту, учитывая особенности клинической картины и степень тяжести заболевания. Такой персонализированный подход способствует более успешному и быстрому восстановлению больных.

Список литературы.

1. Аманкулова А.А., Макимбетов Э.К. Лечение острого лимфобластного лейкоза у детей на современном этапе // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2020. № 1. С. 11-15.
2. Като М., Имамура Т., Дегучи Т. "Острый лимфобластный лейкоз у детей." Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
3. Морозов Д. А., Пименова Е.С., "Острый аппендицит у детей: Учебное пособие." ГЭОТАР-Медиа, 2022.
4. Муродов М.Д. Нарушения микрофлоры кишечника у детей при остром лимфобластном лейкозе / М.Д. Муродов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №2. - С. 7-15.
5. Demidowicz E., Pogorzala M., Lęcka M., et al. Outcome of Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia: Sixty Years of Progress.//Anticancer Res. - 2019. - V.39(9). - P.5203-5207.

¹Хокиров Д. С., ²Вохидов А.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ И НЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИ-ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Государственное образовательное учреждение Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, г. Душанбе, Республика Таджикистан; ²ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. В течение последних десяти лет отмечается бурное развитие акушерства и неонатологии, в тоже время, частота перинатальной патологии колеблется в пределах 15—50% и продолжает расти [1,3]. В структуре заболеваемости и смертности новорожденных продолжает сохраняться лидирующая позиция повреждения мозга гипоксически-ишемического характера и их последствия. Известным фактом остается то, что асфиксия в родах является зачастую продолжением гипоксии, начавшейся внутриутробно. Но в тоже время сочетанная (анте- и интранатальная) асфиксия/гипоксия приводит к гибели до 5% новорожденных [4,5], оказывая повреждающее действие на рост и развитие плода в целом, вызывает задержку внутриутробного развития, замедление роста и питания; неблагоприятно влияет на состояние отдельных органов и систем с разнообразной клинической картиной [2,4,5]

Наибольшую опасность и прогностическую значимость представляет ишемически-гипоксическое поражение центральной нервной системы (ЦНС), нередко являющееся причиной летальных исходов и играющее ведущую роль в дальнейшей дезадаптации детей и возникновении тяжелых инвалидизирующих заболеваний. Развитие в дальнейшем у детей, перенесших перинатальную гипоксию, широкого спектра психоневрологических и многочисленных соматических расстройств, приводящих к инвалидизации, социальной дезадаптации и сокращению общей продолжительности жизни, придает проблеме антенатальных гипоксически-ишемических повреждений медико-социальную значимость.

Цель исследования. Изучить факторы риска, течения пренатального периода, клинические проявления перенесенной антенатальной гипоксии у новорожденных при гипоксически-ишемических поражениях ЦНС.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГУ МК «Истиклол», г. Душанбе, обследованы 55 новорожденных, перенесших анте- и/или интранатальную гипоксию, рожденных и/или находившихся на выхаживании и лечении. Среди обследованных детей были (58%) мальчики, (42%) девочки. Из числа обследованных детей (62%)

родились доношенными и (38%) от преждевременных родов, причем 12,5% детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Каждый третий ребенок был извлечен посредством операции кесарева сечения (КС). В процессе исследования были использованы следующие методы: сбор и оценка анамнеза, осмотр неврологом и другими врачами-специалистами по показаниям, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, а также необходимые инструментальные обследования: нейросонография (НСГ) церебральных сосудов, электроэнцефалография, компьютерная томография.

Результаты исследования. У всех новорожденных было диагностировано перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза (рекомендации Общества специалистов по перинатальной медицине, 2002) как основное органное следствие перенесенной гипоксии.

Обследованные малыши были разделены по степени тяжести церебральной ишемии (ЦИ) на 3 группы. Первую группу составили 18 (32,7%) детей с легкой степенью ЦИ (I степень), вторую 15 (27,2%) новорожденных со среднетяжелой (II степень), в третью – 22 (40,0%) ребёнка с тяжелой (III степень) ЦИ. У всех детей с перинатальным поражением ЦНС гипоксически-ишемического генеза по типу церебральной ишемии (ЦИ) был подтвержден факт прямой зависимости выраженности ЦИ от тяжести перенесенной перинатальной гипоксии. Отягощенный анамнез, указывающий на перенесенную антенатальную гипоксию, у детей 1—3-й групп отмечался в 56,8; 78; 92% случаев соответственно. Наиболее значимыми экстрагенитальными факторами в развитии ЦИ оказались курение беременной женщины (F-0,94), нейроциркуляторная дистония (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы) (F-0,82); заболевания щитовидной железы (F-0,98); ожирение (F-0,98); сахарный диабет (F-0,76); бронхиальная астма (F-0,76) анемия (F-0,76); нарушения ритма (F-0,76). У детей с тяжелой ЦИ патология была сочетанной (2,8+1,2 заболевания на беременную женщину). Среди акушерско-гинекологической патологии важными факторами риска были аборт в анамнезе (F-0,99) и гестозы (F-0,96), а также кандидозный кольпит (F-0,94); инфекции, передающиеся половым путем (F-0,94); истмико-цервикальная недостаточность (F-0,87) и хроническая маточно-плацентарная недостаточность (F-0,71).

Распределение матерей по месту жительства (город–село) показало, что 60% из них проживают в городе, а 40% на селе. Большинство перечисленных факторов риска было более характерно для жительниц города, где среда обитания резко отличается по химическому загрязнению атмосферы (индекс загрязнения атмосферы в Душанбе является высоким), физическим факторам (высокие уровни шума, электромагнитные излучения). В настоящее время среди факторов среды обитания особенное место занимает автотранспорт, являясь одновременно источником как химического, так и физического загрязнения (например, в 2014 г. доля уровня шума в Душанбе, превышающего санитарные нормы, составила 6,7—13,9%). Последствия неблагоприятного воздействия автотранспорта наиболее характерны для территорий с интенсивным автомобильным движением. Важнейшим компонентом воздействия на организм городских жителей является шумовой дискомфорт, акустическое загрязнение всей городской среды носит глобальный характер и негативно влияет на все органы и системы человека.

Установлена обратная зависимость степени тяжести ЦИ и средней массы детей при рождении ($3\,075 \pm 130$ г при I степени ЦИ против $1\,701 \pm 120$ г при III степени, $p < 0,05$). Параллельно с утяжелением ЦИ нарастал и процент, и степень недоношенности (с 19,3 до 63,3% и с $1,0 \pm 0,1$ до $2,8 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, дети с тяжелой ЦИ, особенно недоношенные, чаще рождались с задержкой внутриутробного развития: 38% детей при III степени ЦИ против 9,0% при I степени ($p < 0,05$). Сатурация кислорода, по данным пульсоксиметрии, в первые сутки после рождения колебалась в широких пределах, составив $89,9 \pm 2,3\%$ у детей 1-й группы, $87,9 \pm 1,9\%$ во 2-й и $79,9 \pm 2,2\%$ – в 3-й группе. Представленность и выраженность метаболического ацидоза также были более высокими у детей с ЦИ III степени (30% при pH $7,2 \pm 0,1$) относительно новорожденных с ЦИ I степени (5% при pH $= 7,4 \pm 0,1$).

В остром периоде при ЦИ III степени у большинства новорожденных был диагностирован синдром угнетения, в 55% случаев были выявлены нарушения мышечного тонуса. Тремор конечностей наблюдался у 23% детей. Глазная симптоматика характеризовалась крупноразмашистым нистагмом у 3,3%, симптомом Грефе у 52,9% новорожденных. Исчезновение сосательного и глотательного рефлексов было отмечено у 38,2% детей, приступы апноэ у 41,2%. Выбухание большого родничка, судорожный синдром и кома диагностировались у 38,2% детей с массивными внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК).

По результатам НСГ выявились изменения различной выраженности (во 2-й и 3-й группах, как правило, сочетанные), соответствующие тяжести и длительности перенесенной перинатальной гипоксии. Отсутствие изменений отмечено только у 2,3% детей с ЦИ легкой степени. При доплерографическом исследовании у новорожденных с ЦИ I степени (1-я группа) выявлен механизм ауторегуляции церебральной гемодинамики. При этом основным показателем эффективности мозгового кровотока – индекс резистентности (RI) имел сильную положительную связь со степенью тяжести перенесенной гипоксии/асфиксии новорожденных по шкале Апгар (коэффициент Пирсона составил 0,97 при среднетяжелой гипоксии и 0,94 – при тяжелой).

Выводы. Установлено, что важнейшим предрасполагающим фактором развития антенатальной гипоксии плода является среднетяжелый и тяжелый гестоз (эклампсия) у матери. Перинатально гипоксически-ишемические поражения ЦНС имеют высокую зависимость от тяжести и длительности перенесенной (особенно внутриутробно) гипоксии, важнейшими факторами развития которой являются среднетяжелый и тяжелый гестоз (эклампсия и преэклампсия), а также сочетанная экстрагенитальная патология.

Список литературы.

1. Волосовец А.П. и др. Последствия перинатальных поражений центральной нервной системы: дискуссионные вопросы /А.П. Волосовец С.П. Кривопустов, И.А. Логинова, М.А. Шаколько //Здоровье ребенка. -2018. -№ 4 - С. 13—20.
2. Дегтярев Д.Н. и др. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями, реко-

мендованными Всемирной организацией здравоохранения: исторические, медико-экономические и организационные аспекты / Д.Н. Дегтярев, Е.Н. Байбарина //Журнал Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. Т. 56. -2013. -№ 6. -С. 6—10.

3. Кацова Г.Б. и др. Факторы риска формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков / Г.Б. Кацова Т.Н. Павленко, Е.А. Богданова //Здоровье населения и среда обитания. -2015. -№ 6. -С. 31—33.
4. Байбарина Е.Н. Состояние здоровья новорожденных, родившихся у женщин с плацентарной недостаточностью и инфекцией / Е.Н.Байбарина //Росс. вестн. перинатологии и педиатрии. -2019. -№ 5. -С. 14—19.
5. Котлукова Н.П. и др. Фетальные и неонатальные нарушения сердечного ритма и проводимости / Н.П. Котлукова, О.М. Хузина, В.Б. Немировский, Е.А. Матюнина //Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2007. № 2. С. 5—12.

Хотамова М.Н.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА

Кафедра детских болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуалиибни Сино

Актуальность. За последние 25 лет произошло глобальное изменение электромагнитной обстановки на Земле, которое связано с широким использованием беспроводной связи населением. Это в свою очередь значительно изменило ситуацию искусственного электромагнитного загрязнения внешней среды и методологию оценки рисков для здоровья населения.

Мобильный телефон – (МТ) это открытые источники электромагнитной радиации и являются доступными для всех групп населения. При использовании МТ происходит локальное облучение мозга и воспринимающих нервных структур рецепторов слуха и вестибулярного аппарата, находящиеся во внутреннем ухе непосредственно «под лучом». Впервые за весь период цивилизации головной мозг стал критическим органом, тогда как ранее головной мозг человека не подвергался облучению электромагнитным излучениям сверхвысоких частот (ЭМИ СВЧ). В настоящее время активным обладателем мобильного телефона становится ребенок. Дети и подростки попали в группу риска, к которой ранее относили только работающих специалистов - профессионалов по эксплуатации радаров и других СВЧ-источников промышленного назначения.

Вредное воздействие микроволнового излучения (МВИ), особенно на детей, является болезненным вопросом, и вызывает интерес не только у родителей, но и у ученых. Дети и подростки подвергают свой головной мозг хроническому электромагнитному облучению радиочастотного диапазона, не оценивая его возможную опасность. Их организм, в отличие от взрослых, более чувствителен к изменению любых факторов внешней среды.

Большое количество появившихся в последние годы публикаций о воздействии микроволнового излучения сотового телефона на здоровье пользующихся ими людей говорит о важности этой проблемы и необходимости ее обсуждения.

Установлено, что во время использования мобильного телефона непосредственному облучению ЭМП РЧ подвергается головной мозг пользователя, в частности кора, подкорковые структуры, и в первую очередь, рецепторные структуры вестибулярного и слухового анализаторов, а также структуры зрительного анализатора [3]. В частности, было показано, что максимальное значение поглощенной дозы (SAR) у ребенка практически в 2 раза выше, чем у взрослого и имеет большую глубину проникновения в структуры головного мозга [4]. Это обусловлено тем, что ткани мозга обладают более высокой проводимостью, кости черепа – тонкие; размер головы ребенка – меньше, чем у взрослого; ушная раковина мягкая, практически не имеет хрящевого слоя; головной мозг имеет высокую способность к накоплению неблагоприятных реакций в условиях повторных воздействий ЭМП РЧ [2].

По данным Американского онкологического общества, мобильные телефоны формируют риск возникновения опухолей мозга и других видов опухолей в области головы и шеи [2]. При исследовании установлено, что значение поглощенной дозы у ребенка практически в 2 раза превышает таковое у взрослого и имеет большую глубину проникновения в структуры головного мозга.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в Дании, Норвегии, Финляндии, Швеции и Юго-Восточной Азии, свидетельствуют о большей распространенности астроцитомы и акустической невриномы среди детей – активно пользующихся МТ (при длительности их использования более 10 лет). Особенно высокий риск развития опухоли мозга получен у детей, которые стали пользователями мобильных телефонов в возрасте 8-10 лет: у них риск возникновения опухоли мозга увеличивается до 5 раз[5].

При исследовании американскими учеными выявлено, что при контакте с МТ и при просмотре информации с экрана у ребенка интенсивнее вырабатывается дофамин, а общая реакция организма на количественное содержание дофамина снижается. Это в свою очередь, способствует формированию у них психологической зависимости от использования МТ [3]. Длительное использование МТ приводит к нарушениям психики, гиперактивностью, повышенной раздражительностью, снижением долговременной памяти и умственной работоспособности, нарушением коммуникативных способностей, расстройством сна.

При исследовании ученых Йельского университета (США) выяснилось, что излучение мобильных телефонов влияет не только на ткани человека, но даже на развивающийся эмбрион в утробе матери. Излучение влияет на развитие мозга плода, в результате рождаются гиперактивные дети, у которых проблемы с памятью и поведением[6].

Американские ученые провели эксперименты на мышах, которые во время беременности находились рядом с активированными аппаратами. В результате рождались мышата с признаками тревожности, гиперактивности, неадекватности. У тех животных, которые не имели контакта с мобильными телефонами, родилось вполне здоровое потомство.

Ученые считают, что именно массовое пользование мобильными телефонами в течение последних 20 лет привело к тому, что в мире стало больше детей с такими нарушениями, как синдром гиперактивности и дефицита внимания.

Шведские ученые доказали, что излучение мобильных телефонов постепенно разрушает важные клетки головного мозга. При потере МТ сети, он становится более вредным, так как начинает испускать сильные направленные потоки электромагнитных импульсов для ее поиска[4]. При этом мощность и частотность поискового сигнала значительно выше, чем при работе в обычном режиме. Эти импульсы попадают не только в воздух, но и в пользователя телефоном. Если телефон лежит в верхнем кармане пиджака или висит на шейном ремешке, то страдают легкие и сердце. У девушек может развиться мастопатия и даже перерождение ткани молочной железы. Если телефон висит на поясе или лежит в нижнем кармане, страдают печень и половые органы.

Некоторые страны уже запретили использование мобильных телефонов детьми, к числу таких относится, например, Франция, Канада, Малайзия и Нигерия, где технология и система здравоохранения находятся на очень высоком уровне[1,7].

На пути формирования и рождения здорового ребёнка много опасностей, и от ответственности родителей, частности матерей, во многом зависит не только здоровье их будущих детей, а в целом здоровье нации.

Выводы. На основе проведенных исследований можно отметить, что МТ в том виде, в каком она существует, вредна для детей. Однако, несмотря на вредное влияние МТ на здоровье людей, особенно детей, в настоящее время от нее очень трудно отказаться, следовательно, нужно пользоваться ей как можно меньше, особенно детям и молодым людям. Предпочтение отдавать проводным средствам связи.

Литература

1. Banning and unbanning phones in schools // World Bank Blogs. [Электронный ресурс]. URL: <https://blogs.worldbank.org/edutech/banning-and-unbanning-phones-schools>
2. Classifies radiofrequency electromagnetic fields as possibly carcinogenic to humans. Press release № 208. 31 May 2011. [Электронный ресурс]. URL: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/pr208_E.pdf
3. Gandhi P. d'Arsonval medal: address. Some bioelectromagnetics research at the University of Utah: acceptance speech on the occasion of receiving the d'Arsonval medal // Bioelectromagnetics. 1996. Vol.17. № 1. P. 3–9. [Электронный ресурс]. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/AAP.2001/13, CPS 2010>
4. Lennart Hardella, Michael Carlberga, Kjell Hansson Mild. Use of mobile phones and cordless phones is associated with increased risk for glioma and acoustic neuroma // Pathophysiology № 20 (2013). P.85–110. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0928468012001101>
5. Hardell L., Carlberg M., Sderqvist F., Mild H. Pooled analysis of case-control studies on acoustic neuroma diagnosed 1997–2003 and 2007–2009 and use of mobile and cordless phones // Int. J. Oncol. 2013. Vol. 43. № 2. P. 1036–1044. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.spandidos-publications.com/ijo/43/4/1036>
6. Lepp A., Barkley J. E., Karpinski A. C. The relationship between cell phone use and academic performance in a sample of U. S. college students // SAGE Open. 2015. № 1–9. DOI: 10.1177/2158244015573169
7. Cell phones in the classroom: learning tool or distraction // Oxford Learning. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oxfordlearning.com/should-cell-phones-be-allowed-classrooms/>

Исмаилов К. И., Хусенова М. С.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО ГОМЕОСТАЗА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

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

Актуальность. Профилактика и лечение железодефицитной анемии (ЖДА) у детей являются актуальными проблемами педиатрии ввиду не только их высокой распространённости, но и существенным неблагоприятным влиянием дефицита железа на состояние здоровья детей. Согласно оценкам специалистов ВОЗ, железодефицитная анемия составляет 88% всех анемий детского возраста. Так в Республике Таджикистан, по данным различных авторов, частота ЖДА колеблется от 43 до 76%. ЖДА – полиэтиологичное заболевание, возникновение которого связано с дефицитом железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь. В процессе последовательного истощения железа и развития железодефицитных состояний (ЖДС) у детей и взрослых можно выделить следующие этапы: предлатентный дефицит, латентный и явный дефицит железа (собственно ЖДА). [2,4].

Железо является обязательным и необходимым компонентом различных белков и ферментов, обеспечивающих необходимый уровень системного и клеточного аэробного метаболизма, а также окислительно-восстановительного гомеостаза организма в целом. С участием этого микроэлемента осуществляются такие биохимические процессы, как транспорт электронов (цитохромы, железосеропротеиды), транспорт и депонирование кислорода (миоглобин, гемоглобин). Железо участвует в формировании активных центров окислительно-восстановительных ферментов (оксидазы, гидролазы, супероксиддисмутазы). Дефицит железа у детей раннего возраста оказывает негативное влияние на формирование центральной нервной системы, способствует замедлению темпов психомоторного развития, а в школьный период ухудшению познавательных способностей и плохой успеваемости. [1,3,5].

Вышесказанное диктует необходимость изучения гомеостаза крови у детей с ЖДА, чтобы разработать методы диагностики и пути коррекции этих нарушений в комплексной терапии данной патологии.

Цель исследования. Изучить состояние функции внешнего дыхания и кислотно-основного гомеостаза крови у детей с железодефицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы исследования. Обследовано 36 детей с ЖДА в возрасте от 7 до 16 лет, которые получили стационарное лечение в детском гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шахраки Шифобахш». Все дети были распределены на 3 группы в зависимости от степени тяжести анемии (лёгкую, средней тяжести и тяжёлую). Контрольную группу составили 15 здоровых детей, приближённых к исследуемым по возрасту и полу. Всем детям с ЖДА при поступлении в стационар помимо рутинных методов исследования, было проведено исследование функции внешнего

дыхания (ФВД) и кислотно-основного состояния (КОС) крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди клинических синдромов наиболее значимыми для диагностики являются:

Сидеропенический синдром, включающий в себя все метаболические, адаптационные и функциональные нарушения в виде изменений кожи, волос, ногтей; нарушения функции желудочно-кишечного тракта; мышечную гипотонию; пристрастие к необычным запахам; извращение вкуса (стремления съесть что-либо малосъедобное).

Анемический синдром, проявляющийся дефицитом гемоглобина в эритроцитах и уменьшением количества эритроцитов в периферической крови, нарушением дыхательной функции крови, транспорта кислорода с развитием гемической гипоксии.

По тяжести состояния пациенты были разделены на 3 группы.

Первую группу составили 15 (41,7%) детей с анемией лёгкой степени. Клинически отмечались слабость, вялость, ухудшение аппетита, раздражительность, побледнение кожи и слизистых оболочек. В гемограмме количество эритроцитов колебалось в пределах $2,9-3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100-115 г/л, цветовой показатель 0,7-0,8. Остальные показатели периферической крови без выраженных изменений. Уровень сывороточного железа составил 8,0-9,0 мкмоль/л.

Во вторую группу входили 13 (36,1%) детей, у которых отмечались выраженные нарушения общего состояния: значительная вялость, апатия, адинамия, плаксивость, резкое снижение аппетита. Кожа сухая, волосы редкие, тусклые, тонкие. Язык обложен, отмечается атрофия сосочков. Тахикардия, на верхушке сердца, прослушивался нежный систолический шум функционального характера. В гемограмме количество эритроцитов составляло $2,3-3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 88-76 г/л, цветной показатель – 0,6-0,68. Уровень сывороточного железа составил 6,5-7,0 мкмоль/л.

Третью группу составили 8 (22,2%) больных. Клиническая картина тяжелой степени ЖДА у детей проявлялась резкой заторможенностью, отсутствием аппетита, запорами. У детей старшего возраста имела место геофагия – стремление есть мел, землю, глину. Кожа бледная с восковидным оттенком. Нередки изменения ногтей (койлоникии, истончение, слоистость) и волос (тусклость, аллопеция). В углах рта заеды, язык становится лакированным. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечалась тахикардия, систолический шум на верхушке сердца, хлопающий первый тон, яремные вены набухают. Нередко появляется одутловатость лица и пастозность нижних конечностей. Наблюдались следующие изменения в периферической крови: число эритроцитов составляло $1,7-2,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 65-70 г/л, цветной показатель 0,5-0,69. Уровень сывороточного железа значительно снижен по сравнению с нормой (4,8-5,5 мкмоль/л).

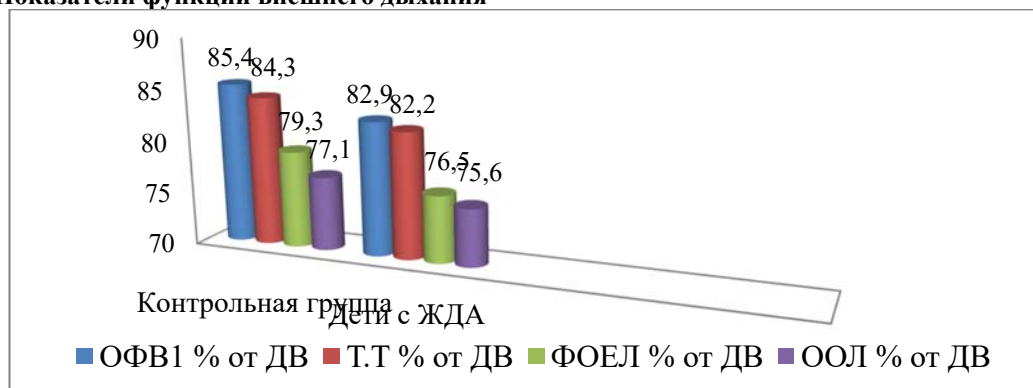
Таблица № 1. Содержание кислотно-основного состояния крови

Группа	pH	SB ммоль/л	pO ₂ мм.рт.ст	pCO ₂ мм.рт.ст
Контрольная группа (n=15)	7,35±0,01	23,5±3,4	91,2 ±0,18	35,4±0,17
I группа n=15 лёгкая степень анемии	7,36±0,01 P <0,05	22,3±2,8 P <0,05	83,2±0,14 P <0,05	36,5±0,15 P <0,05
II группа n=13 средняя степень анемии	7,33±0,02 P <0,05 P ₁ <0,01	20,8±1,4 P <0,05 P ₁ <0,01	79,3±0,15 P <0,05 P ₁ <0,01	37,8±0,13 P <0,05 P ₁ <0,01
III группа n=8 тяжёлая степень анемии	7,30±0,02 P <0,001 P ₁ <0,01 P ₂ <0,05	19,8±2,1 P <0,001 P ₁ <0,01 P ₂ <0,05	76,1±0,16 P <0,001 P ₁ <0,01 P ₂ <0,05	40,7±0,12 P <0,001 P ₁ <0,01 P ₂ <0,05

Примечание: P- достоверность разницы по сравнению с контрольной группой P₁ достоверность разницы показателей между I и II группами P₂ достоверность разницы показателей между II и III группами

При исследовании кислотно-основного состояния крови у детей с ЖДА выявили, что у детей с ЖДА лёгкой степени показатели КОС крови не отличаются от аналогичных показателей контрольной группы. (Таб.1). Показатели КОС крови у детей с ЖДА средней степени и тяжёлой степени тяжести значительно отличаются от аналогичных показателей у детей с ЖДА лёгкой степени и контрольной группы. У больных с ЖДА средней степени тяжести наблюдается снижение pH, SB, парциального давления кислорода и увеличение парциального давления углекислого газа, что способствует началу развитию метаболического ацидоза. У детей с ЖДА тяжёлой степени, исходя из результатов исследования, развивается компенсированный метаболический ацидоз.

Таблица 2. Показатели функции внешнего дыхания



При анализе данных спирографии выявили снижение ОФВ₁, Т.Т, ФОЕЛ, ООЛ у 8 больных с ЖДА тяжёлой степени по сравнению с аналогичными показателями детей контрольной группы. (Таб.2).

Выводы. Результаты исследования кислотно-основного состояния крови у детей с железодефицитной анемией в зависимости от степени тяжести анемии выявили различную степень гипоксии и гиперкапнии в сочетании со снижением рН, SB, что указывает на развитие метаболического ацидоза у детей с ЖДА тяжёлой степени. При анализе данных спирограммы у больных с ЖДА тяжёлой степени выявлена дыхательная недостаточность 2 степени. Из этого следует, что необходимо провести своевременную корригирующую терапию, для восстановления гомеостаза внутренней среды организма.

Список литературы.

1. Железодефицитные состояния у детей: современные аспекты проблемы, возможности первичной профилактики / Самороднова Е.А // Pediatrics. Consiliummedicum. - 2022.- №4.- С.302-308
2. Частота и факторы риска развития железодефицитных анемий у детей раннего возраста в городе Чебоксары /Иванова И.Е, Агандеева М.С, Родионов М.А // Практическая медицина. – 2015.-№7 (92).- С. 96-99.
3. Усовершенствование реабилитации детей с железодефицитными состояниями в условиях общеобразовательных учреждений /Шашель В.А, Бишенова А.А // Медицинский вестник Северного Кавказа. –2019.-№ 4 (14).- С. 695-697.
4. Латентный дефицит железа у детей и подростков: состояние проблемы и перспективы развития /Тарасова И. С, Чернов В. М // Педиатрический вестник Южного Урала.-2020.-№2.- С. 24-35.
5. Клинические рекомендации. Детская гематология / Под ред. Румянцев А. Г, Масчана А. А, Жуковской Е. В. — М.: ГЭОТАР – Медиа // 2015. – С.656билл.

Шарипов А.Д., Муродова М.К., Дустов Н.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОН-1 У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМИ ДИАТЕЗАМИ.

Кафедра педиатрии ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Актуальность. Лимфатико-гипопластический диатез - это аномалия конституции, наследственно обусловленная недостаточностью лимфатической системы, характеризуется стойким увеличением лимфатических узлов и вилочковой железы как основного органа, контролирующего созревание лимфоцитов, дисфункцией эндокринных желёз со сниженной адаптацией к воздействиям окружающей среды. Эти дети плохо переносят любые инфекционные заболевания, хирургические вмешательства. Данное состояние может привести к быстрому истощению надпочечников и развитию острой надпочечной недостаточности. Лимфатический диатез создает спешифический фон, на котором любое заболевание меняет своё течение и клиническую картину. Подобное состояние требует своевременной диагностики. Диагностика лимфатико- гипопластического диатеза базируется на основании клинических проявлений и подтверждается лабораторными маркерами и увеличением вилочковой железы при рентгенологическом или ультразвуковом исследовании. Дети с лимфатико – гипопластическим диатезом рождаются крупными, пастозными, легко теряют и набирают массу тела, тургор тканей и мышечный тонус у них снижен. Отмечается вялость и адинамия, стимулирующие отставание в психомоторном развитии, быстрая утомляемость, сниженное артериальное давление. Часты респираторные заболевания. Респираторные заболевания протекают с гипотермией, нарушение микроциркуляции и нейротоксикозом. Характерна опрелость кожных покровов. Таким образом, эти дети составляют группу риска, требуя особого наблюдения и лечения. Для повышения иммунной прослойки и повышения адаптации к воздействию окружающей среды для профилактики частой ОРВИ с тяжёлыми последствиями вводится иммунопрофилактика Вифероном - 1.

Цель исследования. Изучить эффективность Виферона-1 у детей со сниженной иммунной прослойкой против вирусно-респираторной инфекции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 25 детей, у которых был поставлен диагноз лимфатико-гипопластического диатеза по данным клинических проявлений (дети крупные, пастозные, легко теряют и набирают вес, снижение мышечного тонуса, вялость и адинамия) и подтверждёнными лабораторными маркерами и увеличением вилочковой железы при рентгенологическом или ультразвуковом исследовании в семейном центре Хамадонского района Хатлонской области.

Под наблюдением находились 25 детей от 6 - месячного возраста до 2 лет с лимфатико-гипопластическим диатезом. У 13 детей профилактически был применён Виферон-1 (содержит 150 000 МЕ интерферона в одной свече) в виде свечи 2 раза в день в течение 10 дней и в последующем через день по 1 свече 2 раза в сутки, затем в течение 1 недели через день по 1 свече на ночь и в последующем 1 свеча 2 раза в неделю в течение 6 недель. У 12 детей не проведено лечение Вифероном – 1.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате наблюдения в течение 1 года дети, которые получали Виферон-1 ОРВИ и кишечная инфекция переболели в 3 раза меньше, чем дети, которые не получили Виферон-1. Из 13 детей, которые получили Виферон-1, у 6 детей было по 3 раза ОРВИ, у 4 детей - по 4 раза в год ОРВИ и у 3-х детей по 5 раз ОРВИ. У всех детей, которые получали Виферон-1, заболевание протекало без осложнения, и нуждались в антибиотикотерапии 6 детей.

Дети, которые не получили Виферон – 1, у 8 было по 6-8 раза в течение 1 года ОРВИ, у 3-х детей было по 5 раз ОРВИ и у 1 ребёнка по 4 раза ОРВИ. Среди детей, которые не получали Виферон- 1, был у 4 –х детей обструктивный-синдром. Они лечились стационарно, у 2-х детей было явление пневмонии и 4 –го детей лечились амбулаторно. Среди них нуждались в антибиотикотерапии 8 детей.

Выводы. Применение Виферона-1 повышает иммунную прослойку детей с лимфатико-гипопластическим диатезом против ОРВИ в 3 раза и снижает риск осложнения ОРВИ на 50%.

Литература

1. Бочарова И.И., Кузьменко Л.Э., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф., Малиновская В.В., Сускова В.С., Абаева З.Р. Иммунокоррекция в неонатальном периоде. В книге «Иммунокоррекция в педиатрии», Изд-во «Медицина для всех», Москва, 2001, С.174-194.
2. Гатич Р.З., Колобухина Л.В., Исаева Е.И., Бурцева Е.И., Орлова Т.Г., Воронина Ф.В., Малиновская В.В. Эффективность Виферона при гриппе у взрослых больных. Русский медицинский журнал, 2004, Том 12, № 14, С. 898 -900.
3. Гатич Р.З., Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Исаева Е.И., Орлова Т.Г., Мешкова Е.Н. Терапевтическая эффективность виферона при гриппе, осложненном ангиной. В кн.: Клинические исследования лекарственных средств. III международная конференция, М., 2003, С.93-94.
4. Деньгин В.В., Деленян Н.В. Виферон: применение при инфекционно-воспалительных заболеваниях. Фарматека, 2005, № 12, С. 53-57.
5. Длин В.В., Шабалина Н.В., Горчакова Л.Н. Рекомбинантный 2-интерферон для профилактики рецидивирующей герпесвирусной инфекции у детей с гломерулонефритом, получающих иммунодепрессивную терапию Тезисы II Росс. Национального Конгресса «Человек и лекарство», М., 1995, С.309.

Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Пулатова Ф.Дж. ГИПОТРОФИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Актуальность. Гипотрофия у детей – хроническое нарушение питания, сопровождающееся недостаточным приростом массы тела ребёнка по отношению к росту и возрасту. Гипотрофия у детей выражается отставанием ребёнка в весе, задержкой в росте, отставанием в психомоторном развитии, недоразвитием подкожно- жирового слоя, снижением тургора кожных покровов. Гипотрофия является наиболее распространённым и значимым вариантом дистрофии, которому особенно подвержены дети первых 3-х лет жизни. Распространённость гипотрофии у детей в различных странах мира, в зависимости от уровня их социально – экономического развития, колеблется от 2 – 7 до 30%. О гипотрофии у ребёнка говорят при отставании массы тела более чем на 10% по сравнению с возрастной нормой. Гипотрофия у детей сопровождается серьёзными нарушениями обменных процессов, снижением иммунитета, отставанием психомоторного и речевого развития.

Внутриутробная гипотрофия у детей связана с неблагоприятными условиями, нарушающими нормальное развитие плода (токсикоз, гестоз, плацентарная недостаточность, преждевременные роды). Внутриутробная гипотрофия у детей раннего возраста может быть обусловлена эндогенными и экзогенными причинами. К причинам эндогенного порядка относятся хромосомные аномалии и врождённые пороки развития, ферментопатии (целиакия, дисахаридозная лактозная недостаточность, синдром мальабсорбции и др.), состояния иммунодефицита, аномалии конституции (диатезы). Экзогенные факторы, приводящие к гипотрофии у детей, делятся на алиментарные, инфекционные и социальные.

К развитию приобретённой гипотрофии склонны дети, часто болеющие ОРВИ, кишечными инфекциями, пневмонией, туберкулёзом и др. По выраженности дефицита массы тела у детей различают гипотрофию I (легкой), II (средней), и III (тяжелой) степени. О гипотрофии I степени говорят при отставании ребёнка в весе на 10 – 20% от возрастной нормы при нормальном росте. Гипотрофия II степени у детей характеризуется снижением веса на 20 – 30% и отставанием роста на 2 – 3 см. При гипотрофии III степени дефицит массы тела превышает 30% от соответствующего возрасту, имеется значительное отставание в росте.

В течение гипотрофии у детей выделяют начальный период, этапы прогрессирования, стабилизации и реконвалесценции. При гипотрофии I степени состояние детей удовлетворительное: нервно – психическое развитие соответствует возрасту, может иметь место умеренное снижение аппетита. При внимательном осмотре обнаруживается бледность кожных покровов, снижение тургора тканей, истончение толщины подкожно – жирового слоя на животе. Гипотрофия II степени у детей сопровождается нарушением активности ребенка (возбуждением или вялостью, отставанием моторного развития), плохим аппетитом. Кожные покровы бледные, шелушащиеся, дряблые. Отмечается снижение мышечного тонуса, эластичности и тургора тканей. Гипотрофия III степени у детей характеризуется резким истощением: подкожно – жировой слой атрофируется на всём туловище и на лице. Ребёнок вял, адинамичен, практически не реагирует на раздражители (звук, свет, боль), резко отстаёт в росте и нервно – психическом развитии. Кожные покровы бледно - серого цвета, слизистые оболочки сухие и бледные; мышцы атрофичны, тургор тканей полностью утрачен. Дети склонны к срыгиванию, рвоте, поносам, урежению мочеиспускания.

Цель исследования. Изучить уровень встречаемости гипотрофии у детей в Хатлонской области, а также описать современные методы диагностики и лечения этой патологии.

Материал и методы исследования. Наше исследование было проведено на основе историй болезни 854 стационарных больных Бохтарского региона Хатлонской области за 2021 год с отрицательным значением показателей Z – скор -3, -4 и с отёками (+) до (+++) по регионам.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведённый нами сравнительный анализ клинико – анамnestических данных выявил возраст исследуемых больных. Возрастная группа больных варьировала от новорождённых до детей 5 лет. Из общего числа поступивших больных (854) 574 детей представлены с гипотрофией I степени, 237 - с гипотрофией II степени, а остальные 43 больных - с гипотрофией III степени. Из 854 пациентов, которые были взяты на лечение, выздоровели 775 больных (90%), умерли 33 больных, что составляет 4%. Причиной смерти 33 детей явились недостаточность питания и сопутствующие заболевания. У 13 детей наблюдалась кишечная инфекция, у 10 детей – пороки развития органов и систем, у 10 детей – болезни органов дыхания и другие патологии. Родители 11 (1,3%)

больных детей отказались от госпитализации и лечения. По другим причинам было выписано 35 больных, что составляет 4,1%.

Пациенты, взятые на стационарное лечение, соблюдали диетотерапию смесями F – 75 от 2 до 7 дней до появления аппетита и уменьшения отёков. Также в лечение обязательно была включена витаминотерапия. Больным был назначен витамин А в дозе 200 000 МЕ, витамин D в дозе 400 – 500 МЕ детям до 1 года, фолиевая кислота в дозе 100 – 200 мг/кг. Следующий этап лечения включал смеси F – 100 до исчезновения отёков и увеличения массы тела до – 2Z. В дальнейшем рекомендовались периодические курсы массажа и лечебной гимнастики, а также лечебное питание в виде BP – 100. Питание должно быть сбалансированным, с преобладанием белковой и углеводной пищи. Из 775 больных улучшение состояния у 435 детей отмечалось в первые 7 дней, у 233 детей наступило на 14 сутки, у 107 детей положительная динамика наблюдалась на 25 сутки.

Выводы. После внедрения в практику лечения детей с недостаточностью массы тела и роста по шкале Z – скор специальных смесей F – 75 и F – 100 в комплексе с витаминотерапией, дезинтоксикационной терапией, симптоматической терапией наблюдалось улучшение в динамике роста и нарастания массы тела.

Список литературы.

1. Рахматуллоев Ш.Р. Национальное руководство по лечению больных со средней и тяжелой степенью гипотрофии.
2. Ш. Р. Рахматуллоев, С. И. Рахматуллоева, Х.Бойматова // 2018.Оказание стационарной помощи детям.
3. Диагностика и коррекция белково – энергетической недостаточности и нарушений трофологического статуса у детей / О.Н. Назеренко, К.В.Юрчик, В. В Дмитричко // 2020.
4. Белково – энергетической недостаточности у детей: особенности метаболизма и тактика ведения детей с гипотрофией / Ш.П. Валентиновия.

Шарипова М.М., Исмоилов К.И.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С БРОНХИОЛИТОМ И ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

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

Актуальность. БОС - достаточно часто встречается у детей, особенно у детей первых 3 лет жизни. На возникновение и развитие БОС оказывают влияние различные факторы и, прежде всего, респираторная вирусная инфекция. До настоящего времени нет четких данных о распространенности БОС при различной бронхолегочной патологии у детей, однако наибольшая частота БОС отмечается у детей дошкольного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма в этот период. Разноречивость сведений о частоте и структуре БОС обусловлена отсутствием единого подхода к дифференциальной диагностике, трактовке этиологии и патогенеза. Очевидно, что частота развития БОС зависит не только от возраста детей, но и от множества других факторов — экологических, эпидемиологических, социально-бытовых и др. Кроме того, БОС не всегда фиксируется в заключительном диагнозе и в этом случае не подлежит статистическому учету. В то же время наибольший интерес представляет частота тяжелых и/или рецидивирующих вариантов БОС, как правило, требующих госпитализации и проведения активной медикаментозной терапии. Частота развития БОС, развившегося на фоне инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей, у детей раннего возраста составляет, по данным разных авторов, от 5% до 40%. У детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии БОС, как правило, развивается чаще (в 30—40% случаев). Это также характерно для детей, которые часто (более 6 раз в году) болеют респираторными инфекциями. По нашим данным, частота БОС среди всего контингента больных раннего возраста (от 3 мес. до 3 лет), госпитализированных в соматические за последнее десятилетие возросла с 9,7% до 16,1%. У детей с острым инфекционным заболеванием нижних дыхательных путей БОС встречался у 34% пациентов, причем при бронхите в 3 раза чаще, чем при пневмонии. Повторные эпизоды БОС имели чуть меньше половины госпитализированных детей, из них большинство были в возрасте старше 1 года. Ежегодная заболеваемость на первом году жизни составляет около 11 случаев на 100 детей.

Основным кардиальным нарушением при БОС, является повышение давления в легочной артерии, главную роль в возникновении которого играет гипоксия, являющаяся следствием нарушения проходимости просвета бронхов. Повышение давления в малом круге кровообращения является немаловажным механизмом трансформации электромеханической активности сердечной мышцы. Актуальным вопросом остается оценка состояния малого круга кровообращения, систолической и диастолической функции сердца в разные периоды и степени тяжести БОС.

Цель исследования. Изучить особенности биоэлектрической активности миокарда у детей с бронхиолитом и обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 114 детей с бронхиолитом и обструктивным бронхитом, находившихся на стационарном лечении в ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» в отделении детей раннего возраста и детской пульмонологии с июня 2021 по июнь 2023 года. Кроме общеклинических методов исследования, проводили исследования биоэлектрической активности миокарда, методом электрокардиографии (ЭКГ) по общепринятой методике на аппарате “BIOCAREECT-1200” 2004г, в покое, синхронно в 12 общепринятых отведениях при скорости записи 50 мм/сек. ЭКГ записывали в состоянии покоя, в положении больного лёжа на спине. Полученные данные сравнивались со средними возрастными нормативами (Мурашко В.В., Струпинский А.В., 1991).

Полученные результаты обработаны с помощью программы «Statistica 6.0» (StatSoftInc., USA). Для сравнения двух независимых групп между собой использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Множественные сравнения зависимых выборок проводились по Н-критерию Крускала-Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Бронхиолит у детей часто начинался на фоне ОРВИ с катаральными явлениями: насморк, легкий кашель и повышение температуры, через день или два кашель усиливался и начиналась одышка (ДН

характеризующаяся тахипноэ, ретракцией или хриплым кашлем). У 30% детей развивалось обезвоживание в результате ограничения приёма пищи или рвоты. При физической нагрузке дыхание становилось поверхностным и неэффективным, что приводило к респираторному ацидозу.

Обнаруженные нами изменения показателей ЭКГ и их частота у детей с данными заболеваниями представлены в таблице 1.

Таблица 1-Электрокардиографические показатели у детей при БА

Показатель ЭКГ	Приступ бронхообструкции	После снятия приступа
Синусовая тахикардия	96,6 (84,73%)	56,6 (49,6%)
Уплотнение предсердного зубца «Р»	20,6 (18,07%)	11,3 (9,9%)
Снижение амплитуды зубца «Т»	41,2 (36,14%)	11,3 (9,9%)
Высокоамплитудный, куполообразный зубец «Т»	11,3 (9,91%)	-
Смещение сегмента «S-T»	49 (42,98%)	-
Частичная блокада правой ножки пучка Гиса	25,2 (22,1%)	-

При анализе электрокардиографических данных было выявлено существенное изменение биоэлектрической активности миокарда. Изменения сердечного ритма в виде синусовой тахикардии и тахикардии обнаружены у 57 детей (55,5%) во время приступа обструкции, у 66 детей (65,1%) после снятия приступа. Как известно, наличие синусовой аритмии –изменение, присущее и здоровым детям всех возрастных групп. Так, по данным М.К. Осолковой (1988), у здоровых детей в возрасте от 9 мес. до 16 лет синусовая аритмия встречается в 94% случаев.

Характеризуя основные зубцы ЭКГ, следует прежде всего, отметить деформацию и снижение амплитуды предсердного зубца. Деформация предсердного зубца регистрировалась во многих отведениях и выражалась в его зазубренности и расщепленности. На возможности расщепления зубца Р во II и III отведениях у здоровых детей указывали О.Г. Саломатина (1970), М.К. Осолкова (1988), объясняя это асинхронизмом возбуждения правого и левого предсердий.

Перегрузка правых отделов сердца была выявлена у 10 - (8,77%)– больных детей и проявлялась в виде подъема амплитуды зубца Р во II и III стандартных отведениях, avR, V1 и V2 грудных отведениях.

Уплотнение зубца Р обнаружено во время приступа бронхообструкции у 11 детей (9,64%). Выявленные изменения зубца Р объясняются присутствием дистрофических изменений в миокарде предсердий в следствии гипоксии.

Также обнаруживались патологические трансформации амплитуды зубца R до 35-40мм, RV5-RV6>RV4, при глубоком зубце S в отведениях V2-V3 (до 30мм) у 90 детей, что составляет (78,94%). В некоторых случаях выявлены нарушения атрио-вентрикулярной проводимости, которая проявляется в виде укорочения интервала P-Q, а также предсердные экстрасистолы.

У многих обследованных были обнаружены признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса, которые проявлялись в виде зазубренности зубца S в правых грудных отведениях. Значительное отклонение также наблюдалось в конечном зубце желудочкового комплекса. В левых грудных отведениях (V4-V6) в основном наблюдается смещение амплитуды зубца Т у 12 детей (10,52%). Наряду со снижением у 17 детей (14,91%) с БОС наблюдался высокоамплитудный, куполообразный зубец Т, так называемого «гипоксического» характера. Депрессия сегмента ST, выявлена после снятия приступа у 21 ребёнка (18,42%).

Выводы.Выявленные изменения зубца Т и сегмента ST свидетельствуют об отклонении метаболических процессов в сердечной мышце, об исходе дистрофических изменений в ней, в то же время и о возможных вегетативных и электролитных нарушениях. Анализ изменений ЭКГ в зависимости от периода болезни показал, что чаще встречается резкое снижение активности миокарда правого желудочка и увеличение электрической систолы, все указанное свидетельствует о развитии миокардиодистрофии, в следствии нарушения дыхательной функции при бронхобструктивном синдроме и тяжелой гипоксии.

Литература.

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник/ Р.М. Хаитов//– 3-е изд., перераб. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-496с.
2. Бушуева Э.В. Состояние сердца у детей, больных частыми респираторными заболеваниями//Бушуева Э.В., Соколова И.С., Бушуев В.И./Российский вестник перинатологии и педиатрии №3.-2016. С.245-246.
3. Subbotin S.V., Ponomaryova I.B., Byalovskiy Yu.Yu., Abrosimov V.N. Volumetric capnography to assess functional respiratory disturbances in patients with bronchial asthma. Sovremennyye tehnologii v medicine 2017; 9(3): 93–101.
4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2015 update).

Шарипова М.М., Мирзоев М.Н., Бустонов А.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра детских болезней №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Актуальность. Одним из наиболее распространённых заболеваний лёгких, представляющим значительную проблему, является бронхиальная астма. Обращает на себя внимание наметившаяся неблагоприятная тенденция: рост заболеваемости бронхиальной астмой, в том числе и в детской популяции. Социальная значимость бронхиальной астмы (БА) определяется не только её лидирующей позицией среди хронической бронхолегочной патологии, но и тенденцией к увеличению распространенности в детском и подростковом возрасте. Распространённость БА среди детей в разных странах варьирует от 1,5 до 10%. Расхождения с данными официальной статистики по обращаемости и результатами эпидемиологических исследований связаны с гиподиагностикой БА в различных возрастных группах. Болезнь может начаться в любом возрасте. У 50% больных детей симптомы развиваются к 2 годам, у 80%-к школьному

возрасту. Вовлечение сердечно - сосудистой системы в патологический процесс при бронхиальной обструкции является патогенетически обусловленным и во многом определяющим тяжесть течения и прогноз заболевания. В тоже время, несмотря на очевидную значимость, данный аспект проблемы не подвергался специальному, скрупулезному изучению.

Цель исследования. Изучение морфометрических параметров сердечно – сосудистой системы у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты исследования 43 детей с БА, в возрасте от 5 до 14 лет. Из них мальчиков 23(53,5%), девочек 20(46,5%). Обследуемые проходили лечение в пульмонологическом отделении ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». В зависимости от возраста дети были разделены на 2 группы: 1-группа дети от 5 до 10 лет (29-детей), 2-группа дети 11-14 лет (14-детей). Контрольную группу составили 30 здоровых детей соответствующего возраста, из них 18 детей от 5 до 10 лет и 12 детей 11-14 лет.

Ультразвуковое исследование сердца, проводилось на приборе Vivad 3 (General Electric, США), с секторным датчиком 2,5-5,0 МГц в двумерном М-режимах, импульсноволновом и цветовом вариантах доплерометрии, с применением стандартных трансоракальных доступов, по общепринятым методикам. Все планиметрические измерения проводили по общепринятым методикам с последующей интерпретацией по центильным нормативным таблицам. Определяли конечный систолический и диастолический размеры левого желудочка (КСР, КДР), толщину межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка в диастолу (МЖП, ЗСЛЖ), толщину передней стенки правого желудочка (ТПЖ), размеры левого и правого предсердий (ЛП, ПП), диаметры корня аорты и легочного ствола (Ао, ЛА). Для оценки общей сократимости миокарда желудочков использовали расчет фракции выброса (ФВ) по формулу Teichholz в М-режиме $ФВ = (КДО - КСО) / КДО$, где КДО - конечный диастолический объём, КСО - конечный систолический объём. Оценка диастолической функции (ДД) желудочков производилась при частоте синусового ритма, позволяющей идентифицировать два пика движения клапанных створок. Контрольный объём (PW) устанавливался последовательно на уровень концов створок митрального и трикуспидального клапанов в апикальной четырехкамерной позиции, измеряя следующие показатели: максимальную скорость раннего диастолического наполнения (пик Е), скорость предсердного наполнения (пик А), соотношение величин Е/А, время замедления раннего диастолического наполнения (DT), время изоволюметрического расслабления (IWRT). В зависимости от полученных результатов изучали варианты диастолической дисфункции (ДД). В качестве критерии ДД типа «замедленная релаксация» использовали величину соотношения Е/А меньше 1, удлинение IWRT более 110 мс. переходный «псевдонормальный» тип ДД определяли по увеличению значений скорости пика Е, уменьшению показателя пика А, увеличению соотношения Е/А больше 1,6, укорочению IWRT меньше 70 мс и время DT меньше 150 мс. Второй – «рестриктивный» тип ДД устанавливали при сокращении показателя IWRT меньше 60мс, повышении пика Е и снижении А, увеличении соотношения Е/А больше 2, сокращении времени DT меньше 150 мс. Для оценки уровня физической работоспособности, как интегрального показателя функциональных возможностей организма, и в первую очередь, сердечно – сосудистой системы, обследовали детей с БА в постприступном и в межприступном периодах, с использованием теста PWC 170.

Полученные результаты обработаны с помощью программы Statistica 6.0. При нормальном распределении достоверность различий вычисляли по критерию Стьюдента ($p < 0,05$), в остальных случаях использовали непараметрический метод Манна Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ показателей систолической функции левого желудочка показал, что на фоне обострения БА у детей 5-10 лет регистрируются увеличение показателей сердечного выброса (табл. 1). Однако эти изменения не были достоверными в сравнении с группой контроля ($p > 0,05$) за исключением ЧСС ($P < 0,05$). У детей в период обострения заболевания сопровождается отчетливым формированием гиперкинетического синдрома в виде достоверно значимого прироста МОК, ЧСС, ФВ, что подтверждает известный факт симпатической активации в приступном периоде БА [6]. Исследование внутрисердечной гемодинамики выявило наличие клапанной дисфункции преимущественно в группе 11-14 лет. Регургитация 1-2 степени на трикуспидальном и легочном клапанах регистрировалась в 20 случаях (46,5%), что достоверно чаще ($P < 0,05$), чем в младшей группе.

Показатели диастолической функции характеризовались значительным диапазоном колебаний значений скорости кровотока на створчатых и полулунных клапанах у всех пациентов в периоде обострения БА. Сравнительный анализ показателей трансмитрального потока достоверных различий в группах здоровых и больных детей не выявил, что свидетельствует о сохранении «активных» и «пассивных» эластических свойств миокарда, обеспечивающих адекватную релаксацию ПЖ в периоде обострения заболевания. Обращало на себя внимание то, что при обострении БА отношение доплерометрических скоростей Е/А на МК превышало 1,0, достигая в ряде случаев величины 1,4. у четырех детей 11-14 лет стаж заболевания которых варьировал в пределах 6-9 лет, выявили формирование ДД левого желудочка по типу «замедление релаксации». Оценка показателей транстрикуспидального потока показала достоверное повышение скорости позднего диастолического потока на ТК у пациентов с БА ($ТК А = 0,59 \pm 0,02$ м/с) по сравнению с контрольной группой ($ТК А = 0,49 \pm 0,02$ м/с, $p < 0,001$), что говорит о значительном увеличении нагрузки на ПЖ в приступном периоде заболевания, предрасполагающей к снижению эластических свойств миокарда ПЖ. У 18 пациентов коэффициент ТК Е/А не превышал 0,9, причем большинство из них испытывали тяжелое удушье (46,0%) или приступ средней степени тяжести (23,0%). Подтверждение этому является достоверно значимое отличие значений Е/А на ТК в группах больных и контрольной группе ($p < 0,001$), причем выявлена тенденция к снижению этого показателя при увеличении тяжести состояния больного [ТК Е/А в первой группе – $1,30 \pm 0,35$, тогда как в контрольной группе – $1,56 \pm 0,27$ ($p < 0,001$) и ТК Е/А во второй группе – $1,39 \pm 0,4$, а в контрольной группе – $1,65 \pm 0,35$ ($p = 0,018$)].

При оценке состояния малого круга кровообращения немаловажное значение имеет определение скорости кровотока и давление в ЛА. Диагностически значимым гемодинамическим признаком легочной гипертензии является повышение среднего давления в ЛА свыше 25 мм рт. ст. [6]. У больных в периоде обострения заболевания, этот показатель не имел достоверных отличий от контрольной группы, и их средние значения составили $6,246 \pm 2,95$ мм рт. ст. В

тоже время у 14 пациентов в возрасте 11-14 лет скорости максимального кровотока на ЛА превышали таковую в контрольной группе. Это имело патогенетическое обоснование: у пациентов с бронхообструкцией в гиповентилируемых участках легких возникает гипоксическая вазоконстрикция, которая приводит к повышению сопротивления в легочных сосудах. Гипертонус легочных сосудов является главным фактором, определяющим развитие легочной гипертензии. Повышение скорости кровотока, а соответственно и давления в ЛА приводит к систолической перегрузке и нарушению диастолической функции ПЖ.

Таким образом, проведенные нами эхокардиографические исследования показали, что у детей в различные периоды бронхиальной астмы особенно в приступном периоде наблюдается тенденция к изменению морфометрических и функциональных параметров сердца. Интенсивность и частота этих нарушений более выражены у детей второй группы, т.е., в возрасте от 11 до 14 лет.

Выводы.

1. Нарушение систолической функции желудочков у детей с БА в периоде обострения характеризуется формированием гиперкинетического синдрома (56,7%) с различными вариантами клапанной дисфункции (23,2%).

2. У детей страдающих БА более 6 лет в 12% случаев выявляются изменения диастолической функции ЛЖ и ПЖ по типу «замедленной релаксации», которые выражаются в постепенном перераспределении трансмитрального и транстрикуспидального потока в пользу фазы систолы предсердий, увеличении времени изометрического расслабления.

Литература

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». -4-е изд., перераб. и доп.-М.Оригинал-макет,2012.-184с.
2. Баранов В.Л. Сравнительная характеристика доплерографических исследований в оценке диастолической функции больных бронхиальной астмой/В.Л. Баранов, М.А. Харитонов, М.И. Хрусталева//пульмонология.-2008.-№2.-С.20-24.
3. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов/по ред. О.Ю. Атьюкова.-М.:Эксмо,2009.-398с.
4. Воробьев А.С. Амбулаторная эхокардиография у детей. Руководство для врачей/А.С. Воробьев.-СПб.:СпецЛит,2010.-543с.
5. Лебеденко А.А. Нейрогуморальные аспекты обострения бронхиальной астмы у детей/А.А. Лебеденко, О.Е. Семерник// Пульмонология.-2013.-№5.-С.36-39.
6. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика : национальная программа. 4-е изд., испр. и доп. М. : Атмосфера, 2012. 108 с.
7. Вишнева, Е. А. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе/ Е. А. Вишнева, Л. С. Намазова-Баранова, А. А. Алексеева // Педиатр. фармакология. 2013. Т. 10, № 4. С. 1–12.

Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Касымова П.В.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) одна из наиболее значимых медицинских и социальных проблем современности. Традиционное представление о редкости хронических заболеваний почек сегодня полностью пересмотрено[1,2]. Широкие популяционные исследования выявляют частые случаи их бессимптомного течения с клинической манифестацией только в стадии терминальной почечной недостаточности (ТПН). По данным эпидемиологических исследований ТПН представляет собой «верхушку айсберга» при ХБП и предположительно количество пациентов с более ранними стадиями болезни, вероятно, превышает количество тех, кто достигает ТПН, более чем 50 раз[1,4].

Длительно протекающие заболевания почек различной этиологии сопровождаются стойким нарушением их работы. Очень часто нарушение почечных функций переходит в недостаточность, что подтверждается специфическими клиническими и лабораторными синдромами, объединенными под названием ХБП[4,5]. Незнание факторов риска ХБП, ранних симптомов её развития приводит к трудностям, как в своевременной постановке диагноза, так и подборе эффективного лечения, а это нередко приводит к летальному исходу[2]. Согласно статистике, диагноз ХБП ставят 3-50 детям из одного миллиона. Каждый год 4-6 детей из 1 млн в возрасте до 15 лет должны получать заместительную почечную терапию по причине ХБП, которая опасна, прежде всего тем, что постепенно происходит частичное нарушение функционирования почек, в тяжелых случаях происходит их полный отказ. А прекращение работы почек негативно сказывается на росте и развитии ребенка, а также требует постоянной поддерживающей терапии в виде диализа. Ребенку может быть поставлена инвалидность, а также возможны проявления отставания в развитии. ХБП провоцирует развитие серьезных заболеваний у детей. Лучший из вариантов при данной форме болезни — пересадка почки от здорового донора, которая допускается только после определенного возраста и стоит немалых денег, после чего всю жизнь ребенок будет вынужден принимать поддерживающие препараты, чтобы исключить варианты отторжения нового органа. Даже в терминальной стадии гемодиализ позволяет жить не менее 10 лет. Пересадка почки дает больному ребенку шанс на долгую и полноценную жизнь в 50-80% случаев[3]. Для детей ХБП намного опаснее, чем для взрослых, и может стремительно прогрессировать. Несвоевременная диагностика ХБП или ошибки в лечении становятся причиной развития тяжелых осложнений и даже летального исхода.

Социальная значимость ХБП заключается в продолжающемся росте ее распространенности, ранней инвалидизации больных[1]. Высокая стоимость ЗПТ и в связи с этим недостаточная доступность в большинстве регионов мира, в которых проживает 80% человечества, делают ХБП одной из проблем не только практической нефрологии, но и

практического здравоохранения в целом[3]. Решение задачи улучшения исходов у больных с ХБП требует скоординированного подхода, оценки распространенности заболевания, выявления его ранних стадий, предшествующих факторов риска, а также выявления и коррекции факторов риска неблагоприятных исходов [2,5].

Цель исследования. Изучить ведущие предикторы развития и прогрессирования хронической болезни почек у детей.

Материал и методы исследования. Исследуемую группу составили 35 детей с хронической нефропатологией в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в I и II детских нефрологических отделениях ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». По структурному профилю нозологии больные были дифференцированы в 2 группы: I группа (n=28) - дети с нефропатологией соматического генеза, II группа (n=7) – с диабетической нефропатией (ДН). Длительность заболевания составила от 1 года до 5 лет. Были изучены анамнестические, клинико-метаболические маркёры с оценкой функционального состояния почек по уровню креатинина, мочевины и скорости клубочковой фильтрации (СКФ). По показаниям были проведены рентгенологические и ультразвуковые методы исследования, компьютерная томография.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным данным у 71,4% детей (n=25) была выявлена ХБП различной степени тяжести, в том числе у 10 больных – ХБПП-III-IV стадии с проявлениями нефросклероза. Структуру I группы составили, в основном, дети с хроническим гломерулонефритом (ХГН) и вторичным хроническим пиелонефритом на фоне врождённых аномалий развития органов мочевыделительной системы, гипоплазии почек и рефлюкс-уропатии с длительностью заболевания свыше 5 лет. Следует отметить, что у больных с нефротическим синдромом (n=6) не было отмечено быстрого прогрессирования почечной недостаточности. II группу составили 7 детей с сахарным диабетом (СД) I типа, осложнённого нефропатией. Установлены дифференцированные факторы риска развития и прогрессирования ХБП во взаимосвязи со структурой патологии. Так у 51,4% больных I группы значительно чаще были отмечены следующие предикторы, нередко в ассоциации 2-3 факторов: отягощённая наследственность по нефропатологии; поздняя диагностика врождённых нефропатий; частые рецидивы ХГН, как следствие неудовлетворительного медицинского контроля, нерегулярной гормональной терапии и ряда социальных факторов, а также недостаточное применение ренопротективных препаратов (ингибиторов АПФ) на ранних стадиях развития ХБП. Во II группе больных с СД I типа основными предикторами развития и прогрессирования ДН были: поздняя диагностика СД, в том числе ДН (III-IV стадии); длительно некомпенсированный СД с высокими значениями гликизированного HbA1c ($8,15 \pm 0,5$); низкий уровень применения ингибиторов АПФ у больных СД в додиализном периоде. Ассоциация СД с врождёнными и наследственными нефропатиями и нарушенная внутрисочечная гемодинамика у 85,7% больных способствовали более раннему и быстрому прогрессированию ДН с неблагоприятным прогнозом.

Клинико-метаболические маркёры больных с ХБП в I и II группах проявлялись скудным мочевым синдромом (по уровню протеинурии), умеренным отёчным синдромом; стабильно высокой артериальной гипертензией (150/90 – 220/100 мм рт.ст.), высоким уровнем креатинина (200-1000 мкмоль/л) и мочевины (9,0-14,0 ммоль/л) сыворотки крови, низкими показателями СКФ (25-55 мл/мин), прогрессирующей нефрогенной анемией.

Анализ эффективности применения современных технологий ренопротекции, влияющих на благоприятное течение ХБП, показал низкий уровень применения ингибиторов АПФ и плазмафереза в додиализном периоде у больных обеих групп.

Выводы. Результаты проведенных исследований, подчёркивая высокую медико-социальную значимость проблемы ХБП, способствующей ранней инвалидизации детей, снижению качества и продолжительности жизни, диктуют необходимость ранней и адекватной оптимизации методов профилактики и лечения детей с нефропатологией: 1) улучшение ранней диагностики болезней органов мочевыделительной системы среди детей и подростков, особенно в группах высокого риска – отягощенная наследственность по нефропатологии и СД I типа; 2) активное внедрение методов ренопротекции (ингибиторы АПФ, плазмаферез и т.д.), начиная с додиализного периода.

Список литературы.

1. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. и др. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек. Нефрология 2006; 10 (1): 7-13
2. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста/ Санкт-Петербург. – 2008.- С.551-573.
3. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. // Нефрология и диализ. –2011. –Т. 3.–С. 152–250.
4. Warady, B.A. Chronic kidney disease in children: 8 the global perspective / B.A. Warady, V. Chadha// *PediatrNephrol.* - 2007. - December; 22(12). - P. 1999-2009.
5. KidneyDisease: ImprovingGlobalOutcomes (KDIGO) CKDWorkGroup. KDIGO 2012 Clinical Practice Guidelineforthe Evaluationand Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* – 2013. – №3.–P. 140–143.

Якубова З.Х., Бабаева Л.А.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВЕДУЩИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕФРОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

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

Актуальность. Нефропатология занимает одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости. Распространенность данной патологии у детей увеличивается с каждым годом и составляет в среднем от 12% до 187 % [3,4]. Одной из актуальных проблем оказывается эпидемиология заболеваний органов мочевой системы (ОМС). На разных этапах существования человеческого сообщества наблюдались разнообразные влияния на детей, которые вызывали те

или иные болезни ОМС. В начале прошлого века при широком распространении туберкулеза и стрептококковых инфекций большое место в структуре заболеваний почек занимал туберкулез ОМС и постскарлатинозный нефрит. Основными факторами риска развития заболеваний ОМС были заболевания матери нефропатиями, наличие патологии беременности, тератогенное влияние на родителей [4,5]. Последующие эпидемиологические исследования, проведенные на рубеже XX и XXI веков, показали, что в экологически загрязненных тяжелыми металлами регионах распространенность патологии ОМС составила 187:1000 детей, однако одновременно с этим отмечалось и увеличение частоты нефропатий в экологически «чистых» регионах до 60:1000 детской популяции [3,4]. Этот факт подчеркивает тенденцию в различных регионах к распространению или лучшему выявлению заболеваний почек в детском возрасте в последние годы вне зависимости от экологических влияний. Факторы риска развития разнообразных заболеваний почек и ОМС нередко однотипны. В настоящее время отмечается отчетливое снижение иммунных показателей у детей, что может сказаться и на возникновении нефропатий. Необходимо помнить о широком распространении разнообразных вирусных инфекций в последние годы, что, возможно, связано с изменениями иммунного состояния организма детей [1]. Это в клиническом плане опасно в виде развития разнообразных нефропатий. Проблема нефрологии детского и подросткового возраста весьма актуальна и современна. Медико-социальная значимость данной проблемы определяется широкой распространенностью патологии ОМС, неуклонным ростом быстро прогрессирующих форм с риском развития у более чем 60 % детей хронической болезни почек (ХБП), способствующей ранней их инвалидизации [3,4,5].

Республика Таджикистан – достаточно напряженный регион по формированию и развитию нефропатологии различной направленности среди взрослого и детского населения [2]. Склонность к хроническому, рецидивирующему течению заболеваний, высокая частота наследственных нефропатий и врожденных аномалий мочевыделительной системы (АМС), несовершенство иммунной системы, усугубляя течение и прогноз патологии, негативно отражаются на качестве и продолжительности жизни больных [3,4,5].

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности и ведущие предикторы прогрессирования нефропатологии у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 48 детей с ХБП (терминальная стадия), находившихся на стационарном лечении, в возрастном диапазоне от 5 до 18 лет. Из них 35 (72,8 %) - дети старше 10 лет. Мальчиков было больше ($n=30$; 62,5%), чем девочек ($n=18$; 37,5%). Длительность наблюдения составила от нескольких месяцев до 3-х лет. Основную нозологическую структуру нефропатологии с неблагоприятным прогнозом составили больные хроническим гломерулонефритом (ХГН) с рецидивирующим течением ($n=16$); с врожденными АМС и наследственными нефропатиями ($n=12$); с тяжелой формой сахарного диабета I типа ($n=6$). Особую группу составили 14 детей с поздней диагностикой, у которых на УЗИ была выявлена вторично сморщенная почка. Диагноз был верифицирован на основании анамнестических, клинических, функциональных показателей с оценкой уровня мочевины, креатинина и СКФ. В процессе обследования проведены ультразвуковое и рентгенологические методы исследования. По результатам УЗИ одностороннее сморщивание почки было выявлено – у 30, двустороннее – у 8 больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно полученным данным у 20,5 % больных была выявлена отягощенная наследственность (пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия), преимущественно по линии матери. В группе больных с отягощенной наследственностью отмечалось более раннее и прогрессирующее течение патологии почек с развитием врожденных АМС у 21,2 % ($n=10$). В структурном профиле нефропатологии с исходом в ХБП преобладали ХГН с рецидивирующим течением – у 33,3 % ($n=16$) с длительностью заболевания свыше 3–5 лет. Основными причинами прогрессирующего течения ХГН с ранним развитием ХБП были: нерегулярная терапия, гормонрезистентные формы, частые рецидивы, недостаточный медицинский контроль, инфекции и ряд социальных факторов. У 25,4 % ($n=14$) причиной ХБП были врожденные АМС (гипоплазия и дисплазия почек, сужение и удвоение мочеточников, агенезия почки, рефлюкс-уропатии), вторичный пиелонефрит и наследственные нефропатии. В данной группе значительно чаще были отмечены: наличие родственного брака у родителей и отягощенная наследственность с тенденцией к поздней диагностике патологии почек.

У 6 больных с сахарным диабетом I типа основными факторами развития диабетической нефропатии с исходом в ХБП были: длительность диабета $\geq 3-5$ лет, неудовлетворительный метаболический статус, частые декомпенсации и пубертат (13–18 лет). Продолжительность их жизни достигала максимально 18 – 20 лет.

Особую тревогу вызывает группа больных ($n=14$) с поздней диагностикой нефропатологии. Так у 8 из них первично была диагностирована ХБП на стадии вторично сморщенной почки, случайно при УЗИ-исследовании.

Клинико-лабораторная картина ХБП характеризовалась отсутствием манифестного начала и скудным мочевым синдромом, что значительно затрудняло раннюю диагностику патологии почек в целом и признаков ХБП на начальных стадиях.

Анализируя возрастно-половые особенности, выявлено преобладание детей старше 10 лет (72,8 %) и мальчиков (62,5 %). Вместе с тем, нами отмечено разнообразие клинических маркеров, указывающих на патологию различных органов и систем. В большинстве случаев оценка состояния больных и диагностика патологии на госпитальном этапе была неадекватной и поздней. Симптомы ХБП чаще не были замечены, либо трактовались как проявления других заболеваний. Так, нефрогенная анемия ($Hb < 80-70$ г/л) была интерпретирована как заболевание крови с последующим наблюдением у гематолога. Такие жалобы как жажда, полиурия и гипостенурия послужили основой для обследования пациентов на диабет. Дети с отставанием в физическом развитии с задержкой роста на 20 – 25 % в сочетании с умеренными отеками, длительно наблюдались у эндокринолога по поводу гипотиреоза или нанизма. Транзиторная артериальная гипертензия (АГ) и тахикардия были дифференцированы как заболевание сердечно – сосудистой системы; соответственно больные длительно наблюдались у других специалистов (гематолог, эндокринолог, кардиолог), не получая целенаправленно специфическую патогенетическую терапию. Высокая частота врожденных АМС,

разнообразие клинических маркёров, наличие стигм дисэмбриогенеза, особенности возрастного профиля с преобладанием детей пре- и пубертатного возраста не исключают участия генетических и гормональных факторов в развитии и прогрессировании патологии ОМС.

Результаты наших исследований согласуются с литературными данными [3,4] и дополнены суждением негативного влияния длительного латентного периода ХБП, разнообразием клинических маркёров, усложняющих первичную раннюю диагностику и низкой нефрологической настороженностью врачей.

Наиболее типичные и выраженные симптомы ХБП отмечены преимущественно на стадии нефросклероза (IV – V ст.) с проявлениями уремической интоксикации: общее тяжелое состояние, сонливость, soporозное сознание, снижение памяти, головные боли, низкая успеваемость в школе и т.д. Наблюдаемая стабильная АГ сочеталась с метаболическими маркёрами уремического генеза с повышением уровня мочевины (до 14 – 26 ммоль/л), креатинина до 1000 мкмоль/л и более, резким снижением СКФ (≤ 30 мл/мин/1,73 м²). Высокие значения АГ (180/120 – 220/140 мм. рт. ст.) независимо от возраста больного, были причиной развития почечной эклампсии у 6 пациентов, с исходом в инсульт у 2-х больных в возрасте 3,5 – 7 лет с проявлениями гемипареза и атрофии зрительного нерва. На основании вышеизложенного ХБП следует рассматривать, как наиболее значимый индикатор прогрессирования нефропатологии, способствующий ранней инвалидизации, снижению качества и продолжительности жизни больных.

Учитывая высокую частоту неблагоприятных исходов нефропатологии, в комплексный план лечения внедрены современные технологии путем проведения гемодиализа с эффективностью до 25 %. Пятерым больным была проведена ренотрансплантация методом родственной трансплантации почек с летальным исходом у троих больных.

Выводы. Таким образом, высокая прогностическая роль ранней диагностики и адекватной нефропротективной терапии подчеркивает медико – социальную значимость проблемы и определяет необходимость разработки комплексной программы по профилактике и снижению заболеваемости ОМС среди детского населения Таджикистана.

Список литературы

1. Вельтищев Ю.Е., Длин В.В. Развитие иммунной системы. Иммунная недостаточность у детей. М., 2005: 77 с.
2. Сатторов Г.Н. Медико – социальные аспекты болезни органов мочевой системы у детей в Таджикистане. – Автор дисс., д.м.н. 2007. 38 с.
3. Мрасова В.К., Макарова Т.Л., Осипова Н.В. и др. Частота хронической почечной недостаточности у детей. – Практическая медицина. 2009 № 8 с. 63 – 64.
4. Детская нефрология. Руководство для врачей / Под ред. М.С. Игнатовой, 3-е изд. М.: МИА 2011; 696с.
5. Смирнов А.В. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А.В. Смирнов, Е.М. Шилов, В.А. Добронравова [и др.]. – СПб.: Левша, 2013. – 51 с.

Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Бобоева Х.А.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Актуальность. Метаболический синдром (МС), ведущим маркёром которого является ожирение, является актуальной проблемой современной медицины. На сегодняшний день более миллиарда человек на планете имеют избыточную массу тела, которая является одним из основополагающих факторов риска развития множества заболеваний, таких как сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца, заболевания печени и желчного пузыря и других патологий [1,2]. Проведенные исследования и полученные данные дают основание полагать, что до 10% детей могут иметь клиническое ожирение, а также немалое число подростков, имеющих избыточную массу, сохраняют её и во взрослом возрасте [3]. Роль наследственных факторов в развитии ожирения в настоящее время не подлежит сомнению. Достаточно изучено существование семейных форм ожирения, при которых коэффициент наследования достигает 25%, что свидетельствует о достаточно высоком влиянии генетических факторов на развитие данного заболевания [5]. Точные данные о распространенности МС в детской популяции неизвестны, что связано с отсутствием унифицированных критериев его выявления у детей. Вместе с тем, по данным эпидемиологических исследований, частота МС среди подростков в американской популяции колеблется от 4 до 7,6%. Представленность МС резко возрастает среди детей и подростков с ожирением, достигая 30—50% [1-4]. Научные и практические исследования посвящены, в основном, патогенетическим аспектам болезни у взрослых. Следует отметить, что наименее изученный раздел данной проблемы является детский возраст, особенно пубертатный период, характеризующийся гормональной перестройкой, лабильностью процессов метаболизма с развитием гормонально-метаболических нарушений и грозной предпосылкой для развития таких заболеваний, как СД, АГ, МС и др. [1-3]. Раннее развитие и прогрессирование социально - значимых заболеваний на фоне нарушенного метаболизма, склонность к инвалидизации, низкое качество жизни у больных с МС, классическим маркёром которого является ожирение, определяют актуальность данной проблемы и диктуют необходимость дальнейшего научного исследования.

Цель исследования. Изучить ведущие клинические и гормонально-метаболические маркёры метаболического синдрома детского возраста.

Материал и методы исследования. Изучаемую группу составили 35 детей пубертатного возраста (10-17 лет) с ожирением. Среди них девочек было больше (n=25; 71,4%), чем мальчиков (n=25; 28,6%). Были изучены клиничко-анамнестические, гормонально-метаболические (ТТГ, АТ/ТГ и ТПО, кортизол, пролактин, эстрогены, тестостерон, инсулин, липидограмма, гликемия натощак, глюкозо-толерантный тест) и функциональные (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ)

параметры. По показаниям пациенты были осмотрены узкими специалистами - кардиологом, неврологом, гинекологом.

Результаты исследования и их обсуждение. У 20 (57,1%) детей пубертатного периода (≥ 12 лет), преимущественно у девочек ($n=17$; 48,6%), были выявлены клиничко-метаболические маркёры МС (полная и неполная формы). Ведущим классическим клиническим маркёром у 71,4 % ($n=25$) больных было ожирение II-III степени с охватом талии ≥ 95 перцентилей. У троих (8,6%) подростков (16-17 лет) ведущим предиктором МС была эссенциальная форма АГ. Анализируя анамнестические данные, было установлено, что у 31,4% пациентов с МС выявлена отягощенная наследственность с семейной заболеваемостью в родословной сочетанного характера (СД 2 типа, ожирение), способствующие более тяжелому течению патологии с ранним формированием социально-значимых болезней. Высокая частота разнонаправленных жалоб также указывала на нарушение функции ведущих органов и систем сочетанного характера (ЦНС, сердечно-сосудистая система и органы репродукции). В связи с чем, больные длительно наблюдались у кардиолога, невролога, гинеколога без адекватной коррекции нарушенного метаболизма. Так, у 40% ($n=14$) детей была выявлена кардиоваскулярная патология различной направленности, подтвержденная данными ЭКГ и ЭхоКГ. Наиболее частыми клиническими маркёрами были: кардиалгия, нередко ишемического характера, дисметаболическая кардиопатия с нарушением ритма и вегетативной дисфункции, транзиторная и эссенциальная формы АГ с резистентностью к гипотензивной терапии, что значительно затрудняло подбор антигипертензивных препаратов и достижения стабилизации гипертензии. Особую группу составили 15 (42,9%) девочек с дисфункцией щитовидной железы с аутоиммунным компонентом (АИК) и склонностью к узлообразованию, подтвержденными данными УЗИ щитовидной железы и тиреоидного статуса ($> ТТГ$, $АТ/ТГ$, $АТ/ТПО$), которые сочетались с кардиоваскулярной патологией. Дисфункция щитовидной железы была расценена нами как гормонально-метаболический маркёр, что позволило включить тиреопатии, как дополнительный компонент МС детского возраста.

Серьёзную озабоченность вызвало состояние углеводного обмена, преимущественно у больных на фоне ожирения, висцеральный тип, с отягощенной наследственностью, чаще семейные формы в ассоциации с дислипидемией. По данным липидограммы было выявлено снижение уровня ЛПВП ($< 0,98$ ммоль/л), а также гипертриглицеридемия ($> 1,3$ ммоль/л). Так, у 51,4% больных с нормальными значениями инсулина сыворотки крови выявлены нарушения глюкозо-толерантного теста, транзиторная гипергликемия, СД 2 типа и инсулинорезистентность. Показатели липидограммы не исключают возможность раннего развития атеросклеротических процессов с неблагоприятными последствиями в прогнозе у данного контингента больных, особенно при МС.

Эндокринная дисрегуляция по типу гиперкортицизма (≥ 600 ммоль/л), гиперпролактинемия ($\geq 900-1200$ МЕ/л), гипозстрогения и повышение значения тестостерона способствовали низкому качеству репродуктивного здоровья (РЗ), преимущественно у больных с МС. Так, 45,7% ($n=16$) девочек препубертатного возраста (≥ 10 лет) наблюдались у гинеколога по поводу нарушения менструального цикла, ациклических кровотечений с ранним развитием синдрома поликистозных яичников и гирсутизма. Диффузно-очаговая мастопатия была диагностирована у 28,6% ($n=10$) девочек с сочетанным наблюдением у маммолога. У троих подростков с гиперпролактинемией на фоне ускоренного полового развития была отмечена юношеская гинекомастия. Наши наблюдения по состоянию репродуктивного здоровья детей с МС не исключают неблагоприятных последствий в фертильном возрасте.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований отражают широкий диапазон компонентов МС детского возраста, что диктует необходимость активизации лечебно-профилактических мероприятий по МС детского возраста среди педиатров, семейных врачей и узких специалистов по данной проблеме. Раннее выявление детей, входящих в группу риска МС, а также адекватная коррекция метаболических нарушений, правильный режим питания и физической активности позволят предотвратить или отсрочить манифестацию сердечно-сосудистых заболеваний и окажут положительный эффект при лечении данного заболевания.

Список литературы.

1. Мрясева В.В. Ожирение у детей - фактор риска по развитию метаболического синдрома / В.В. Мрясева // Педиатрический вестник Южного Урала. - 2014. - С. 54-57.
2. Посохова Н.В., Болотова Н.В. Ожирение как фактор формирования артериальной гипертензии у детей и подростков // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2015. - Т. 94. - № 5. - С. 127-137.
3. Захарова И.Н., Малявская С.И., Творогова Т.М., и др. Метаболический синдром у детей и подростков. Определение. Критерии диагностики // Медицинский совет. - 2016. - № 16. - С. 103-109.
4. Отто Н.Ю., Сагитова Г.Р., Никулина Н.Ю., Ледаев М.Я. Частота метаболического синдрома и других осложнений ожирения в практике детского эндокринолога // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2018. - № 3. - С. 93-98.
5. Петренко Ю.В., Новикова В.П., Полунина А.В. Ожирение матерей и здоровье детей разного возраста // Педиатр. - 2018. - Т. 9. - № 3. - С. 24-27.

Оглавление

Гулзода Махмадшоҳ Курбонали	
ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ.....	3
ХИРУРГИЯ.....	4
Абдувохидов Б.У., Давлатов Д.А., Хван И.Н.....	4
ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО СИСТЕМНО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОБЕДНЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ	4
Абдуллаева Р.А., Олимова Ф.З., Шералиева М.Г.....	5
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	5
Абдуллоев М.С., Курбанов С.Х., Юнусов И.А.	7
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	7
Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.	8
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ.....	8
Абдуллоев Ф.М., Ёров С.К., Сайдалиев Ш.Ш.	10
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЮНОГО ВОЗРАСТА.....	10
Абдурахимов А.Х., Джонибекова Р.Н., Хабибов С.С.	13
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕГИРУЮЩЕЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ШИФОБАХШ»	13
Абдурахманов Д.Ш., Хурсанов Ё.Э.	14
КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	14
Абуллаева Р.А., Косымов З.К., Гафурова Н.Г.....	18
ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ.....	18
Адылова Ф.Х., Муродов Ш.Д., Давронзода М.Д.....	20
ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛИТ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА	20
Адылова Ф.Х., Махаммадиев А.А., Муродова П.Ф.	21
ПРОБЛЕМЫ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	21
Азиззода З.А., Сангов М.Б., Сафаров Ф.Ш.	22
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ	22
Айниев Б.С., Омонов Э.О., Каримов Д.А.....	24
ПРИУМУЩЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ.....	24
Айниев Б.С., Камолов К.М., Мехтаров К.К.	26
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ КИСТИ	26
Алиев А.А., Боронов Х.А., Омонов Э.О.	27
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ В СТЕНКАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА.....	27
Парвана Исмаил гызы Алиева,.....	29
ИЗУЧЕНИЕ МИНЕРАЛОВ У МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	29
Алишова Н.Ф., Везирова Р.Ш., Джаваншир П.А.	30
ПРИМЕНЕНИЕ МИО-ИНОЗИТОЛА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ.....	30
Амонов1,2 Ш.Ш., Мусоев2 С.Ш., Олими 1,2 М.О.....	32
ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ ИЗ МИНИ ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	32
Аскарлов А.Т., Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н.....	33
НАШ ОПЫТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ	33
Ахророва З.А., Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф.	34
АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ УХА	34
Ахророва З.А., Холматов Д.И.	35
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЛУХА В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	35
Ашуров А.С., Кобилов К.К., Иброгимов Э.К.	36
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	36
Ашуров А.С., Кобилов К.К., Мансуров Х.Н.Бахромов М.Б.....	37
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	37

Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Асадуллоева Э.И.	38
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	38
Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Ализода С.Г.	39
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	39
Аюбов Дж.К., Назаров Ш.К., Асадуллоева Э.И.	41
МИКРОБНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ	41
Бабаева Т.С., Каримов М.Б., Кадырова Н.А.	42
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТОНОМЕТРИИ	42
Байрамкулов М.Д.1, Гайнетдинова И.И.1, Бажина Ю.С.1	43
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ И ЖИВОТА.	43
Баротов З.З.1,2, Файзуллоев Н.А.1, Чалилов С.1, Абдумуминов А.А.1	44
ҲОЛАТИ КЛИНИКИ БО САРАТОНИ ПАҲНГАШТАИ МЕЪДА. (назорат 2017-2023сс.)	44
Бездетко Г.И.	44
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ	44
Белявский Н.В., Семенюк А.В., Александрова А.А.	46
ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ	46
Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А., Кодиров Д.И.	47
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	47
Бобожонов М.Н.	48
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	48
Бокиев Ф.Б., Маликов М.Х., Худойдодов О.М.	50
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	50
Бокиев Ф.Б., Маликов М.Х., Худойдодов О.М.	51
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАТЯЖНЫХ СПОСОБОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	51
Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.	52
ИМКОНЯТИ НАВИ ТАБОБАТИ СИНУСҲОИ ОДОНТОГЕНИ ДАР ЯКҶОЯҒИ БО ГИПЕРТРОФИЯИ САДАҒАҲОИ БИНИ ОМЕХТА ШУДА	52
Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Эшпулатова С.С.	54
ИМКОНЯТИ НАВИ ТАБОБАТИ СИНУСИТҲОИ ОДОНТОГЕНИ ДАР ЯКҶОЯҒИ БО ГИПЕРТРОФИЯИ САДАҒАҲОИ БИНИ ОМЕХТА ШУДА	54
Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.	55
К ВОПРОСУ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОДОНТОГЕННЫМИ СИНУСИТАМИ, СОЧЕТАННЫМИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН	55
Бустонов М.О., Рахмонов С.У., Бустонов Б.М.У.	56
К ВОПРОСУ О СВЯЗИ МЕЖДУ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ОДОНТОГЕННЫМИ СИНУСИТАМИ СОЧЕТАННЫМИ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН	56
Бухер М.М.	57
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ	57
Вафоева Н.В., Каримова Д.Г.	59
ОСОБЕННОСТИ ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ SARS-COV-2-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ В ПЕРВОМ, ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ	59
Гаилов А.Д.1,2, Шарипов Ф.К.1, Авгонов У.М.1	61
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ	61
Гаилов А.Д., Султанов Д.Д., Нейматзода О.	62
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН	62
1Гоибова З.В., 1Нарзуллаева А.Р., 2Шоев Ф.С.	64
ЭФФЕКТИВНОСТЬ α 1-АДРЕНОБЛОКАДЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТЕХОЛАМИН СЕКРЕТИРУЮЩИМИ ОПУХОЛЯМИ	64
Ганиев А.Э., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г.	66
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ И БОКОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА	66
Гаффаров У. Б., Исмаилов Н.С., Тошботирова М.	69
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	69
Гаффаров У. Б., Ибрагимов Д. Д., Баратов М.Ш.	71
ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА.	71

Голосова А.К., Иванова А.Д., Аванесян Х.А.	72
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ОДНОГО ИЗ КРУПНЫХ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	72
Гулзода М.К.1, Иброхимов Ю.Х1, 2, Кахорова Р.А2.	73
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ	73
Гулзода М.К.1, Иброхимов Ю.Х1, 2, Хакимов М.Х2.....	75
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ СПОСОБОМ	75
Гулшанова С.Ф., Исмоилов С.С.....	76
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	76
Давлатзода Б.Х., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф.	79
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	79
А.Дж., Давлатов Дж.Дж, Мухаббатов Дж.К.	80
ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II-ТИПА.....	80
Джамшедов Дж.Ш. Юлдошев Р.З. Азатуллоев Е.И.	82
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ «ТРАДИЦИОННЫХ» И МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОЦЕНКА ОПЫТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА.....	82
Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М.	82
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНО РИНОХЕЙЛО ПЛАСТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ «ШИФОБАХШ».....	82
Джораева Ф.Х., Ахророва З.А., Махамадиев А.А.	83
ЛЕЧЕНИЕ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ФОРМЫ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.....	83
Довнар А.И., Жук И.Г.	84
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЧЕРЕПА <i>ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫМИ ИМПЛАНТАМИ ИЗ КОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДСТВА</i>	84
Додхоева М.Ф., Сайдалиева Д.А.	86
РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ У РОДИЛЬНИЦ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	86
Зокиров Р.А. Пахлавонев М., Холов Д.Д.	87
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ... ..	87
Зокиров Р.А., Зубайдов Т.У., Холов Д.Д.....	89
РЕЗУЛЬТАТ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	89
Зокиров Р.А. Абдурасулов А.А., Холов Д.Д., ...	90
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	90
Зугуров А.Х.1,2, Султанов Д.Д.1,2, Камолов А.Н.1,2.....	91
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	91
Ибрагимов Д.Д., Исмаев Н.С., Бободавлатов Д.У.....	92
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.	92
Ибрагимов Д.Д., Боймуратов Ш.А., Ахадов А.Ж., Эгамбердиев М.О.	94
ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ.	94
Ибрагимов И.У., Юсупов З.Я., Джамолов И.Б.	95
ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	95
Ибрагимов Э.К., Ашуров А.С., Махмадкулова Н.А.	97
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ У ДЕТЕЙ	97
Имомов Б.Д., Шарипов Х.Ю., Мирзоев Х.М.	98
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА.....	98
Исламов З.С., Икрамов А.Ф., Умарова Б. З.....	100
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ.....	100
Исламов З.С., Максудова З.Р., Ташматов З.А.....	101
НАШ ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ НА VR-СИМУЛЯТОРЕ EYESI.....	101
Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.	103

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ЭКСТРАКЦИИ МАКРОПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	103
Исмат О.О., Мустафакулов И.Б., Джумаева З.А.....	104
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ БОТУЛОТОКСИНОМ ТИПА А.....	104
Джумаева З.А., Исмат О.О., Мустафакулов И.Б.....	106
Современные ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....	106
Исмадинов Х.Г., Гаибов А.Д., Юлдошев Х.Ф.	108
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И МИОКАРДА	108
Исупова Ш.Ф., Холматов Д.И.	109
СЕНСОНЕВРАЛЬНАЯ ТУГОУХОСТЬ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2).....	109
Исупова Ш.Ф., Холматов Д. И.	111
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСА НА СЛУХОВУЮ ФУНКЦИЮ.....	111
Кадамалиева М. Д., Умарова Т.С., Назаров Э.И.	112
БЕСПЛОДИЕ НА ФОНЕ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	112
Кадамалиева М.Д., Мирова Н.Д., Файзуллоева С.М.	113
ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК	113
Кадамалиева М.Д., Бахтиери Иброхим, Умарова Т.С.	115
ВЛИЯНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ.....	115
Казымова Л.А.	116
ДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ТОЛЩИНЫ НАРУЖНОГО СЛОЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ И ЕЕ СВЯЗЬ С ОСТРОТОЙ ЗРЕНИЯ.....	116
Камаев А.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А.....	120
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ.	120
Камолов А.Н., Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф.	121
КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ СВИЩЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ	121
Кариева М.З., Раззокова А.А.....	123
ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ОТ ТАКТИКИ РАННЕЙ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ	123
Кариева М. З., Раззокова А. А.....	124
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА	124
Кариева М. З., Раззокова А. А.....	126
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИМИ ШИНАМИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА В ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ	126
Карим-заде Б.Д., Мирзоев А.С.....	128
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН.....	128
Карим-заде Г.Д., Маликов М.Х., Мамадаминава Х.Х.....	129
КОРРИГИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	129
Карим-заде Х.Дж. ¹ , Бандаев И.С. ² , Каримов Н.М. ³	131
СТРУКТУРА ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЛАЗНОГО КАБИНЕТА ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В Г. ВАХДАТ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	131
Карим-заде Х.Дж. ¹ , Бандаев И.С. ² , Ходжиматова З.Ф. 2.....	132
ФЕЙЕРВЕРК И ТРАВМЫ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ.....	132
Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.	133
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	133
Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Таджиева З.Г.....	134
СИНДРОМ ГРЕНБЛАДА–СТРАНДБЕРГА (ПСЕВДОКСАНТОМА ЭЛАСТИЧЕСКАЯ).....	134
Каримов М.Б., Мехди Гачарния, Махмадзода Ш.К., Зиёзода М.Р.	135
РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ БОСТОНСКОГО КЕРАТОПРОТЕЗА БОЛЬНЫМ С ОЖОГОВЫМИ БЕЛЬМАМИ РОГОВИЦЫ	135
Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Хайдаров З.Б.....	137
ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА	137
Каримова У.А., Абдуллаева Р.А., Кодирова С.Г.....	138
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	138
Каримова М.Д.	140
ГРИПП У БЕРЕМЕННЫХ.....	140
Каримова У.А.	141
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ	141

^{1,2} Кодиров А.Р., 2Сафарзода А.М., 3Кодиров З.А.	143
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТАМПУТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	143
Кротков К.О., Якубцевич Р.Э.	144
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АУТОГЕМОМАГНИТОТЕРАПИИ НА СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (АКШ), МАММАРНО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (МКШ) В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ИК).....	144
Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Солиев О.Ф.	145
ХИРУРГИЯ ТРАВМЫ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ.....	145
Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Толибов Ш.М.	147
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВИЗИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	147
Курбанов У.А. ^{1,2,3} , Давлатов А.А. ^{1,2} , Джононов Д.Д. ¹	148
УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ГАНГРЕНЫ ФУРЬЕ	148
Курбанов У.А., Саидов И.С., Муродов Дж.К.	150
ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ОБШИРНЫХ ПЛОСКОСТНЫХ, СТЫГИВАЮЩИХ РУБЦОВ НА ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА.....	150
Курбон У.А., Махмудзода И.Х., Хомидзода И.ДЖ., Бустонов М.О.	151
ЗНАЧИМОСТЬ УСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В РИНОХИРУРГИИ..	151
Курбонов Дж.Дж., Солехов А.С., Холов И.Ш.	152
МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	152
Курбонова И.Ш., Шарипов Х.Ю., Хакимов С.А.	154
ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	154
Кучкоров Ф.Ш., Ибрагимов Д.Д., Кучкорова К.Х.	156
ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЕ ЗУБА	156
Лемеш А.В., Шейбак В.М., Дорошенко Е.М.	158
СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ КАРБАПЕНЕМОВ НА ФОНД СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ	158
Мавлонов М.А., Шарипов Х.Ю., Мирзоев Х.М.	159
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СМЕРТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.	159
Максимова Т.В. ¹ , Березовский Д.П. ¹ , Максимов Ю.В. ²	161
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	161
Мардонова Н. П., Ибрагимов Д. Д., Холмунинов Б.Б.	163
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	163
^{1,2} Маризоева М.М., 3Рустамова М.С., 2Неъматзода О.	164
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С НАДПОЧЕЧНИКОВЫМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ	164
Масляков В.В., Барсуков В.Г., Бахаев А.Д.	166
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ТРАВМОЙ СЕЛЕЗЕНКИ.....	166
Махаммадиев А.А., Муродов Ш.Д., Адьлоева Ф.Х.	167
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИХОЛЕСТЕАТОМНОГО ПОРАЖЕНИЯ СРЕДНЕГО УХА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	167
Махаммадиев А.А., Ятимов Х.Р., Бекназарова Г.М.	169
ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ	169
Махаммадиев А.А., Ятимов Х.Р., Бекназарова Г.М.	170
ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ	170
Махмадкулова Н.А., Курбанов Дж. Дж.	171
СПОСОБЫ МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.....	171
Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д., Туйдиев Ш.Ш.	173
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....	173
Махмудназаров М.И., Розикзода Л.А., Шамсуллохи Ш.	175
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА	175

Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Урунбаева М.Г.	176
ВЛИЯНИЕ АДЕНТОМИИ НА ФУНКЦИЮ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА.....	176
Мирзоева М.Б.1, Салохиддинова Г.Н1, Касирова М.Н.2	178
ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ	178
Мирзоева М.Б.1, Устоева Д.Г.2, Вохидова Н.Б. 2	179
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИУ БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗОМ.....	179
Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т., Шукруллоев А.	180
К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	180
Мирзокаримов У.Х., Аскарлов А.Т.,Ботуров У.Н	182
ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА	182
Муродов Ш.Д., Махаммадиев А.А., Саидов Д.Х.....	183
САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ МОНТЕЛИЗ ЗИМНИ РИНИТИ АЛЛЕРГИКИИ МАВСИМИЙ....	183
Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон	183
Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д.	184
ЗНАЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	184
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А, Адълова Ф.Х.	186
УЛУЧШЕНИЕ ТЕМБРА ГОЛОСА ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ	186
Мусоев Д.А., КурбоновДж.Дж., Джураева Н.Х.....	187
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА.....	187
Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А., Джураева З.А.	189
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЁНКИ.....	189
Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.	191
НЕФРОМЕГАЛИЯ И ГИПЕРУРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ.....	191
Мустафакулов С.С., Салимов Х.Г.	192
Хронический рецидивирующий геморрагический ЦИСТИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ СО СПИДОМ.....	192
Со слов пациента, после проведенной терапии общее состояние улучшилось, моча стала более светлая, боли в надлобковой области уменьшились, температура тела нормализовалась, но в конце 3 недели вновь появились выше указанные жалобы.....	193
ПЦР диагностика венозной крови на СПИД/ВИЧ была положительной. Больной был направлен для дальнейшего лечения в Республиканскую инфекционную больницу.....	193
Мухамедова И.Г., Хасанов Б.Н., Аскарлов А.Т.....	193
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ АКСИАЛЬНОГО СКЕЛЕТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА.....	193
Мирзоев А.Ф., Пулотов К.Дж.	195
ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БИЛИАРНЫЕ ПРОТОКИ.....	195
Мухаббатов А.Дж., Хамроев Б.М. , Мухаббатов Дж.К.	196
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	196
Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М.....	198
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СУЖЕНИЯ АНУСА, ВОЗНИКАЮЩЕГО ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	198
Мухаббатов Дж.К., Расулова С.И., Хоркашев Ф.М.	199
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	199
Набиев М.Х.	201
ХОЛАТИ СИСТЕМАИ ЛАХТАБАНДИИ ХУН ДАР БЕМОРОН БО ШАКЛХОИ ОРИЗАНОКИ АЛОИМИ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТИ ВА ИСЛОҲИ ОН	201
Набиев М.Х.	203
ПЕШГИРИИ ОРИЗАҲОИ ФАСОДӢ ДАР БЕМОРОНИ АЛОИМИ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТӢ.....	203
Назаров И.Р., Мухамедова И.Г., Аскарлов А.Т.....	204
НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОАРТРОЗОВ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ.....	204
Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Сайдалиев Ш.Ш., Рахимов А.	205
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	205
Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Сараев А.Р.....	206

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА	206
Назаров Ш.К., Давлатов Дж.Ё., Холматов П.К.....	208
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	208
Назаров Ш.К., Ализода С.Г., Ганиев А.Э.	209
ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН БРЮШНОЙ СТЕНКИ..	209
Нарзуллаева Н.Дж., Ибодов С.Т., Шарипов Х.Ю.....	210
ВНЕЗАПНАЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА.....	210
1Неъматзода О., 2Гойбова З.В., 2Нарзуллаева А.Р.....	213
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ.....	213
Неъматзода О. ¹ , Шарипов З.Р. ¹ , Райхонов Ф.Х. ²	214
ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ СЕМИОТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ..	214
Ниязов М.М.....	216
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ.....	216
Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.	217
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА И ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	217
Носирова Ф. Т., Умарзода С.Г., Наботова М.....	219
РАК ЯИЧНИКОВ III СТАДИИ: НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, КРИТЕРИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ.....	219
Нурзода З.М., Расулов Н.И., Бахромов М.Б.	221
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	221
Нурзода З.М., Расулов Н.И., Бахромов М.Б., Солехов Р.Дж.	222
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	222
Нуридинзода Н.Н., Ворисов А.А., Саидов И.И.	223
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН.....	223
Нуридинзода Н.Н., Ворисов А.А., Саидов И.И.	225
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ.....	225
Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Сокаева Т.Ю.....	229
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РИНОСИНУСИТА.....	229
(обзор литературы)	229
Кафедра оториноларингологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.....	229
Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А.	231
ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭРГОФЕРОН У ПАЦИЕНТОВ С ОРВИ И ГРИППОМ.....	231
Овчинников А.Ю., Симсова В.А., Николаева Ю.О.....	232
СВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ.....	232
Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Атлашкин Д.Н.....	234
ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА СИНЕГО СПЕКТРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 445 НМ.	234
Одинаев М.Ш., Нигмонов Д.М., Зухуров Х.Д.	235
КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ БЕДРЕННОГО НЕРВА.	235
Одинаева М.С., Курбанов У.А., Файзуллоева М.Ф.	237
РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ГИГАНТОМАСТИИ	237
Одинаева М.С., Курбанов У.А., Файзуллоева М.Ф.	238
РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА ПРИ ГИГАНТОМАСТИИ	238
Олими М.О. ^{1,2} , Амонов ^{1,2} Ш.Ш., Мусоев ² С.Ш.....	240
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ	240
Олимов А.М., Аминов Р.С., Назарова Ф.Н. ²	241
СИНУС-ЛИФТИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ТИПОМ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ	241
Олимов А.М., Аминов Р.С., Назарова Ф.Н. ²	243
СИНУС-ЛИФТИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ТИПОМ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ	243
Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х.....	245
ТРАВМА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	245
Олимов А.М., Джонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х.....	246
ТРАВМА НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	246
Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф., В.Ю. Цой.....	248
ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕЗ ПРОТЕИНУРИИ	248
Олимова Ф.З., Додхоева М.Ф.	249

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ОЖИРЕНИЕМ.....	249
Олимова Ф.З., Юлдошева М.У.....	251
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА	251
Отахонов Ф.Х., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.	252
АҲАМИЯТИ СЕКУНЧАӢ ТРЕПАНАТСИОНИИ ШИПО БАРОИ ПЕШГИРИИ ОРИЗАӢО ҲАНГОМИ	
ГУЗАРОНИДАНИ АМАЛИЁТӢОИ ҶАРОӢӢ ДАР ШОҲАИ ПИСТОНШАКЛИ УСТУХОНИ ҶАККА ..	252
Пиров Б.С.	254
РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК	254
Попова Н.М.1, Стяжкина С.Н.2, Аюбов Р.К.	256
ХАРАКТЕРИСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У	
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	256
Потемкин М.Н., Овчинников А.Ю., Эдже М.А.	258
АЛГОРИТМ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРАПОМ И	
СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	258
Пулотов К.Дж., Мирзоев А.Ф.	260
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ	
ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ	260
Расулов Н.И., Нурзода З.М., Бахромов М.Б.	261
ОСОБЕННОСТИ ЗНАЧЕНИЯ СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	261
Расулова С.И., Мухаббатов Дж.К., Хоркашев Ф.М.	262
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	262
Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н.	264
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ШЕЙНОГО РЕБРА	264
1Рахимов Ф.Р., 2Исмоили Убайдулло, 2Ахророва З.А.	266
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	
.....	266
1Рахимов Н.Г., 1Киматов С.Р., 2Муродов Ш.М.	268
СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ	268
Рахимов Н.Г., Бобоалиев А.М., Киматов С.Р.	269
ХАРАКТЕР ПОЛИТРАВМЫ У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ ВГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»	269
Рахимова П.С., Умарова Т.С., Кадамалиева М.Д.	269
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ.....	269
Рахмонов Б.А., Турдибоев Ш.А.	271
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ	271
Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н., Коситов Д.Д.	272
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИЯ ДНА III ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ	
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ.....	272
Литература	273
Рашидов Ф. Ш., Махмудов И.М., Камолов А.Н.	273
Клиническая диагноСТИКА ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.....	273
Рыженкова Т.И., Хоров О.Г.	275
СВОЙСТВА АЛЛОГЕННОГО ХРЯЩА СПУСТЯ 40 ЛЕТ	275
Савранская К.В, Мирошниченко Н.А, Рыжкова Н.С.	276
СОМАТОСЕНСОРНЫЙ ТИННИТУС	276
Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Назаров Х.Ш.	277
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И	
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	277
Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Шамсуллозода Ш.Н.	278
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ И ОРГАНОВ	
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	278
Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Назаров Х.Ш.	280
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И	
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	280
Сайдахмадов Ш.Б., Джонибекова Р.Н., Рахимов Н.М.	281
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ(ЗОМТГШ) ПО ДАННЫМ	
ОБРАЩАЕМОСТИ В ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР» МЗ И СЗН	
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	281
Сайдахмадов Ш.Б., Базаров Н.И1., Рахимов Н.М.	282
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И РЕЦИДИВЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ	
МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ (ЗОМТГШ).....	282
1Сайфиддинов А.С., 1Гулов У.А., 2Сидиков И.И.	283
РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТРАНСФЕМОРАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ	
КОНЕЧНОСТИ	283

Сайфутдинова М.Б., Зикрияходжаев Д.З., БаротовЗ.З.	284
РАДИОТЕРАПИЯ РАКА КОЖИ НА РАННИХ СТАДИЯХ	284
Сак В.Н. ¹ , Хоров О.Г. ²	286
МЕТОД ТАМПОНАДЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ТРЕПАНАЦИОННЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ.....	286
Гулов М.К1., Салимов Дж.С1., Холматов П.К2.	288
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	288
Сараев А.Р., Назаров Х.Ш., Факиров Х.З., Джонов Б.Н.	289
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	289
Сараев А.Р., Рузбойзода К.Р., Джонов Б.Н., Факиров Х.З.	291
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА	291
Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Шерназаров И.Б.	292
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДВЫВИХА И ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ МЕТАЭПИФИЗАРНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	292
Сафоев С.А., Рахимов Н.Г., Бобоалиев А.М.	294
СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ СЕПСИСОМ.....	294
Семенюк А. В., Александрова А.А.	295
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ ПОЛИПОВ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.....	295
Сидиков И.И.1, Султанов Д.Д.1,2, Рахмонов Дж.К.2	296
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	296
Симсова В.А., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О.	297
СВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ И НАРУШЕНИЕМ СНА	297
Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Ньматзода О.	299
СОЧЕТАННАЯ МИКРОПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ С МИНИ-ФЛЕБЭКТОМИЕЙ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ	299
Маллаева Н.А., Кадамалиева М.Д., Соибова С.Д.	300
ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	300
Стяжкина С. Н., Бажина Ю. С., Гайнетдинова И. И.	302
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	302
Стяжкина С.Н., Жарова А.А., Шрифиллина Э.Р.	304
СОЧЕТАНИЕ ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ И ДИФFUЗНО-УЗЛОВОГО ЗОБА: ВЫБОР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	304
Стяжкина С.Н., Гумарова Н.В., Соломина Ю.И.	306
СУРНИНА ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА - СПЕЦИАЛИСТ, ЗА КОТОРЫМ БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНЫ.....	306
Стяжкина С.Н., Валиев Р.Р., Имаев А.Г.	306
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И СПОСОБ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ В ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ИЖЕВСК	306
Стяжкина С.Н., Ленцова С.И., Горбунова М.А.	308
СИГАЛ ЗОЛТАН МОЙШЕВИЧ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ И ИЗОБРЕТАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	308
Стяжкина С.Н., Ленцова С.И., Горбунова М.А.	309
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ СОПУТСВУЮЩИХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	309
Стяжкина С.Н., Федоров В.Г., Жарова А.А.	310
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИММУНОТЕРАПИИ	310
Туйдиев Ш.Ш., Давронзода М.Д. Муродов Ш.Д.	312
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ	312
Турдибоев Ш.А., Бердиев Р.Н., Рахмонов Б.А.	313
ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ГИПОСТАТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ.....	313
Турдибоев Ш.А., Муродова Г.Р., Кодиров Д.И.	314
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	314
Умедов Х.А., Мустафакулов И.Б., Джураева З.А.	315
ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ	315

Усманов Д.Н., Хван И.Н., Баротова С.Х.	317
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	317
Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К.	319
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ГЛАЗНЫХ ТРАВМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	319
Хайдаров З.Б., Каримов М. Б., Махмадзода Ш.К., Назарзода Н.	320
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КРОССЛИНКИНГА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ И ТРАНСПЛАНТАТА.....	320
Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Шамсуллозода Ш.Н.	322
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ СПОСОБОВ ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ	322
Хамидов Ф.М.	323
СОСТОЯНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У МУЖЧИН С РЕЦИДИВНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ, ПЕРЕНЕСЕННЫМИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПАХОВОЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ.....	323
Хамидов Ф.М.	325
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE У ПАЦИЕНТОВ С III (IIIa) ТИПОМ ПО NORWOOD – HAMILTON	325
Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Мухаббатов А.Дж.	326
ХРОНИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	326
Хамраева Л.С ¹ , Алиярова Ф.Т. ² , Хакимова Г.Х. ³	328
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ РОГОВИЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ВТОРИЧНОЙ ПОСТКЕРАТОПЛАСТИЧЕСКОЙ ГЛАУКОМОЙ	328
Хасанов Б. Н., Мухамедова И.Г., Мираков Б.Т.	329
ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЕЛЕТА ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ	329
Хасанова Х.Т., Бегматов Х.Ш., Мираков Б.М.	330
ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. ЦИФРЫ И ФАКТЫ	330
Холбоев С.А., Холов И.Ш., Салихов А.С.	332
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	332
Холзода Ш.И., Курбон У.А., Саидов И.С., Хамкар А.	333
ВОПРОС О ЦИРКУМЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ В АНАМНЕЗЕ.....	333
Холиков Н.К. ¹ , Саидов А. Дж. ¹ , Карим-заде Х.Дж. ²	335
ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ.....	335
Холиков Н.К., Икромов К.К., Мамаджанова Д.А.	336
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИНОИДНОГО СИНДРОМА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕМАЗЫ 5000МЕ.....	336
Холматов П.К., Холов К. Р., Гуломов М. Ш., Мирзоев А.Ф.	337
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	337
Холматов П.К., Х.Х Курбонов.....	338
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.....	338
Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.	339
НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	339
Холматов Д.И., Ахророва З.А.	341
ПРОГРАММА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДУШАНБЕ.....	341
Холматов Д.И., Ахророва З.А., Эргашев М.А.	342
ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНА СЛУХА ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ: АНАЛИЗ АУДИОГРАММ.....	342
Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф., Эргашев М.А.	343
ТИПЫ АУДИОГРАММ В РАСШИРЕННОМ ДИАПАЗОНЕ ЧАСТОТ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА	343
Холматов Д.И., Ахророва З.А.	345
ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ.....	345
Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.	346
НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	346
Холматов Д.И., Ахророва З.А.	347
ПРОГРАММА СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СЛУХА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДУШАНБЕ.....	347
Холматов Д.И., Ахророва З.А., Эргашев М.А.	348
ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНА СЛУХА ПРИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ И НЕГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ: АНАЛИЗ АУДИОГРАММ.....	348

Холматов Д.И., Исупова Ш.Ф., Эргашев М.А.....	350
ТИПЫ АУДИОГРАММ В РАСШИРЕННОМ ДИАПАЗОНЕ ЧАСТОТ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА.....	350
Холматов Д.И., Ахорова З.А.	351
ТУГОУХОСТЬ НА ПОЧВЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ	351
Холматов Д.И., Урунбаева М.Г.	352
НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ТУГОУХОСТЬ АНТИБИОТИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	352
Холматова Ш.Ш.,1 Зуфарова Ш.А.,2 Камалов Т.Т.3	354
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗРЫВОВ ТКАНЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	354
Холов А.Д., Зухуров М.М., Эшбоев Б.М.....	354
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	354
Хотамов Ш.О., Давлатова Ш.Х., Косимов А.Х., Абдиев П.Х.	356
РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ КРЫЛОВИДНОЙ ПЛЕВЫ.....	356
Худойдодов О.М, Бокиев Ф.Б, Маликов М.Х.....	357
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	357
Худоярова Д.Р., Джумаев М.ДЖ., Шопулотова З.А.....	358
ПРЕИМУЩЕСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА ПЕРЕД ДРУГИМИ МЕТОДАМИ.....	358
Хурсанов Ё.Э., Абдурахманов Д.Ш.	359
ОСОБЕННОСТИ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	359
Хусаинов Э.С., Махмадов Ф.И., Хусаинов С.Д.	363
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОМИНИРУЮЩИХ КРАНИО-АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ.....	363
Хомидов А.Т., Ворисов А.А., Тоchieв А.Ш.	364
НАТИЧАИ ТАЧРИБАИ МУОЛИЧАИ ЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ МЕДИАСТЕНИТИ ШАДИДИ ФАСОДНОК.....	364
Царев В.П., Царева С.Н.,.....	367
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, СТРАДАЮЩИХ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19	367
Царева С.Н., Царев В.П.	368
ОЖИРЕНИЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ВЛИЯНИЕ НА МАТЬ И ПЛОД.....	368
Шамсуллозода Ш.Н., Сайдалиев Ш.Ш., Султонов Р.И.	370
Современная диагностика и хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков	370
Шарипов А.М., Мазабшоев С.А., Додочонов Ю.Т.	371
Воронкообразная деформация грудной КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА	371
Шарипов А.М., Гуриев Х.Ч., Мазабшоев С.А.	373
Сравнительная характеристика различных методов оперативного вмешательства при БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	373
Шарипов В.Ш.1,2, Рахмонов Б.И.1, Нуритдинов Дж.А.1	374
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	374
Шарипов Ф.К.1, Гаيبов А.Д.1,2, Шарипов З.Р. 1	375
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ	375
Шнитко С.Н. 1, Терехович Т.И.2, Соколов Ю.А.3	377
Проблемы лечебно-эвакуационного ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ В МЕТРО	377
Эмомов Х.С., Эмомов Х.С.....	379
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТЕНКУ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ.....	379
Эмомов Х.С., Эмомов Х.С., Махмадов А.И.	380
ЕДИНЫЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	380
Эшпулатова С.С., Хомидов А.З.	381
ОМУЗИШИ ДИСФУНКСИЯИ ҒАДУДИ АШК ДАР БЕМОРОНИ ПТЕРИГИУМИ МУЛТАҲИМ	381
1Юлдошев Р.З., 1Джамшедов Д.Ш., 2Рахимов Н.Г.....	383
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА АНГИОАРХИТЕКТониКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА-ЭНДОДИАФАНОСКОПИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ТИПА ЛЮИСА	383
Юлдошева М.У., Кодирова С.Г., Юлдошева М.У.	385
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МНОГОВОДИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	385

Юлдошева М.У., Олимова Ф.З.	386
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ	386
Юнусов И.А., Махмаджонов Б.К., Мамадиев З.А.	387
PRP-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА	387
Юнусов И.А., Махмаджонов Б.К., Мираков Б.Т.	388
ЛЕЧЕНИЕ КОКСАРТРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОБСТВЕННОЙ ПЛАЗМЫ, НАСЫЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ (PRP)	388
Юнусов И.А., Хасанов Б.Н., Муминжонов С.А.	389
ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОБСТВЕННЫМИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТЕВЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ	389
Юнусов И.А., Курбанов С.Х., Мамадиев З.А.	391
ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ МЕТОДОМ ПОНСЕТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	391
Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Махаммадиев А.А.	391
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ	391
Юсупов З.Я., Ибрагимов И.У.	392
НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЖИТЕЛЕЙ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ТЕРРИТОРИИ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА	392
Якубов С.Я., Сангинов М.Т., Нуров Ф.Н.	393
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	393
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	396
Абдиева Д. Х., Дырда Н. И., Валиева М. С.	396
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРАПИИ ЧЕСОТКИ	396
Абдиева Д.Х.	397
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА	397
Абдулаева Д.Ю., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н.	399
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА	399
Аджит Кумар, Мухаммадиева К.М., Рахмонов Ф.М.	400
ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСХРОМИЙ НА КОЖЕ ЛИЦА	400
Алиева Е.Г., Фаттоева Н.В.	401
ПРИМЕНЕНИЕ АМПЛИПУЛЬС-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	401
Аминов С.Д., Каримова Г.А.	402
ВЛИЯНИЕ ДАРМОНАЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ	402
Анварова Ш.С., Музафарова М.Э.	403
ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В РЕГИОНЕ МНОГОРОЖДАЕМОСТИ	403
Анварова Ш.С., Джаборова М.С., Абдулхаков И.	404
НАШ ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПРЕДГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	404
Анварова Ш.С.	406
ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ РОСТ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТАДЖИКИСТАНЕ	406
Асоев М.М., Саидов П.А.	407
АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	407
Асоев М.М., Мухитдинзода М.А.	409
ЗНАЧИМОСТЬ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	409
Асоев М.М.	410
ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	410
Асоев М.М., Асоева М.М., Мухитдинзода М.А.	412
РЕЗИДУАЛЬНАЯ СТАДИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	412
Асоев М.М.	414
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	414
Асрори Мухтор, Мустафакулова Н.И., Хакими Мухаммад Ага	415

частота и особенности течения осложнений гемофилии.....	415
Ахмедов Б.Т., Хасанов Д.Дж., Иброгимов Х.Б.	416
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ГРАНИЦ ЛИЧНОСТИ	416
Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Одилозода И.Ё.	417
МЕТОТРЕКСАТ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА	417
Ахмедов ¹ И.А., Амриллаев ² У.Ш.	419
ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ L-КАРНИТИНА НА МЫШЕЧНУЮ СЛАБОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.	419
Бадалова С.А., Гафаров М.С., Навджуванов И.М.	421
СОСТОЯНИЕ Свёртывающей и антикоагулянтной системы крови у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от чувствительности к аспирину	421
Баротов И.И., Бандаев И.С., Рахмонов Ё.Х.	422
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ ЗАКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ ЯВАНСКОГО РАЙОНА.....	422
Баротов И.И., Бандаев И.С., Рахимова Д.С.	425
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ НАПРАВЛЕННОСТЬ К УЛУЧШЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	425
Бикмурзин А.К., Романов М.Д., Левина Т.М.	426
ПЕЙСМЕКЕРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БРАДИАРИТМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС	426
Бобиева Н.Х., Набиев П.З.	428
ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	428
Бобиева Н.Х., Субханова З.И., Набиев П.З.	429
ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	429
Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г., Умаров А.А.	430
ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО СНА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	430
Бобоходжаев О.И. ¹ , Пулатова С.Дж. ² , Абдуллоев Н.Н. ³	431
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ COVID-19, ТУБЕРКУЛЁЗА И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ	431
Боев С.Н., Талабова М.М., Охонова О.Д.	432
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К БОЛЕЕ РЕАЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРЬЕЗНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	432
Боев С.Н., Талабова М.М., Махмудзода Х.Р.	434
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	434
Бозоров С.С., Гафоров А.А., Мухаммадиева К.М.	435
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ.....	435
Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Абдурахмонова М.М.	437
ХУСИСИЯТХОИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИ ВА ТАБОБАТИ ЭШИРИХИОЗХО ДАР КҶДАКОНИ СИНУ СОЛИ БАРВАКТИ.....	437
Боймуродов А.А., Саидзода С.А., Махмадова Х.Ф.	438
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕШЕНСТВА ПО ДАННЫМ ГКИБ Г. ДУШАНБЕ.....	438
Боймуродов А.А., Умарова Дж.А., Самиева Ф.Ш.	439
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	439
Боймуродов А.А., Сафаралиев М.К., Нумонов Х.А.	440
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ	440
Бораджабова Н.Б., Азонов Д.А., Одинаев Ш.Ф.	442
ПРОНИЦАЕМОСТЬ КОЖНЫХ И БРЮШНЫХ КАПИЛЛЯРОВ	442
Булычева Е.В.	443
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОТСКОВ 15-17 ЛЕТ	443
Бычкова Н.Ю., Липова Е.В., Глазко И.И.	445
КОСМЕТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ COVID-19.....	445
Вагабова Ш.Б., Асадова Ш.Ш., Асадов Б.М.	448
Характеристика непсихотических психических расстройств у беременных	448
Валиева М. С., Абдиева Д. Х., Дырда Н. И.	449

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ.....	449
Величко Е.Н. ¹ , Бульчева Е.В. ¹ , Бульчев В.В. ²	451
ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	451
Вохидова А.П., Рахмонов Э.Р., Хабибзода Х.Х.	452
МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19	452
Ганиева М.П., Шамсов А.Т., Ибрагимов А.Ф.	454
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ	454
Ганиева М.Т., Исрофилов М.О.	455
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	455
Ганиева М.Т., Исрофилов М.О., Зарипов Н.	456
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	456
Ганиева М.Т., Абдурахмонзода Т.А., Давлатмирова Г.Ш.	457
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРЕХОДА ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ В ХРОНИЧЕСКУЮ МИГРЕНЬ	457
Ганиева М.Т., Исрофилов М.О., Зарипов Н.А.	459
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДОСТОВЕРНОСТЬ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	459
Ганиева М.Т., Саидов П.А., Хайдарова У.З.	460
КРИТЕРИИ РИСКА ИНСУЛЬТА	460
М.Т. Ганиева, Н.Г. Асилова, У.З. Хайдарова	462
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ДЕБЮТА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ (БОЛЕЗНЬ ХИРАЯМА)	462
Ганиева М.Т., Абдурахмонзода Т.А., Хайдарова У.З.	463
КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	463
Ганиева М.Т., Нажмиддинова М.Н., Исрофилов М.О.	464
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ.	464
Ганиева М.Т., Н.А. Зарипов, Н. Нуралиев	466
НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА – ВЗГЛЯД АБУАЛИ ИБНИ СИНО НА НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	466
Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Рахимзода О.Ш.	468
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРОГНОЗА СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ	468
Ганиева М.Т., Холматова Г.К., Ашуров Р.Д.	469
ЭЛЕКТРОЭНСЕФАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	469
Ганиева М.Т., Хусейнова М.М., Абдурахмонзода Т.А.	471
ИХТИЛОЛИ КОГНИТИВИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ИХТИЛОЛИ ГАРДИШИ ХУНИ МАҒЗИ САР	471
Ганиева М.Т., Хусейнова М.М., Абдурахмонзода Т.А.	472
Омӯзиши омилҳои хавфи гузариши мигрени эпизодӣ ба мигрени музмин	472
Ганиева М.Т., Шарофиддинов И.А., Исрофилов М.О.	473
ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	473
Ганиева М.Т., Таджидинов Т.Б., Одинаева М.А.	474
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	474
Глуткина Н.В. ¹ , Норик С.Ф. ²	475
ЗНАЧЕНИЕ мелатонина В развитии ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА при КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	475
Гулова Р.М., Рахимова Д.З., Якубов Д.М.	477
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	477
Гулова Р.М., Сохибов Р.Г., Шарипова Х.Е.	478
ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ МЕЛАТОНИНА	478
Гулова Р.М., Шарипова Х.Е., Абдуллозода С.М.	481
ЛИЧНОСТНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ И ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У МЕДРАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	481
Гулова Р.М., Сулаймонова Ш.А., Турсункулов З.Д.	483
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ЛЕЧЕБНУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19	483
Ганиева М.Т., Гулямов Ш.Г., Султонов У.Р.	485

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ДИСТРОФИИ: ПОНЯТИЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ	485
Давлатмира Г.Ш., Рабоева Ш.Р., Рахимзода О.....	486
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	486
Давлатмирова Г.Ш., Хайдарова У.З., Абдурахмонзода Т.А.....	487
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННО-ОТЯГОЩЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНСУЛЬТА	487
Давлатмирова Г.Ш., Абдурахмонзода Т. А., Хайдарова У. З.....	489
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ.....	489
Дадабаев Р.Д., Алиев Х.И., Хомидзода Х.Х.	490
ОНИХОПАТИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ.....	490
Даминов Б.Т., Акбаров И.Б.	492
ИЗУЧИТЬ ЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С2 И С3 СТАДИИ	492
Джураева С. Д., Ниязова Н.Ф.	494
ЧАСТОТА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2ТИПА И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ.....	494
Дододжони А., Рахимова Д.С.	495
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	495
Дододжони А.	496
ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	496
Дырда Н.И., Абдиева Д.Х., Валиева М.С.....	498
СКАБИОЗНАЯ ЛИМФОПАЗИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ.....	498
Ёдгорова М.Дж., Мукарамова Д.А., Аюбова Д.Х.....	499
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	499
Ёдгорова М.Дж., Носирова М.П., Курбонов А.Д.	500
АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО-РЕФЛЮКСНОЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	500
Ёдгорова М.Дж., Иномзода Д.И., Обидова Ш.В.	502
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д, КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	502
Зайнаббиди Х.С., Иноятова Н.А.....	503
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	503
Зоидбоева Н.З., Навджуванов И.М., Одинаев Ш.Ф.,.....	504
Гормоны Щитовидной железы в аспекте патологии сердца у рабочих алюминиевого производства	504
Зоидбоева Н.З., Эмомзода И.Х., Одинаев Ш.Ф.	506
Формирование анемического сердца у пациентов С хронической железodefицитной анемией	506
Зоирова Н.П., Саидзода Б.И., Абдурахмонов Р.И.	508
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЕЁ ЛЕЧЕНИЯ.....	508
Зуфаров П.С., Абдумаджидова Н.Х., Акбарова Д.С.....	510
КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ ГАСТРИТОЛОМ	510
Зуфаров П.С., Каримов М.М., Пулатова Н.И.....	512
ПРОКИНЕТИКИ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ.....	512
Ибрагимов А.Ф., Шоназарова М.А., Шарифов М.М.....	513
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ	513
Иззатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х.	514
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТОЛА У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТОЙСТВАМИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЭНДОКРИНОЛОГА	514
Иномзода Ч.И., Ёдгорова М.Ч., Носирова М.П.	516
ТАРЗҲОИ МУКАММАЛИ ТАБОБАТ ДАР ФАЪОЛИЯТИ ТАБИБОНИ ОИЛАВИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН.....	516
Иноятова Н.А., Пирматова М.А., Астанова М.К.....	518
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	518
Иноятова Н.А., Пирматова М.А.....	520
ОЖИРЕНИЕ. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.....	520
Иноятова Н.А., Астанова М.К., Сайфиддинзода З.Х.	521
АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	521
Исмоилов И.И., Шарапова М.С., Кокнаева Н.И.....	522

КЛИНИКА ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	522
Исмоилов И.И., Шарапова М.С., Кокнаева Н.И.	524
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КАРТИНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	524
Исмаилова Дж.Ф., Асадов Б.М., Вагабов Н.Э.	526
особенности Потребностей больных шизофренией, находящихся на различных стадиях выздоровления.....	526
Исматуллоева С.С., Сабурова А.М., Курбанова М.Б.	527
МАЛООНОВЫЙ ДИАЛЬДЕГИД У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО	527
Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Баротов А.З.	528
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ	528
Исматуллоева С.С., Сабурова А.М., Насырджанова Х.Р.	529
СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО	529
Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М.	530
АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ДЕТЕЙ ПРИ НЕСЕГМЕНТАРНОЙ ФОРМЕ ВИТИЛИГО.....	530
Исматуллоева С.С., Мухамадиева К.М., Джураева Ш.Х.	531
КАМУФЛЯЖ ВИТИЛИГО.....	531
Исмоилов А.Б., Хурсанов К.А., Цой В.Н.	532
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГКИБ Г. ДУШАНБЕ.....	532
Исрофилов М.О., Ганиева М.П., Нуралиев Н.М.	533
ПРОГНОЗ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.....	533
Исрофилов М.О., Ганиева М.Т., Шарипов Ш.А.	534
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	534
Кадырова Д.А.	536
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП.....	536
Кадырова Д.А.	537
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	537
Кадырова З.Д., Нисанбаева З.Х., Гончарова М.С.	538
ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА.....	538
Кодирова З.Д., Гончарова М.С.	539
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ	539
Камолова Г.Н., Мустафакулова Н.И., Абдулаева Д.Ю.	541
ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА Менингеальной формы Нейролейкемии у больных острым лимфобластным лейкозом (случай из клиники).....	541
Караматуллаева З.Э., Ибрагимова Э.Ф.	542
АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ БОЛЕЗНИ COVID-19	542
Каримова Г.Н., Шукурова Р.А., Халилова Д.А.	543
МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА.....	543
Кароматов И. Д., Баймурадов Р.С.	545
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ. ФИТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ИНФОРМАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ	545
Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И., Абдулаева Д.Ю.	546
МИКОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	546
Хайдарова Д.Д., Мухиддинов А.И., Касимова Б.С.	547
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	547
Кахоров И.М., Исоева Б.И., Назармаматова З.Б.	549
ДЕМОДЕКС - АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	549
Курбанова М.Б., Ганиева М.Т.	550
МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЦЕРВИКОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	550
Курбанова М.Б., Ганиева М.Т., Хусейнова М.М.	551
РОЛЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	551
Мавлянов ¹ И.Р., Бекенова ² Г.Т.	552
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ.....	552
Мавлянов ¹ И.Р., Мавлянов ² С.И.	552
ФАРМАКОЭКОНОМИКА - КАК ИНДИКАТОР РЕНТАБЕЛЬНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	552
И.Р.Мавлянов ¹ , С.И.Мавлянов ² , Н.Ш.Усмоналиева ³ , З.И.Мавлянов ¹ , А.А.Хамраев ⁴	553

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	553
Мавлянова Н.Т.	554
СЕРОТИПИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОСОГЛОТОЧНЫХ S.PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ.....	554
Мадалиев К.А., Шукурова Ф.Ш., Баратов А.З.	555
СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА -6 У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ	555
Маджидова.Г.Т., Исометдинова З.С., Касимова Б.С.	557
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ COVID-19 НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИДРОМОМ.	557
Матинов Ш.К., Рахмонов Дж.Э.	558
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛОЭ С ВИТАМИНОМ В 12 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА. ..	558
Махмадалиев Ф.Н., Мустафакулова Н.И., Камолова Г.Н.....	559
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА С УЧЁТОМ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНДИВИДУУМА.....	559
Махматмуродова Н.Н., Шухратов Х.Д.....	560
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	560
Мехмонов П.Х., Бобоходжаева З.Б.	561
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ	561
Мехмонов П.Х., Юсупова М.Х.....	563
СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙКАТАСТРОФЫ.....	563
МирзокалоноваМ.Дж., Мукарамова Д.А., ЁдгороваМ.Дж.	564
МИОМИН – В ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	564
Мирзокаримова Н.С., Мустафакулова Н.И., Кароматова Т.И.	566
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЛИМФОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ КИШЕЧНЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ.....	566
Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н	567
АУТИСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ	567
Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н.	568
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КИНСБУРНА	568
Ганиева М. Т., Миркосимова М. Н	570
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ФОРМ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ.....	570
Михайлова О.В.	571
ТУБЕРКУЛЕЗ У МИГРАНТОВ И ЛИЦ, ПРИРАВНЕННЫМ К НИМ, В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	571
Мукарамова Д.А., ЁдгороваМ.Дж., Ходжиматова З.Ф.....	573
СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	573
Муродов В.М., Нурализода М.А., Халимова Ф.Т.	575
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ И ЕЁ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ.....	575
Муродов Н.М., Обидова Ш.В., Муродов У.Н.....	577
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ. АНЕМИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	577
Муродов Н. М. Рахимова Д.С. Муродов У.Н.	579
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	579
Мусаева Д.М.	581
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ФАРМАКОТЕРАПИЮ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	581
Мусаева Л.Ж., Якубов А.В., Абдусаматова Д.З.....	583
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА/ВАЛСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	583
Мустафакулов С.С., Абдулаева Д.Ю., Кароматова Т.И.	585
СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	585
Мустафакулов С.С., Абдуллаева С.Н., Камолова Г.Н.....	585
ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ.....	585
Мустафакулов С.С., Кароматова Т.И., Камолова Г.Н.	586
ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	586
Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Кароматова Т.И.	587
СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЙКЕМИИ	587
Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.	587
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРЕКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА.....	587

Мустафакулов С.С., Абдуллаева С.Н., Хазраткулов П.Т.	588
ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ	588
Мустафакулова Н.И., Бодомова Н.С., Абдулаева Д.Ю.	589
ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ.....	589
Мухаммадиева К.М., Аджит Кумар, Джураева Ш.Х.	590
ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ.....	590
<i>Мухиддинов А.И., Хайдарова Д.Д., Ташкенбаева Э.Н.</i>	591
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИИ COVID-19 НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	591
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д., Миркосимова М.Н.	593
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ РИСКА ПАРКИНСОНИЗМА	593
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш. Д., Исрофилов М.О.	594
ВОПРОСЫ ЭФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С КЛИМАКСОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СБОРА.....	594
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д., Исрофилов М.О.	596
КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСМОЛЯРНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	596
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д., Саидов П.А.	598
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	598
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш.Д., Тождинов Т.Б.	599
ПСИХОВЕГГАТИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ.....	599
Нажмиддинова М.Н., Урунова Ш. Д., Саидов П.А.	600
ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕКСИЛЕЙДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	600
Назарова М.К., Расулов У.Р.	602
НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕНГАЛИН БОЛЬНЫМ ХОБЛ с ГЭРБ	602
Нисанбаева З.Х. ¹ , Гончарова М.С. ¹ , Холикова Н. ²	603
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ, МАСКИРУЮЩИХСЯ ПОД КЛИНИКУ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	603
Нисанбаева З.Х. ¹ , Гончарова М.С. ¹ , Музафарова А.Л. ²	604
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ.....	604
Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б.	605
ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У МОЛОДЫХ: ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ	605
Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б., Пирматова М.А.	606
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА.....	606
Носирова М.П., Ёдгорова М.Дж., Амири Г.Х.	607
КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ КОКЛЮШНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ.....	607
Носирова М.П., Иномзода Д.И., Рахмонов Ё.Х.	609
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТФОРМИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	609
Ганиева М.Т., Нуралиев Н.М., Саидов П.А.	610
КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИЕ НЕВРОПАТИИ.....	610
Нурализода О.Ш., Бобоева С.Х., Бобоев Б.Н.	611
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ.....	611
Охорова О.Д., Ятимова С.А., Шарипова М.А.	612
СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	612
Пирмахмадзода Б.П., Бобоходжаев О.И., Махмудов М.О.	614
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЁЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	614
Пирова Г.Д., Сохибов Р.Г. , Султонов Х.С.	614
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.....	614
Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю.	616
РЕГИСТР КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДПОСЫЛКИ К СОЗДАНИЮ.....	616
Побиванцева Н.Ф., Сурмач М.Ю.	617
ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ БАЗЫ ДАННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ БРЕСТСКОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.....	617
Праскурничий Е.А., Китаева Ю.С., Бадыкова К.М.	619

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА, ПОЛУЧИВШИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ.....	619
Пронько Т.П., Снежицкий В.А., Горчакова О.В.....	621
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ P2RY12, ITGB3, ITGA2 И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД РУБЦЕВАНИЯ.....	621
Пулатова Д.Б., Якубов А.В., Усманова Ш.Э.....	622
ИНДОМЕТАЦИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРО- И НЕФРОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИПРОЛИНА В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА И ТКАНИ ПОЧЕК И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО РЕГУЛЯЦИИ.....	622
Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Хайдарова У.З.....	624
БЕМОРИИ САРЪИ СИМПТОМАТИКИ ДАР КЎДАКОН.....	624
Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Асилова Н.Г.....	625
КОРРЕКЦИЯ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	625
Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Давлатмирова Г.Ш.....	626
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЕЙ.....	626
Рабоева Ш.Р., Ганиева М.Т., Тоджидинов Т.Б.....	628
НАСЛЕДСТВЕННО-ОТЯГОЩЕННАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ИНСУЛЬТОМ.....	628
Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Джуракулова Ф.М.....	630
ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНЫХ КУРСОВ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП ПО УПРАВЛЕНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	630
Расулов У.Р., Назарова М.К.....	631
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АМБРОКСОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ С ГЭРБ.....	631
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Али-Заде С.Г.....	633
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ.....	633
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Расулов У.Р.....	635
СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	635
Рахимов К.Д., Абуова Ж.....	636
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА КОРНЯ СОЛОДКИ.....	636
Рахматуллоева З.Р. ¹ , Хайдарова С.Ф. ¹ , Рахмонова М.М. ²	637
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	637
Рахмонов Э. Р., Надиров И. Б., Рахматуллоев С. Д.....	639
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	639
Рахмонов Ч.Э., Тошева Ш.А., Иронов О.С.....	640
ИНКИШОФ, АЛОМАТҲОИ САРИРӢ ВА ТАБОБАТИ БОТУЛИЗМ.....	640
Рузиев Х.Б. ² , Бобоходжаева М.О. ¹ , Хамдамова Д.О. ²	642
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЁЖИ.....	642
Рустамова Ш. А., Вафокулова Н. Х.....	644
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, РОДИВШИХСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ.....	644
Саидзода Б.И., Косимзода А.М., Гаиров Х.М.....	646
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011 – 2020 ГГ.....	646
Ганиева М.Т., Саидов П.А., Исрофилов М.О.....	648
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТУННЕЛЬНЫМИ СИНДРОМАМИ.....	648
Ганиева М.Т., Саидов П.А., Исрофилов М.О.....	648
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	648
Саидова Ш.А., Акбарова Д.С., Мусаева Л.Дж.....	650
ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ.....	650
Сайдалиев А.Ф., Халифаев Х.Д., Чоршанбиева Х.М.....	651
ОРИЗАҲОИ БЕМОРИИ БАНОГУШАКИ КАЛОНСОЛОН ДАР ШАРОИТИ ҲОЗИРАИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН.....	651
Салихов О.Х. ¹ , Бобоходжаев О.И. ² , Сафаров Б.И. ²	653
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ.....	653
Салихова А.Х., Гончарова М.С.....	654
МЕТАДОН: ИСТОРИЯ, ПРИМЕНЕНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ.....	654

Самиева Ш.Т., Иноятова Н.А., Зайнаббихи Х.....	655
О ВЛИЯНИИ БИГУАНИДОВ НА СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ ПРИ ОЖИРЕНИИ.....	655
Самиева Ш.Т., Насридинов Ф.М.....	656
ОЦЕНКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСВЕННОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА ПРИ ОЖИРЕНИИ.....	656
Сангова Ф.Р., Зоидбоева Н.З., Султонова С.С.....	656
ТРИГГЕРЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	657
группа.....	657
Сафаров Ш.А., Исоева Б.И., Каххоров И.М.....	658
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ.....	658
Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Исоева Б.И.....	659
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА.....	659
Сохибов Р.Г., Гулова Р.М., Шарипова Х.Е.....	661
ЧАСТОТА ФОРМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЕГО ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОВ ДО 60 ЛЕТ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ.....	661
Сохибов Р.Г., Бобоев Ф.Д., Замунов О.А.....	662
ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ С МЕЛАТОНИНОМ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	662
Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Хакимов Ё.В.....	663
КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	663
Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н., Мангитова Ч.Г.....	664
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ С МЕЛАТОНИНОМ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	664
Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н., Абдулхаков И.А.....	665
ПРИМЕНЕНИЕ СИОЗС У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ В ПРАКТИКЕ ОБЩЕГО ТЕРАПЕВТА.....	665
Субханова З.И., Субхонов М.С., Икромов Б.Б.....	667
ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНО РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....	667
Субханова З.И., Бобиева Н.Х., Меликова Т.И.....	668
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ СТАРЧЕСКОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	668
Субханова З.И., Бобиева Н.Х., Икромов Б.Б.....	670
ФАКТОРЫ РИСКА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ.....	670
Султонова С.С., Зоидбоева Н.З., Сангова Ф.Р.....	671
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОСКОПИИ У РАБОЧИХ «ТАДЖИК ЦЕМЕНТ».....	671
Суннатова Г.И., Маджидова Г.Т., Касымова Б.С.....	673
ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ II СТАДИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.....	673
Таджидинов Т.Б., Исаева М.Б., Собиров Ш.М.....	673
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОПАТИЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.....	673
Таджидинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Комилов Т.Б.....	675
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	675
Таджидинов Т.Б., Рабоева Ш.Р., Абдурахмонзода Т.А.....	676
ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	676
Таджидинов Т.Б., Ганиева М.Т., Исоева М.Б.....	677
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	677
Талабова М.М., Боев С.Н., Охонова О.Д.....	678
ПОИСК, ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СОЧЕТАНИЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	678
Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д., Мухиддинов А.И.....	680
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ COVID-19.....	680
Тишкова Ф.Х., Ёдгоров М.Дж., Мирзокалонова М.Дж.....	683
ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КАК ФАКТОР РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	683
Тягушева Е.Н., Чернова Н.Н., Китаева Л.И.....	685
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ВИТАМИННОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИВОЛЖСКОГО И СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ.....	685
Узакова Г. З.....	686

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМАХ РОЖИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	686
Умарзода С.Г., Туменова Б.Н., ...	689
КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПОНЯТИЕ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ	689
Умаров А.А., Сохибов Р.Г., Умарова С.А.	691
ВАРИАНТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	691
Умаров А.А., Умарова С.А., Назарова Г.О.	693
ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ	693
Ураков К.З., Шамсов А.Т., Ходжиева Г.Б.	694
ФЕБРИЛЬНЫЕ НЕЙТРОПЕНИИ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ХИМИОТЕРАПИЕЙ	694
Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т., Шоназарова М.А.	695
ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ	695
Усмонзода Х.Дж., *Эгамова Ш.Б., *Шокирова У.С.	697
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА У БОЛЬНЫХ ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ	697
Усмонзода Х.Д., Эгамова*Ш.Д., Косумшоева	698
К.Б. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ.	698
Фаридов А.А., Баходуров К.А., Абийиров Ф.А.	700
ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В», «С» И ВИЧ ИНФЕКЦИИ У НОВОБРАЧНЫХ	700
Фаттоева Н.В., Алиева Е.Г.	701
ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	701
Мубоширова Г.	702
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	702
Хабибзода Х.Х., Рахмонов Э.Р., Гадойбоев М.Р.	703
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19	703
Хайдарова Д.Д., Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И.	704
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЕ COVID-19 ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	704
Хайдарова С.Ф ¹ , Рахматуллоева З.Р ¹ , Ходжаева З.Г ²	705
ПРИМЕНЕНИЕ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	705
Хайдарова У.З., Ганиева М.Т., Рабоева Ш.Р.	706
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ	706
Хайдарова У.З., Давлатмирова Г. Ш., Абдурахмонзода Т.А.	708
ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ МИГРЕНЬЮ	708
Хакимова З.Ф., Пачаджанова Х.Н., Холматов З.В.	709
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	709
Халилова Д.А., Каримова Г.Н., Хусейнзода Ш.А.	710
ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	710
Хамдамова Д.О. ² , Бобоходжаева М.О. ¹ , Рузиев Х.Б. ²	712
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕВОЧЕК ПЕРЕХОДНОГО ВОЗРАСТА	712
Хамидов Н.Х., Шарифова Н.Дж, Гайратов Д.А.	713
ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	713
Хамраев З.С.	714
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭПИЛЕПСИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	714
Хамраева Н.А. ¹ , Исламова К.А. ² , Абдушукурова К.Р. ³	714
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	714
Хасанов Д.Дж., Ахмедов Б.Т., Аюбджонова Ш.Н.	716
СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА	716
Хасанов М.Н., Эргашев И.З., Собиров К.Т.	717
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	717
Хасанов М.Н., Бобоев Б.Н., Раджабзода Б.Н.	719

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	719
Хасанова Х.Т., Ёдгорова М.Д.	719
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИЧИНЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ	719
Хасанова Х.Т., Ёдгорова М.Д., Шарифзода Х.С.	722
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИЧИНЫ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ	722
Ходжиев М.А., Хусейнова М.	724
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ СНЯТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	724
М.Т. Ганиева, Г.К. Холматова	726
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	726
Ганиева М.Т., Холматова Г.К.	728
ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ. ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ	728
Ганиева М.Т., Холматова Г.К.	731
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИРАМАТА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	731
Холов С.М., Нодирова З.С., Ризоева О.Р.	732
ПОИСК И ИДЕНТИФИКАЦИЯ НАИБОЛЕЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЕВОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ В ДЕБЮТЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	732
Холов С.М., Нодирова З.С., Асламова М.М.	734
ЭФФЕКТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРИНЦИПАХ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НА ПАРАМЕТРЫ АКТИВНОСТИ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	734
Ходжиев М.А., Хусейнова М.	736
ТАКТИКА, МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	736
Ходжиев М.А., Хусейнова М., Юшкова О.И.	738
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	738
Худоерзода К.Х., Хакимов Ё.В., Абдуллоева С.	740
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И НЕЙРОКОВИД У ПОЖИЛЫХ И БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	740
Хурсанов К.А., Исмоилов А.Б., Цой В.Н.	741
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В УСЛОВИЯХ ТАДЖИКИСТАНА	741
Цой В.Н., Рахманов Э.Р., Ёрова С.К.	742
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	742
Шамсова А.	744
Шамсов А.Т., Уроков К.З., Ганиева Г.Б.	745
ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАИ ИНГИБАТОРИ ТИРОЗИНКИНАЗИ НАСЛИ АВВАЛ (ГЛИВЕК) ДАР МАВРИДИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОР БА МИЕЛОЛЕЙКОЗИ МУЗМИН ҲАНГОМИ ДАВРИ МУЗМИНИ БЕМОРИ ТИБҚИ МАЪЛУМОТҲОИ ШУЪБАИ ГЕМАТОЛОГИЯИ МД ММТ ҶТ “ШИФОБАҲШ”	745
Шамсов А.Т., Шарипов М.М., Камолова Г.Н.	746
Шамсов Б.А., Шамсов А.Т., Камолова Г.Н.	747
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ И ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ	747
Шарапова М.С., Исмоилов И.И., Салихов Х.Х.	749
СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПОЗДНЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	749
Шарипова Х.Ё., Сохибов Р.Г., Турсункулов З.Дж.	751
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ АССОЦИИРОВАННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	751
Шарифзода Т.М., Шаропова Т.Б., Махмадова Х.Ф.	752
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ФАСЦИОЛЕЗА У ДЕТЕЙ	752
Шарифов М.М., Ибрагимов А.Ф., Зокирова М.Н.	754
НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА	754

ПЕДИАРИЯ.....	756
Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.....	756
РОЛЬ И ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЛЛЕРГЕНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	756
Абдуллаева Н. А., Кадырова М.Р., Хайдарова О.Ф.....	757
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ И ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	757
Абдуллаева Н. А., Кадырова М.Р., Усмонова Д.Ш.....	758
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	758
Алиперова Н.А.	759
ВИРУС ЭПШТЕЙНА –БАРР У ДЕТЕЙ.....	759
Андросюк Ю.Б., Лазарчик И.В., Андросюк Н.А.	760
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРШАЛЛА У РЕБЕНКА.....	760
Бабаева Л.А., Ходжаева О.Т.	762
ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ	762
Бабаева Л.А., Якубова З.Х.	763
ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ.....	763
Бабаева Л.А., Нагзибекова Д.Д.....	764
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭЛЬКАР В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И СНИЖЕННЫМ АППЕТИТОМ.....	764
Бадалова З.А., Мирзоева З.Э.	766
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ.....	766
Бакоев Ф.С., Наджмидинова Д.Дж.....	766
ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	766
Белых Н.А., Пизнюр И.В., Никифоров А.А.....	768
ВЛИЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ВИТАМИНОМ D НА БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	768
Гойибова Н. С., Гарифулина Л.М.....	769
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	769
Аниеева Н.А., Гречкина А.К., Гончарова П.О.....	771
АУТОИМУННЫЙ ПОЛИГДАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ I ТИПА. СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	771
Давлатова С.Н., Исмаилов К.И., Абдурахманова У.Ш.	773
БЕТА-ТАЛАССЕМИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	773
Джумаева ¹ Л.Ф., Исмаилов ² К.И., Саторов ³ С.....	774
КОРРЕЛЯТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	774
Зиядуллаева Хулкар Облакуловна, Дильмурадова Клара Равшановна.	776
ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ.	776
Исмаилов К.И., Мухаммаднабиева Ф.А., Ходжаева Н.Н.	780
ДИСФУНКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	780
Исмаилов К. И., Зайнудинова П. К., Назарова Д. Р.	781
НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	781
Исмаилов К.И., Музаффаров Ш.С, Исмаилова М.А.....	784
К ВОПРОСУ ДИСБАЛАНСА БУФЕРНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	784
Кабилова Б.Х.	786
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ.....	786
Кабилова Б.Х., Самиева Н.Ш.....	787
РИСК ИНВАЛИДИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ.....	787
Ковальчук В.И., Балинская Ю.В.	788
ЦИСТИТЫ У ДЕТЕЙ.....	788
Кузибаева Н.К., Сатторова А.П., Омонов Э.О.	789
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРЕАТИНКИНАЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	789
Кузибаева Н.К., Сатторова А.П., Маматов Ж.А.....	791
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	791

Кузibaева Н.К., Маматов Ж.А., Халилова Г.Б.	792
ДИГНОСТИКА ОСТРЫХ МИОКАРДИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	792
Курбонов Н.Б., Давлатова С.Н., Джураев М.Н.	792
К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ.....	792
Лим М.В., Шамсиддинова М.Ш.	794
ПОКАЗАТЕЛИ ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ У ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ.	794
Материал и методы исследования.....	794
Список литературы.	795
Маджонova М.Дж., Умарова Г.А., Мамаджарова М.Г.	795
СОВРЕМЕННАЯ КОРЬ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	795
Маджонova М.Дж., Ходжаева Н.М., Толибов А.Х.	797
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ	797
Мамаджанова Г.С.	798
РЕАКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	798
Мысливец М.Г., Парамонова Н.С.	800
НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА Д У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....	800
Наврузкулова Ш.Ф.	801
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	801
Насридинова Н.Н.	802
СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ.....	802
Пирматова Т.А., Мамаджанова Г.С.	803
ДЕТИ РАННЕГО ВОЗРАСТА СО СКЛОННОСТЬЮ К РЕСПИРАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	803
Раимкулова Д.Ф. ¹ , Бегматов Б.Х. ¹ , Аладова Л.Ю. ²	804
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ.....	804
Расулова С.А., Исмаилов К.И., Ризоева М.Н.	805
СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЯМИ	805
Рахимова Д.О., Рахимов Б.С., Олимов Н.К.	807
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	807
Рахманова Г.А., Табарова Н.М., Шарипов З.Х.	808
СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	808
Рахматуллаева М.А.	809
КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА - ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	809
Рахмонов Э.Р., Саидмурадова Г.М., Каримова М.Б.	811
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2013-2023 г.г.).....	811
Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.	812
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.	812
Саидмурадова Г.М., Исоева М.Ф., Сафаров Д.А.	813
КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	813
Саидмурадова Г.М., Назарова З.С., Фузайлова М.С.	814
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	814
Самиева Н.Ш.	817
ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ВНУТРИУТРОБНЫХ ПНЕВМОНИЙ	817
Султонбеков Н.С., Давлатова С.Н., Ходжаева Н.Н.	818
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ ИМПЕДАНСА	818
Томчик Н.В., Корончик Е.В., Новицкая А.О.	819
УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ РАЗНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О ВИТАМИНЕ D.....	819
Турсунова М.Х., Аминов С.Д.	821
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ИММУНАЦЕЯ» НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ САМОК КРЫС	821
Умаров А.У.	822
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ.....	822
Файзуллоев Н.Ф., Ходжаева Н.М.	823

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В ГИПЕРЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ.....	823
Файзуллоев Ф.А. ^{1,3} , Таджибаева З.А. ² , Нуралиева Г. ^{2,3} , Холмуминов Д. ³	825
МИОКАРДИТЫ У ДЕТЕЙ.....	825
¹ Хабибов И.М., ² Бердиев Р.Н., ³ Вохидов А.	826
КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ.....	826
Хайдарова О. Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.....	828
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	828
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.....	829
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	829
Ходжаева Н.М.	830
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	830
Ходжаева Н.М., Файзуллоев Н.Ф., Маджоннова М.Дж.....	832
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	832
Ходжаева Н.М., Маджоннова М.Дж., Комилов И.А.	833
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДА ДУШАНБЕ.....	833
Ходжаева Н.М., Маджоннова М.Дж., Умарова Г.А.	834
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА В ТЕРАПИИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	834
Ходжаева Н.М., Саидмуродова Г.М., Маджоннова М.Дж.	836
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	836
Ходжаева Н.Н., Боев Б.Х., Восиева Н.С.....	837
ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ У ДЕТЕЙ	837
Ходжаева Н.Н. ¹ , Исмоилов К. И. ¹ , Содиков Н.М. ²	838
СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ПЕРИТОНИТОМ У ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	838
¹ Хокиров Д. С., ² Вохидов А.	839
МОДИФИЦИРУЕМЫЕ И НЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКИ-ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ.	839
Хотамова М.Н.	841
ВОЗДЕЙСТВИЕ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА	841
Исмаилов К. И., Хусенова М. С.	842
СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО ГОМЕОСТАЗА КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	842
Шарипов А.Д., Муродова М.К., Дустов Н.Д.	844
ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОН-1 У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИМИ ДИАТЕЗАМИ.	844
Шарипов А.Д., Дустов Н.Д., Пулатова Ф.Дж.	845
ГИПОТРОФИЯ У ДЕТЕЙ.....	845
Шарипова М.М., Исмоилов К.И.	846
ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С БРОНХИОЛИТОМ И ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	846
Шарипова М.М., Мирзоев М.Н., Бустонов А.	847
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	847
Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Касымова П.В.....	849
ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	849
Якубова З.Х., Бабаева Л.А.	850
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВЕДУЩИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕФРОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	850
Якубова З.Х., Бабаева Л.А., Бобоева Х.А.	852
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	852

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР:

HALEON

ОФИЦИАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:



ГЕДЕОН РИХТЕР



СПОНСОР-УЧАСТНИКИ:



*Подписано к печати 28.12.2023 г. Формат 60/84 ¹/₁₆.
Объём 55 п.л. Тираж 100.*