



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН



ГОО «ТАДЖИКСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»



ФГБОУ ВО «ПЕРВЫЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА
И. П. ПАВЛОВА»



БУХАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБН СИНО

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВЫЕ РУБЕЖИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ ТОМ 1 МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ



ИННОВАЦИИ • ТЕХНОЛОГИИ • ЗДОРОВЬЕ

Душанбе

30 октября 2026 года



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
ТАДЖИКИСТАН



ГОО «ТАДЖИКСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АБУАЛИ ИБНИ СИНО»



ФГБОУ ВО
«ПЕРВЫЙ САНКТ-
ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА
И. П. ПАВЛОВА»



БУХАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ
АЛИ ИБН СИНО

ЗЕҲНИ СУНЪӢ ВА ТИББИ РАҚАМӢ: УФУҚҲОИ НАВИ ИЛМИ ТИБ ВА АМАЛИЯИ ТИББӢ

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВЫЕ РУБЕЖИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND DIGITAL HEALTH: NEW FRONTIERS IN MEDICAL SCIENCE AND PRACTICE

Материалы международной научно-практической конференции (74-ой годичной),
посвящённой 35-летию Государственной независимости
Республики Таджикистан

ТОМ 1
**(хирургические дисциплины,
терапевтические дисциплины, педиатрия)**

Душанбе
30.10.2026

Организационный комитет конференции

Абдуллозода Дж.А.	Председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н., профессор
Муҳиддин Н.Д.	Заместитель председателя оргкомитета, ректор ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Багненко С.Ф.	Заместитель председателя оргкомитета, ректор ФГБОУ ВО «Первый Санкт -Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», д.м.н., профессор, академик РАН
Тешаев Ш.Ж.	Заместитель председателя оргкомитета, ректор Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибни Сины, д.м.н., профессор
Икромӣ Т.Ш.	Заместитель председателя оргкомитета, проректор по науке и инновации ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Кулагин А.Д.	Заместитель председателя оргкомитета, проректор по научной работе, заведующий кафедрой гематологии, трансфузиологии с курсом детской онкологии ФПО им. профессора Б.В.Афанасьева, директор НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачевой, д.м.н., профессора
Жарылкасынова Г.Ж.	Заместитель председателя оргкомитета, проректор по учебной работе Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибни Сины, д.м.н., профессор
Амонов М.М.	Заместитель председателя оргкомитета, проректор по научной работе Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибни Сины, PhD
Члены оргкомитета	
Юсуфи С.Дж.	Первый заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ Академик НАНТ, д.фарм. н., профессор
Ашуриён Ш.С.	Начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, д.м.н.
Додхон Дж.С.	Проректор по учебно-методической работе ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», д.м.н., профессор
Хусейнзода З.Х.	Проректор по лечебной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Ахрориён З.А.	Проректор по воспитательной работе ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Гулмахмадзода З.Г.	Проректор по хозяйственно-административной части ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.ф.н., доцент
Табариён Б.С.	Директор НИИ фундаментальной медицины, д.м.н., професоор
Зарифи Н.А.	Руководитель службы ректора, доктор PhD
Абдуллозода С.М.	Начальник учебно-методического управления, д.м.н., доцент
Махмудзода Х.Р.	Директор центра стратегического развития и и качества образования, к.м.н.
Али-Заде С.Г.	Начальник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент, ответственный секретарь
Саидзода Б.И.	Декан медицинского факультета, д.м.н., профессор
Набизода М.Х.	Декан медицинского факультета, к.м.н.
Давлатзода Б.Х.	Декан педиатрического факультета, к.м.н., доцент
Аминов Р.С.	Декан стоматологического факультета, к.м.н.
Сафарзода Р.Ш.	Декан фармацевтического факультета, к. ф.н., доцент
Бахтиёрова Н.Б.	Декан медико-профилактического факультета, доктор PhD
Назарзода Х.Н.	Начальник международного отдела, доктор PhD
Сафаров Б.И.	Начальник управления развития кадров, к.м.н., доцент
Неъматзода О.	Начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Джамолова Р.Дж.	Ученый секретарь ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Бобоходжаев О.И.	Ответственный редактор журнала «Наука и образование», д.м.н., профессор
Юсупов А.И.	Ответственный редактор журнала «Авджи Зухал», к.фил.н., доцент
Махмадализода Ф.Н.	Председатель комитета по делам молодежи
Власов Т.Д.	Декан лечебного факультета, заведующий кафедрой патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, д.м.н., профессор ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова
Ткаченко Т.Б.	Декан стоматологического факультета, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, д.м.н., профессор ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова
Боровец С.Ю.	Начальник отдела международных связей , д.м.н., профессор, профессор кафедры урологии с курсом урологии с клиникой ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова
Холматов П.К.	Ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж. С.	Ведущий специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Мавлонова С.Н.	Специалист отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Умарова З.Д.	Специалист отдела науки и инноваций
Сироджов С.М.	Специалист отдела науки и инноваций
Хушвахтов У.	Специалист отдела науки и инноваций
Мананова П.И.	Специалист отдела подготовки научных кадров, к.фил.н.
Нарзиева Ф.А.	Специалист отдела подготовки научных кадров
Субханова Г.С.	Специалист отдела подготовки научных кадров
Амирджонзода Х.С.	Директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии
Мазитов М.Г.	Главный редактор газеты «Ворисони Сино»
Назриев Н.Х.	Заведующий типографией ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
Болтаева Л.Х.	Заведующая библиотекой
Файзов Э.М.	Начальник отдела социального маркетинга
Азизов Дж.Н.	Директор центра информационных технологий
Сафаралиев Ф.Б.	Администратор сети центра информационных технологий
Тошев Х.Т.	Специалист международного отдела, доктор PhD

**ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ
И ЦИФРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:
НОВЫЕ РУБЕЖИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ**
*Вступительное слово ректора ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»
д.м.н., профессора Мухиддин Нуриддина Давлатали*

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» сердечно приветствую участников и гостей 74-й годичной международной научно-практической конференции «Искусственный интеллект и цифровое здравоохранение: новые рубежи медицинской науки и практики».

В этом году соорганизаторами конференции выступают ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» и Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины. Мы высоко ценим участие коллег в подготовке нашего научного форума. Сотрудничество наших вузов помогает обмениваться клиническим и педагогическим опытом, сопоставлять научные подходы и обсуждать общие задачи здравоохранения.

Программой предусмотрены десять секционных заседаний и пять симпозиумов. К обсуждению заявлено более 300 докладов по вопросам клинической и фундаментальной медицины, профилактики, фармации и гуманитарных дисциплин.

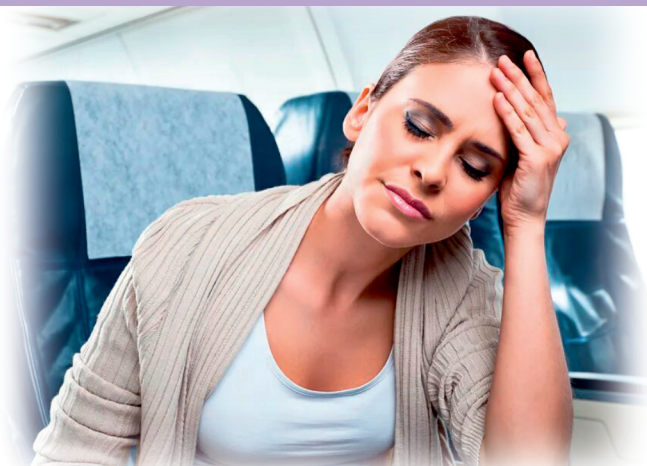
Предусмотрены выступления более 80 представителей зарубежных образовательных, научных и медицинских учреждений. В программе представлены организации семи стран: Таджикистана, России, Узбекистана, Казахстана, Беларуси, Кыргызстана и Республики Корея. Очные и дистанционные выступления расширяют возможности профессионального общения и обмена опытом.

Среди тем докладов - системы поддержки клинических решений в детской хирургии, цифровая лабораторная диагностика и применение искусственного интеллекта в медицинском образовании. Обсуждение этих направлений позволит сопоставить опыт исследователей с потребностями клинической практики.

Каждое цифровое решение, предлагаемое для клинической практики, нуждается в научной проверке. Надёжность результатов зависит от качества исходных данных, особенностей обследуемых пациентов и условий применения метода. Поэтому при обсуждении новых разработок необходимо уделять внимание их клинической эффективности и безопасности. Обязательными условиями такой работы должны оставаться защита персональных данных и уважение прав пациента.

Убеждён, что развитие технологий должно укреплять доверие между врачом и пациентом. Профессиональная ответственность, внимательное отношение к жалобам больного и самостоятельность клинического суждения сохраняют своё значение при использовании любых цифровых инструментов. Для нашего университета, носящего имя Абуали ибни Сино, подготовка врача связана с воспитанием уважения к человеку и готовности отвечать за принятые решения.

Для Таджикистана особое значение имеет доступность квалифицированной медицинской помощи жителям отдалённых районов. Дистанционные консультации и обмен медицинской информацией могут содействовать решению этой задачи. Их развитие требует надёжной связи, подготовленных кадров и согласованной работы медицинских учреждений с учётом потребностей пациентов.



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- В качестве снотворного средства: улучшает качество сна, ускоряет засыпание, снижает число ночных пробуждений, не вызывает ощущения вялости, разбитости и усталости при пробуждении
- В качестве седативного средства: регулирует цикл сон-бодрствование, положительно влияет на эмоционально-личностную сферу;
- В качестве адаптогена: адаптирует организм к быстрой смене часовых поясов, снижает стрессовые реакции; способствует организации биологического ритма и сна.

СИНХРОНИЗАЦИЯ СНА И ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ

Способ применения: Взрослым назначают внутрь по 1 таб. 1 раз/сут после приема пищи, вечером, за 1-2 ч перед сном.

БЕГРАДО

Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных инъекций или инфузий
10 флаконов



Инструкция по разведению и введению:



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Препарат рекомендован к применению в комплексной терапии следующих состояний:

Неврология

Профилактика и лечение дефицита витаминов группы В, полинейропатии различного генеза (диабетическая, алкогольная), невралгии, энцефалопатии.

Гастроэнтерология

Синдром мальабсорбции, состояния после обширных резекций желудка или кишечника, болезнь Крона, язвенный колит.

Терапия

Астенический синдром, восстановление организма после длительных заболеваний или инфекций

Эндокринология

Метаболический синдром, диабетическая нейропатия

Гинекология и урология

В комплексной терапии ВЗОМТ

Хирургия и реанимация

Полное парентеральное питание, послеоперационный период.



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

**Для лечения генерализованных или фокальных судорог
(у взрослых и детей):**

- ◆ Генерализованные судороги: абсансные судороги, клонические, тонические или тонико-клонические судороги, миоклонические судороги, атонические судороги, синдром Леннокса-Гасто;
- ◆ Фокальные судороги: простые или сложные судороги;
- ◆ Парциальные судороги с или без вторичной генерализации (в качестве монотерапии или в сочетании с другими противоэпилептическими препаратами).
- ◆ Профилактика рецидивов фебрильных судорог

Способ применения и дозы:

Для младенцев и детей обычная доза составляет 30 мг/кг массы тела в сутки.

Для подростков и взрослых обычная доза составляет 20-30 мг/кг массы тела в сутки

Валлортус желательно принимать во время еды:

- в 2 приема у пациентов младше 1 года,
- в 3 приема у пациентов старше 1 года.

Раствор смешивают с водой или соком (негазированными напитками) и принимают внутрь.



БАТМАЛИЯ

Таблетки, покрытые оболочкой №60
Ситаглиптин 50 мг
Метформин 850 мг/1000 мг



Показания:

Для пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

-как дополнение к диете и режиму физических нагрузок для улучшения контроля над гликемией у пациентов, у которых не достигнуто адекватного контроля на фоне монотерапии метформином, а также пациентам, которые уже получают лечение комбинацией ситаглиптина и метформина или в комбинации с производными сульфонилмочевинной или инсулином.

НОВЫЙ ПОДХОД В КОНТРОЛЕ ГЛИКЕМИИ

Способ применения:

Пациентам назначают внутрь по 1 таб. 2 раза/сутки.



Актореген

Депротеинизированный гемодериват крови телят

СИЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

В составе комплексной
терапии при:

- » Диабетической полинейропатии
- » Постинсультных состояниях
- » Деменции



Вегацеф

Цефтриаксон 1г

ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО ПО ДОСТУПНОЙ ЦЕНЕ

- ✓ **Активность в отношении большинства потенциальных патогенов**
- ✓ **Наличие двух альтернативных путей выведения**
- ✓ **Длительный период полувыведения (однократное введение в сутки)**
- ✓ **Возможность монотерапии**
- ✓ **Безопасность, минимум побочных эффектов**




Vegapharm



Велодеп

Сорбитол+Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид
+ Натрия лактат + Натрия хлорид

- Оказывает гемодинамический эффект
- Усиливает кровоток и доставку кислорода к жизненно важным органам и системам
- Вымывает метаболиты и токсины из повреждённых клеток, тканей, органов, улучшая перфузию в них

Жизнь в каждой капле!



Раствор для инъекций

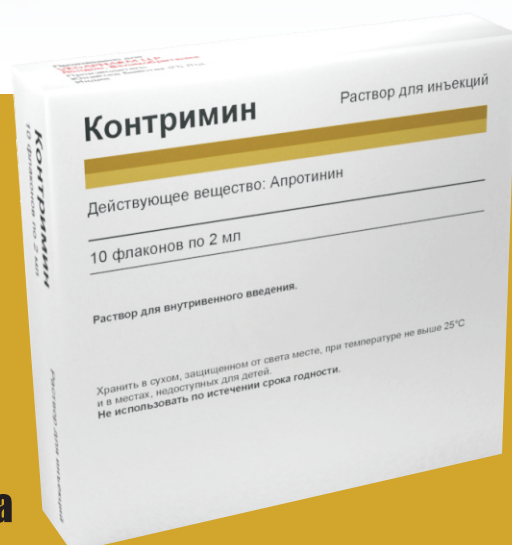
Контримин

Апротинин 10 000 АТрЕ

ЛИДЕР СРЕДИ “АНТИФЕРМЕНТОВ”



- **Острый панкреатит**
- **Панкреонекроз**
- **Обострение хронического панкреатита**
- **Шокое состояние и кровотечения**
- **Профилактика послеоперационного панкреатита**



Перед медицинским образованием также стоят новые задачи. Будущему врачу необходимо уверенно работать с информацией, понимать ограничения алгоритмов и критически оценивать научные публикации. Эти навыки следует формировать в тесной связи с клинической подготовкой, обучая студента сопоставлять результаты компьютерного анализа с жалобами пациента, данными осмотра и течением заболевания.

Особые надежды мы связываем с молодыми учёными. Интерес к цифровым технологиям даёт им возможность находить новые подходы к знакомым медицинским проблемам. Задача наставников заключается в том, чтобы помочь начинающему исследователю поставить содержательный вопрос, выбрать обоснованные методы и добросовестно оценить полученные результаты. Открытое обсуждение работ на конференции служит важной частью этой подготовки.

Симпозиумы посвящены акушерству и гинекологии, педиатрии, дерматовенерологии, профилактической медицине и фундаментальным исследованиям. Особое значение имеют заседания, приуроченные к 80-летию академика М. Ф. Додхоевой, 80-летию со дня рождения профессора Х. Дж. Аминова и 85-летию кафедры дерматовенерологии имени профессора П. Т. Зоирова. Обращение к научному наследию наших учителей помогает сохранять преемственность медицинского образования и исследовательской работы.

Выражаю искреннюю благодарность соорганизаторам, членам организационного комитета, редакционной коллегии и всем авторам за подготовку конференции и сборника. Желаю участникам содержательных дискуссий, плодотворного сотрудничества и успехов в профессиональной деятельности. Пусть результаты нашей общей работы служат совершенствованию медицинской помощи и сохранению здоровья людей.

Абдувохидов А.А., Мухиддинов З.В., Шаропова М.Х.
ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОМИЯ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ: СРАВНЕ-
НИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФЛЮОРОСКОПИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ

Кафедра урологии имени профессор Осими А.С., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Сравнить эффективность и безопасность ультразвуковой и флюороскопической ПНЛ при нефролитиазе единственной почки.

Материал и методы. В исследование включены 62 пациента с единственной или единственно функционирующей почкой и нефролитиазом. Пациенты были обследованы и пролечены в двух частных клиниках г. Душанбе: международной клинике «Ибни Сино» и клинике «Мадади Акбар». До госпитализации всем пациентам в амбулаторных условиях были выполнены лабораторные и функциональные исследования.

Пациенты были разделены на две сопоставимые группы по клинико-лабораторным показателям и морфологическим характеристикам конкрементов: I группа (n=31): ПНЛ под ультразвуковым контролем; II группа (n=31): ПНЛ под флюороскопической (рентгеноскопической) навигацией.

Оценивали следующие параметры: длительность операции, число доступов, объём интраоперационной кровопотери, динамику креатинина, цистатина С и расчётной СКФ, показатель stone-free rate (SFR), длительность госпитализации, уровень лучевой нагрузки. Частоту осложнений оценивали по классификации Clavien–Dindo. Функциональное состояние почек анализировали до операции и на 1–3-и сутки после вмешательства.

Результаты исследования. Средний размер конкрементов в исследуемых группах составил $23,5 \pm 10$ мм (16–32). Показатель полной элиминации конкрементов (SFR) при УЗ-навигации составил 87,09% (n=27), тогда как при флюороскопической навигации — 93,5% (n=29). Статистически значимых различий по длительности операции между группами не выявлено.

Транзиторное повышение уровней цистатина С и креатинина отмечено у 12,9% пациентов в группе УЗ-контроля и у 16,1% — в группе флюороскопической навигации.

Анализ осложнений по классификации Clavien–Dindo показал, что осложнения I–II степени наблюдались у 19,3% пациентов при флюороскопической навигации и у 22,5% — при УЗ-контроле. В исследовании не зарегистрировано тяжёлых осложнений, соответствующих III–IV степени по Clavien–Dindo.

В группе флюороскопической навигации средняя лучевая нагрузка составила $2,8 \pm 0,6$ мЗв, тогда как при УЗ-контроле ПНЛ лучевая нагрузка отсутствовала.

Выводы. Ультразвуковая ПНЛ сопоставима с флюороскопической по эффективности и безопасности при нефролитиазе единственной почки и позволяет исключить лучевую нагрузку.

Абдувохидов А.А., Мухиддинов З.В., Гаюров Ф.С.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕР-
КУТАННОЙ НЕФРОЛИТОМИИ (PCNL)

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность цистатина С для оценки функции почек после PCNL.

Материал и методы. В исследование включены 25 пациентов с нефролитиазом, оперированных в Международной клинике Ибни Сино. Всем пациентам было проведено перкутанная нефролитомия (PCNL). Среди них 15 мужчин (60%) и 10 женщин (40%), средний возраст составил 44 года (16–72 года). Всем пациентам было выполнена PCNL. Уровни сывороточного креатинина и цистатина С измерялись до операции, через 24 часа, на 3-и и 7-е сутки после вмешательства. Также оценивались клинические параметры (объём диуреза, интенсивность болевой синдром и общее состояние пациентов), данные инструментального исследования.

Критерии включения: пациенты с подтверждённым нефролитиазом, размером конкремента более 2,0 см, сохранной контралатеральной почки и отсутствием активного воспалительного процесса. Критерии исключения: острый пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации и тяжёлое сопутствующие заболевания.

Результаты исследования. У 16 пациентов (64%) уровень креатинина оставался в пределах нормы, тогда как Цистатин С повышался на первые сутки и нормализовался к 7-м суткам после вмешательства. У 5 пациентов (20%) с исходным снижением функции почек повышение цистатина С сохранялось до 7-х суток. У 4 пациентов (16%) отмечалось транзиторное повышение цистатина С в первые сутки с нормализацией к 3-м суткам, при стабильных значениях креатинина.

Выводы. Таким образом, Цистатин С демонстрирует более высокую чувствительность по сравнению с креатинином в ранней диагностике нарушений функции почек после PCNL. Мониторинг уровня цистатина С позволяет выявлять транзиторные нарушения клубочковой фильтрации у пациентов после хирургического вмешательства. Использование цистатина С в клинической практике способствует своевременной диагностике осложнений и улучшению качества мониторинга пациентов.

Абдуллаева Р.А., Узакова У. Дж., Гафурзода Н.Г.
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ФОРМ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности эндотелиальной дисфункции и клинико-анамнестическую характеристику женщин с острым повреждением почек на фоне изолированных форм гипертензивных нарушений.

Материал и методы. Проведено когортное проспективное исследование 30 женщин с острым повреждением почек акушерского генеза. Для анализа выделена группа пациенток с изолированными формами тяжёлых гипертензивных нарушений (тяжёлая преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром) - 9 человек. Пациентки госпитализировались в Родильный дом №1 и Городской научно-клинический центр реанимации и детоксикации (ГНКЦРиД) г. Душанбе. Уровень циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) определяли цитологическим методом. Референсные значения ЦЭК составляют $2,7-3,5 \times 10^4/\text{л}$.

Результаты исследования. Средний возраст женщин в группе составил 25,7 лет. Городские жительницы преобладали (55,5%). Все пациентки имели среднее образование и не работали. Средние показатели физического развития: масса тела $64,4 \text{ кг}$, рост $160,2 \pm 6,7 \text{ см}$, ИМТ $25,2 \pm 5,2 \text{ кг/м}^2$. Дефицит массы тела отмечался у 11,1%, нормальная масса - у 55,5%, избыточная масса - у 11,1%, ожирение I степени - у 22,2% женщин. Первородящие составили 33,3%, высокий паритет (более 4 родов) - 22,2%. Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто встречались заболевания мочеполовой системы (77,8%) и щитовидной железы (44,4%). Заболевания желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов отмечались по 22,2%, варикозное расширение вен - у 11,1%, патология репродуктивной системы - у 22,2% пациенток. Средний срок родов составил $33,2 \pm 4,8$ недель. Материнская летальность в группе - 2 случая из 9. Уровень ЦЭК был самым высоким среди всех групп: медиана 13,0 [9,0; 16,0], среднее значение $14,6 \pm 9,3$. Наиболее выраженная десквамация эндотелиальных клеток наблюдалась при HELLP-синдроме. По степени эндотелиальной дисфункции: I степень - 22,2%, II степень - 22,2%, III степень - 33,3%, IV степень - 11,1%, V степень - 11,1%. Уровень протеинурии составил $15,5 \pm 7,3\%$.

Выводы. При остром повреждении почек на фоне изолированных форм гипертензивных нарушений отмечается наиболее выраженная эндотелиальная дисфункция. Высокий уровень ЦЭК в сочетании со значительной протеинурией отражает тяжёлое повреждение эндотелия и клубочкового аппарата почек. Пациентки данной группы характеризуются относительно молодым возрастом, высокой частотой заболеваний мочеполовой системы и преждевременными родами.

Абдуллаева Р.А., Идизода Ш.Х., Кодирова С.Г.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

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

Цель исследования. Изучить особенности микробиологического пейзажа цервикального канала в послеродовом периоде у женщин с аномалиями развития матки.

Материал и методы. Проведено бактериологическое исследование цервикального канала у 48 родильниц, родоразрешенных в Городской родильный дом №1 в период 2020-2023 гг., из которых 30 составили основную группу - женщины с аномалиями развития матки, 18 - группу сравнения. Проведена сравнительная оценка частоты выявления основных видов условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Статистическую значимость различий оценивали с использованием точного критерия Фишера.

Результаты исследования. При бактериологическом исследовании цервикального канала у родильниц основной группы наиболее часто выявлялся *Staphylococcus haemolyticus* - 40,0% случаев, тогда как в группе сравнения его частота составила 16,7% ($p > 0,05$). *Staphylococcus epidermidis* обнаружен у 20,0% родильниц основной группы и не выявлен в группе сравнения. В основной группе также выявлялись *Staphylococcus pyogenes* - 13,3%, *Candida glabrata* - 13,3%, *Candida albicans* - 13,3%, *Enterococcus faecalis* - 13,3%. Реже определялись *Staphylococcus aureus* - 6,7%, *Enterobacter spp.* - 6,7%, *Klebsiella pneumoniae* - 6,7%, *Candida krusei* - 6,7%, *Staphylococcus hominis* - 3,3% и *Candida spp.* - 3,3%. В группе сравнения наиболее часто выявлялись *Staphylococcus aureus* - 33,3% и *Escherichia coli* - 22,2%. *Staphylococcus aureus* встречался статистически значимо чаще в группе сравнения по сравнению с основной группой - 33,3% против 6,7% соответственно ($p = 0,040$). Таким образом, в основной группе отмечалось более разнообразное представительство микроорганизмов, среди которых преобладали коагулазонегативные стафилококки и отдельные виды грибов рода *Candida*. При этом статистически значимые различия между группами установлены только для частоты выявления *Staphylococcus aureus*.

Выводы. У женщин с аномалиями развития матки в послеродовом периоде выявлялся разнообразный микробиологический спектр содержимого полости матки с преобладанием *Staphylococcus haemolyticus* и *Staphylococcus epidermidis*. При этом различия в распространённости отдельных микроорганизмов в исследуемых группах не отражают особенности микробного пейзажа у пациенток с аномалиями развития матки.

Абдуллоев С.М., Гасанов А.М., Тетерин Ю.С.
ТОННЕЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ, ОПЫТ НИИ СП
ИМ. Н.В. СКЛИФОВОСКОГО
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Отделение эндоскопии и внутрипросветной хирургии, Москва,
Россия.

Цель исследования. Оценить результаты применения эндоскопических тоннельных методов при лечении пациентов с ахалазией кардии.

Материал и методы. В «НИИ скорой медицинской помощи им. Н.В. Склифосовского» за период с 2016 по 2025 гг. эндоскопическая пероральная миотомия (ПОЭМ) выполнена 98 пациентам с диагнозом ахалазия кардии. Из них 57 – мужчин (58 %) и 41 женщин (42 %). Возраст пациентов колебался от 23 до 80 лет. Средний возраст составил 49 ± 3 лет. Все пациенты были госпитализированы в стационар с жалобами на дисфагию. Диагноз ахалазия кардии был выставлен по результатам: сбора клинико-анамнестических данных, рентгеноконтрастного и эндоскопического исследований. Основопологающим методом исследования была эзофагоимпедансометрия высокого разрешения (HRM). Оперативное лечение ахалазии кардии с применением тоннельных методов выполняли под эндотрахеальным наркозом.

Результаты исследования. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода диагноз ахалазия кардии 1 стадии (по классификации В.Б. Петровского 1962 г.) установлен 14 пациентам, 2 стадии - 47 пациентам, 3 стадии - 28 больным и в 9 наблюдениях - 4 стадия. У четырех пациентов с 4 стадией ахалазии кардии в предоперационном периоде выявлена деформация с эпифренальным дивертикулом в грудном отделе пищевода, у 8 пациентов диагностирован эзофагит с кандидозом пищевода 3 ст. Манометрия высокого разрешения выполнена 85 пациентам. У трех пациентов с 3 стадией ахалазии при попытке выполнить импедансометрию высокого разрешения не удалось завести зонд за нижний пищеводный сфинктер, в шести наблюдениях пациенты отказались от исследования по разным причинам. Первый тип ахалазии (по Чикагской классификации CC V. 4.0) выявлен у 29 пациентов, второй тип - у 45 больных, третий тип - в 11 наблюдениях. Всем пациентам с подтвержденным диагнозом ахалазия кардии выполняли эндоскопическую подслизистую миотомию с применением тоннельной методики. Периоперационных осложнений у этих пациентов не наблюдалось. Клинический эффект после лечения пациентов тоннельной методикой оценивали по шкале Eckardt, средний балл до операции составил $9,48 \pm 0,6$, в раннем послеоперационном периоде $2,68 \pm 0,3$, что доказывает клиническую эффективность эндоскопического лечения ахалазии кардии с применением тоннельной методики.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что тоннельная методика позволяет выполнить безопасную миотомию у пациентов с ахалазией кардии различной стадии и типов.

Абдулов М.А., Назаров Дж.Т., Кулова С.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПОЛИПОТОМИИ ПРИ ПОЛИПЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА
Кафедра нормальной и патологической физиологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать клинические характеристики пациентов с полипом наружного слухового прохода на фоне хронического гнойного среднего отита и зарегистрированные результаты полипотомии.

Материал и методы. В 2025-2026 годах в Центральной районной больнице Дангаринского района наблюдали 14 пациентов, которым выполнили удаление полипозной ткани. Работа представляет описательную серию случаев. Учитывали пол, сторону поражения, состояние наружного слухового прохода после вмешательства и сведения контрольных осмотров в пределах шести месяцев. Клинический результат оценивали по удалению полипа, восстановлению проходимости прохода, уменьшению патологического отделяемого, местных воспалительных проявлений и жалоб. Доли рассчитывали от общего числа пациентов.

Результаты исследования. В серии было 9 мужчин (64,3%) и 5 женщин (35,7%). Левостороннее поражение отмечено у 10 пациентов (71,4%), правостороннее - у 4 (28,6%). После полипотомии у всех 14 пациентов зарегистрировано местное клиническое улучшение: полипозная ткань удалена, проходимость слухового прохода восстановлена, воспалительные проявления и патологическое отделяемое уменьшились. В записях контрольных осмотров в пределах шестимесячного наблюдения рецидивы полипа не отмечены. Эти сведения характеризуют наблюдавшийся местный результат вмешательства; отсутствие зарегистрированного рецидива не равнозначно установлению отдаленного риска повторного образования полипа.

Выводы. В представленной серии полипотомия сопровождалась восстановлением проходимости наружного слухового прохода и уменьшением местных проявлений заболевания. Рецидивов в доступных контрольных наблюдениях не зарегистрировано.

Абдулов М.А., Азимов А.С., Кулова С.А.
НАБЛЮДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ

Кафедра нормальной и патологической физиологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать состав группы пациентов с синуситом и зарегистрированную клиническую динамику при комплексном лечении, включавшем промывание полости носа методом перемещения.

Материал и методы. Проведён описательный анализ серии из 100 пациентов, получавших лечение в районной больнице Дангаринского района в течение шести месяцев 2026 года. Промывание методом перемещения применяли как компонент комплексной терапии. При процедуре раствор вводили в одну половину полости носа и одновременно аспирировали содержимое из другой; пациент произносил «ку-ку». Анализ включал пол, принадлежность к возрастной группе до 18 лет, сторону поражения и зарегистрированный клинический ответ. Частоты рассчитаны от общего числа наблюдений; результат оценивали на уровне всей лечебной программы.

Результаты исследования. В группе было 56 мужчин и 44 женщины. Возраст до 18 лет имели 46 пациентов, среди которых 30 мальчиков и 16 девочек. Левостороннее поражение зарегистрировано в 68 случаях, правостороннее - в 32. После комплексного лечения у 99 пациентов (99,0%) отмечена положительная клиническая динамика, у одного выраженного улучшения не зарегистрировано. В клинических описаниях улучшение проявлялось уменьшением заложенности носа, выделений, головной и лицевой боли. Этот показатель отражает общую оценку состояния, а не частоту исчезновения каждого симптома или подтверждённого излечения. Смешанный возрастной состав важен для интерпретации: общий результат не характеризует отдельно детей и взрослых. Отсутствие группы сравнения и применение нескольких лечебных компонентов не позволяют выделить самостоятельный эффект промывания.

Выводы. В данной исследовании улучшение состояния зарегистрировано у 99 из 100 пациентов на фоне комплексного лечения. Результат характеризует наблюдавшуюся группу и лечебную программу в целом.

Абдулов М.С., Курбонов С.Х., Назаров И.Р.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

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

Цель исследования. Является обобщение опыта внедрения в профилактику тромбоэмболических осложнений при реконструктивных ортопедических операциях.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на анализе результатов обследования и лечения 80 больных с патологией тазобедренных суставов за период с 2017 по 2025гг., находившихся на лечении в клинических базах кафедры травматологии и ортопедии. Среди обследованных больных было 34 (42,5%) мужчин и 46 (57,5%) женщин. Возраст больных составил от 40 до 70 лет. Все пациенты проходили стандартный объем предоперационного обследования. Обязательным исследованием было ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Для профилактики ВТЭО всем пациентам за 4 ч до операции вводили подкожно раствор гепарина из расчёт 50 МЕ\ кг массы тела, затем через 6-8 ч после операции с таким же расчётом гепарин назначался 4 раза в сутки в течение 5-7 дней. Затем по окончании курса гепаринотерапии пациентам назначали варфарин по 2,5мг 1 раз в сутки в течение 1 мес под контролем МНО.

Результаты исследования. После соответствующей предоперационной подготовки и планирования, определения целесообразности оперативного вмешательства все больные были подвергнуты операции тотального эндопротезирования ТБС. Операции проводились под внутривенной анестезией с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией лёгких, операции продолжалась в среднем 1,5 ч.

Все операции эндопротезирования тазобедренного сустава выполняли стандартно в положении пациента на здоровом боку из заднебокового доступа Кохера.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась комбинированная профилактика ВТЭО, которая включала в себя раннюю активизацию, эластическую компрессию нижних конечностей (бинты) и фармакологическую антикоагулянтную терапию по вышеприведенной схеме.

При анализе ближайших и отдаленных результатов проведенной комбинированной профилактики тромбоэмболии при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава у 98,75% больных отмечены благоприятные результаты, у 1,25% больных отмечены осложнения тромбоэмболии нижних конечностей, что было связано с несоблюдением рекомендации врача (в послеоперационный период не принимал варфарина). Результаты эндопротезирования по шкале Харриса оценивались сразу после операции и после завершения курса реабилитации (3 - 3,5 мес. после операции) и через год. Средний показатель по шкале Харриса до операции составил $28,4 \pm 7,4$ балла, а после $95,8 \pm 2,6$ балла.

Выводы. Таким образом, операция эндопротезирования тазобедренного сустава при патологии тазобедренных суставов является методом выбора и у большинства больных устраняет болевой синдром, значительно повышает мобильность и улучшает качество жизни больных. В предоперационном и послеоперационном периоде необходимо комбинированная профилактики тромбоэмболических осложнений, которая включает в себя раннюю активизацию, эластическую компрессию нижних конечностей (чулки, бинты) и фармакологическую антикоагулянтную терапию по схеме.

Абдулхайров А.Н., Наимов А.М., Негматов С.З.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

Цель исследования. Улучшить исходы лечения пациентов с переломами костей голени, сочетающимися с ЧМТ, на основе хирургической тактики.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 100 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст — $38,4 \pm 4,2$ года). Среди пострадавших преобладали мужчины — 72% (n=72), женщины составили 28% (n=28). Основным

механизмом травмы явились ДТП (64%) и падение с высоты (26%). В основную группу (n=50) вошли пациенты, лечившиеся по тактике *DamageControl* с учетом мониторинга состояния ЦНС. Контрольную группу (n=50) составили больные, оперированные традиционными методами.

Результаты исследования. Тяжесть состояния: У 75% пациентов диагностирована ЧМТ средней степени тяжести (9–12 баллов по Шкале ком Глазго), у 25% — тяжелая ЧМТ (8 баллов и ниже). По шкале ISS средний балл составил 24,6±3,1. Тактические особенности: В основной группе в первые 6–12 часов выполнялась фиксация аппаратами внешней фиксации (АВФ) в 84% случаев. Переход на окончательный остеосинтез (БИОС или пластины) осуществлялся на 7–10 сутки после стабилизации нейростатуса. В контрольной группе первичный погружной остеосинтез в ранние сроки привел к развитию осложнений со стороны ЦНС у 16% больных.

Осложнения: Применение оптимизированной тактики в основной группе позволило снизить частоту нагноений с 16% до 6% и сократить средний койко-день на 4,5 суток. Замедленная консолидация переломов голени наблюдалась у 12% пациентов с тяжелой ЧМТ, что подтверждает угнетающее влияние нейротравмы на остеогенез.

Выводы. Оптимизация тактики лечения, основанная на учете взаимного влияния ЧМТ и костной травмы, позволяет сократить сроки стационарного лечения, снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений и улучшить качество жизни пострадавших.

Абдурахимзода Ш.Р., Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

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

Дангара, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь наличия вентральной грыжи с объемом хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки.

Материалы и методы. На базе Республиканской клинической больницы Дангаринского района проведен ретроспективный анализ 17 клинических случаев деформации передней брюшной стенки, в том числе в сочетании с вентральными грыжами. Случаи паховых грыж в анализ не включали. Изучены пол, возраст, наличие вентральной грыжи, диастаза прямых мышц живота, абдоминоптоза или отвислого живота, а также характер выполненного вмешательства. Выделены две группы: деформация без вентральной грыжи и деформация в сочетании с вентральной грыжей.

Результаты исследования. В 16 из 17 случаев (94,1%) лечение проводилось женщинам. Медиана возраста составила 45 лет. Деформация передней брюшной стенки без вентральной грыжи отмечена в 10 случаях (58,8%), сочетанная патология - в 7 (41,2%). Диастаз прямых мышц живота выявлен в 14 случаях (82,4%), абдоминоптоз или отвислый живот - в 16 (94,1%).

При отсутствии вентральной грыжи во всех 10 случаях выполнена изолированная абдоминопластика. При сочетанной патологии в 6 из 7 случаев (85,7%) проведены грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта и одномоментная абдоминопластика. В одном случае (14,3%) выполнено грыжесечение с пластикой без абдоминопластики. Выявлена статистическая связь наличия вентральной грыжи с объемом хирургического вмешательства. После исключения предположительно повторно учтенного случая эта связь сохранялась.

Выводы. Наличие вентральной грыжи было связано с различиями в объеме хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки. При отсутствии грыжевого дефекта выполнялась изолированная абдоминопластика, тогда как при сочетанной патологии преобладала одномоментная герниопластика с абдоминопластикой. Полученные результаты характеризуют дифференцированный выбор оперативной тактики в исследованной группе. Оценка эффективности и безопасности этих подходов требует изучения послеоперационных исходов.

Абдурахмонов У.Дж., Рахмонов Б.И., Курбонов А.У.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОЙ ОТВЕРСТИЕ ДИАФРАГМЫ

Кафедра рентгенологии и радиологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Выявлению различных форм грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и определении её анатомических особенностей и осложнений.

Материал и методы. Основными лучевыми методами диагностики грыжи пищеводной отверстие диафрагмы (ГПОД) являются рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода и желудка, компьютерная томография (КТ), а в отдельных случаях — магнитно-резонансная томография (МРТ). Рентгенологическое исследование с водорастворимым или бариевым контрастным веществом позволяет определить положение пищеводно-желудочного перехода, наличие смещения желудка в грудную полость, размеры грыжевого образования и характер прохождения контрастного вещества. КТ применяется для уточнения анатомических взаимоотношений органов средостения и брюшной полости, оценки размеров и содержимого грыжевого мешка, а также выявления осложнений.

Результаты исследования. По данным метаанализа, объединённая чувствительность рентгенологического исследования при диагностике ГПОД составляет около 63%, специфичность — 85%, при этом диагностические показатели варьируют в зависимости от размера. Компьютерная томография позволяла более детально оценивать анатомические взаимоотношения органов грудной и брюшной полостей, размеры грыжевого дефекта и содержимое грыжевого

мешка. В исследовании пациентов чувствительность стандартной КТ в выявлении ГПОД составила **80,4%**. КТ особенно информативна при крупных и сложных грыжах, а также при подозрении на осложнения — ущемление, нарушение кровоснабжения, желудочную обструкцию и заворот желудка. В отличие от контрастного рентгенологического исследования, КТ позволяет одновременно оценивать состояние диафрагмы, органов средостения и брюшной полости и определять распространённость патологического процесса.

Выводы. Лучевые методы имеют важное значение в комплексной диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Контрастное рентгенологическое исследование позволяет эффективно выявлять факт наличия и основные признаки ГПОД, тогда как КТ обеспечивает более детальную оценку анатомии и осложнений заболевания.

Абдуррахмонзода Л.А., Холбеков А.М., Отаев Ш.З.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности различных методов герниопластики с учётом классификации грыж и факторов риска.

Материал и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которой являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 80 пациентов с вентральными грыжами: мужчин - 57,5%, женщин - 42,5%, средний возраст составил $52,1 \pm 14,3$ лет. Послеоперационные грыжи составили 62%, первичные - 38%. Классификация грыж проводилась согласно рекомендациям Европейского общества герниологов (EHS). По локализации: медианные (М) - 58%, латеральные (L) - 42%. По ширине грыжевых ворот: W1 (<4 см) - 20%, W2 (4–10 см) - 35%, W3 (>10 см) - 45%. Также учитывалась степень сложности грыж: простые, осложнённые (невправимые, рецидивные), гигантские с потерей домена. Сопутствующая патология включала ожирение (48%), сердечно-сосудистые заболевания (41%), сахарный диабет (22%), хронические заболевания дыхательной системы (26%), что существенно влияло на выбор метода лечения и риск осложнений. Пациенты были распределены по видам хирургического лечения: натяжная герниопластика - 25%, ненатяжная с использованием сетчатых имплантов (onlay, sublay) - 50%, комбинированные методы с компонент-сепарацией - 25%.

Результаты исследования. При больших и гигантских грыжах (W3), а также при потере домена, преимущество отдавалось методам компонент-сепарации, позволяющим восстановить анатомию передней брюшной стенки без чрезмерного натяжения тканей. Интраоперационные трудности включали выраженный спаечный процесс, деформацию анатомических структур, истончение апоневроза, а также риск повреждения кишечника, особенно при рецидивных и послеоперационных грыжах. Анализ результатов показал, что натяжные методы сопровождалась наибольшей частотой рецидивов — до 28%, особенно в группе W2–W3. Применение сетчатых имплантов позволило снизить частоту рецидивов до 12%, однако сопровождалось серомами и инфекционными осложнениями. Наиболее эффективными оказались комбинированные методы с компонент-сепарацией, где частота рецидивов составила 6%, особенно при W3 и гигантских грыжах. В послеоперационном периоде отмечались умеренные воспалительные изменения: лейкоцитоз, повышение С-реактивного белка с нормализацией к 5–7 суткам. При осложнённом течении воспалительная реакция сохранялась дольше. Общая частота осложнений составила 18% (серомы, гематомы, нагноение раны). Летальных исходов не зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, использование классификации EHS (M, L, W1–W3) позволяет объективизировать выбор хирургической тактики. Наиболее эффективными методами лечения вентральных грыж являются ненатяжные и комбинированные реконструктивные вмешательства. Применение компонент-сепарации при больших и гигантских грыжах обеспечивает снижение частоты рецидивов и улучшение клинических результатов.

Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З., Юнусов С.Ш.

ДЛИНА ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ПО РУ КАК ФАКТОР РИСКА ЩЕЛОЧНОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Кафедра хирургии, Международный университет «Kimyo» в Ташкенте; Медицинский центр «Saba Darmon», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить связь между длиной отводящей (алиментарной) петли по Ру и развитием симптоматического рефлюкса у пациентов после тотальной гастрэктомии по поводу рака желудка.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 72 пациентов, перенёвших тотальную гастрэктомию с реконструкцией по Ру. Пациенты разделены по длине отводящей петли (менее 30 см и 30 см и более). Рефлюкс оценивался по клиническим симптомам, шкале Visick и эндоскопической классификации Los Angeles на визитах через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Выполнен анализ ассоциации с расчётом отношения шансов (ОШ).

Результаты исследования. Длина отводящей петли менее 30 см статистически значимо ассоциировалась с развитием симптоматического рефлюкса (ОШ 87,0). У пациентов с более короткой петлёй чаще регистрировались рефлюкс-эзофагит и более высокие степени по шкале Visick по сравнению с пациентами с длиной петли ≥ 30 см.

Выводы. Длина отводящей петли по Ру является значимым модифицируемым фактором риска послеоперационного рефлюкса после тотальной гастрэктомии. Формирование петли длиной не менее 30–40 см целесообразно рассматривать как элемент профилактики рефлюкс-ассоциированных осложнений при планировании реконструктивного этапа операции.

Айниева Т.Б., Айнизода Б.С., Каримов Д.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА

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

Цель исследования. Определить частоту выявленных при осмотре нарушений осанки и описать их структуру у обследованных студентов шестого курса лечебного факультета.

Материал и методы. Обследовали 48 студентов: 13 девушек (27,1%) и 35 юношей (72,9%). Осанку оценивали в вертикальном положении по положению головы и плечевого пояса, выраженности физиологических изгибов позвоночника, наклону таза, длине и оси нижних конечностей, положению стоп. Дополнительно проводили анкетирование о работе за компьютером, физической активности и позе во время занятий. Анализ ограничили описанием результатов осмотра; доли рассчитывали для всей выборки, отдельно для девушек и юношей и для студентов с выявленными нарушениями.

Результаты исследования. Признаки нарушений осанки выявлены у 14 из 48 студентов (29,2%). Среди девушек такие признаки отмечены у 5 из 13 (38,5%), среди юношей - у 9 из 35 (25,7%). В структуре 14 наблюдений сутулая спина зарегистрирована в 11 случаях (78,6%), гиперкифоз - в 3 (21,4%). У 5 студентов с нарушениями осанки (35,7%) отмечены сопутствующие изменения: у 1 - плоскостопие (7,1%), у 4 - нарушение прикуса (28,6%). Эти находки описывают сочетание клинических признаков и не устанавливают причинной связи между ними. Результаты визуального осмотра также не следует приравнивать к инструментальному подтверждению структурной деформации позвоночника.

Выводы. В обследованной группе признаки нарушений осанки обнаружены у 29,2% студентов; чаще регистрировалась сутулая спина. Полученные данные характеризуют конкретную учебную группу и позволяют выделить студентов для уточняющей клинической оценки.

Айнизода Б.С., Буриев Ш.Ф., Айниев С.Б.

СРОКИ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

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

Цель исследования. Описать зарегистрированные сроки консолидации переломов длинных трубчатых костей у пациентов с сахарным диабетом, ожирением и остеопорозом.

Материал и методы. Ретроспективно проанализирована медицинская документация 128 пациентов в возрасте 25-75 лет, проходивших лечение в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района в 2019-2024 годах. В выборке было 87 мужчин (68,0%) и 41 женщина (32,0%). Изучали сведения о переломах бедренной, большеберцовой, плечевой костей и костей предплечья, сопутствующих заболеваниях и сроках сращения. Рентгенологическое наблюдение включало исследования в прямой и боковой проекциях на 2-й, 4-й, 8-й и 12-й неделях после травмы. Средние сроки консолидации рассматривали как описательные показатели клинических категорий.

Результаты исследования. Сахарный диабет зарегистрирован у 26 пациентов (20,3%), ожирение с индексом массы тела более 30 кг/м² - у 18 (14,1%), остеопороз - у 31 (24,2%). Отдельную группу сравнения составили 53 пациента (41,4%) без хронических заболеваний и выраженных метаболических нарушений. Средний зарегистрированный срок консолидации при сахарном диабете 2-го типа составил 12,4 недели, при ожирении - 13,0 недели, при остеопорозе - 13,7 недели. Таким образом, наибольшее среднее значение в представленных данных отмечено при остеопорозе. В группе сравнения в большинстве наблюдений сращение было зарегистрировано через 8-10 недель. Средние значения отдельных категорий и преобладающий интервал в группе сравнения являются разными характеристиками распределения, поэтому их сопоставление носит описательный характер.

Выводы. В документации пациентов с метаболическими нарушениями зарегистрированы более продолжительные сроки консолидации, чем преобладающий интервал в группе сравнения. Эти наблюдения не устанавливают независимого влияния конкретного заболевания: локализация и тяжесть перелома, сочетание диагнозов и способы лечения могут различаться.

Айнизода Б.С., Каримов Д.А.

ТАЪРИХИ ТАШАККУЛИ НАЗАРИЯҲОИ ОСЕБШИНОСӢ АЗ ГИППОКРАТ ТО АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №3, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиш ва таҳлили марҳилаҳои асосии ташаққули осебшиносии аз давраи Гиппократ то замони ғаёлияти донишманди бузург, табиб, файласуф ва мутафаккири форсу тоҷик Абӯалӣ ибни Сино ва муайян кардани саҳми ин донишмандон дар рушди назария ва амалияи табобати осебҳои дастгоҳи таъа ва ҳаракат.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот усулҳои таҳлили таърихӣ муқоисавӣ ва низоммандсозии маълумоти тиббӣ истифода шуданд. Асарҳои классикӣ тиббӣ қадим ва асрҳои миёна, аз ҷумла осори ба Гиппократ нисбатдодашуда, мероси Клавдий Гален ва «Ал-Қонун фи-т-тибб»-и Абӯалӣ ибни Сино ҳамчун манбаҳои асосии таърихӣ баррасӣ шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Гиппократ (тақрибан 460–370 пеш аз милод) яке аз маъруфтарин табибони Юнони қадим буда, дар ташаккули равиши клиникӣ дар тиб саҳми назаррас гузоштааст. Дар асарҳои ба ӯ нисбатдодашуда, ки маҷмӯан бо номи *Corpus Hippocraticum* маъруфанд, масъалаҳои шикасти устухонҳо ва баромадани бугумҳо муфасссал баррасӣ шудаанд. Яке аз ҷанбаҳои муҳими мероси Гиппократ истифодаи усулҳои механикӣ барои табobati осебҳо мебошад. Репозитсияи қисмҳои ҷойивазшудаи устухон, нигоҳ доштани мавқеи дурусти узви осебдида ва истифодаи воситаҳои маҳкамкунанда аз принципҳои муҳими табobat ба ҳисоб мерафтанд. Дар ин осор инчунин ба пешгирии деформатсия ва барқарор кардани шакли фаъолияти узви осебдида аҳамият дода шудааст. Тавсифи клиникии осебҳо ва истифодаи усулҳои механикӣ барои ислоҳи онҳо дар рушди минбаъдаи осебшиносӣ аҳамияти таърихӣ доштанд.

Клавдий Гален (тақрибан 129–216 милодӣ) яке аз намоёндагони барҷастаи тибби антиқӣ мебошад. Ӯ дар рушди анатомия, физиология ва назарияи тиббӣ саҳми калон гузоштааст. Гален асосан анатомияи ҳайвонотро омӯхта, натиҷаҳои мушоҳидаҳояшро барои шарҳи сохтори бадани инсон истифода мебард. Аз ин сабаб баъзе тасаввуроти анатомии ӯ баъдан нодуруст доништа шуданд. Бо вуҷуди ин, осори ӯ ба рушди тафаккури анатомӣ ва тиббии асрҳои минбаъда таъсири назаррас гузошт. Дар заминаи осебшиносӣ омӯзиши сохтори устухонҳо, бугумҳо, мушакҳо ва пайвандҳо аз ҷониби Гален барои фаҳмиши робитаи сохтор ва вазифаи узвҳо аҳамият дошт.

Дар «Ал-Қонун фи-т-тибб» бемориҳо ва осебҳои дастгоҳи таъия ва ҳаракат, аз ҷумла шикасти устухонҳо, баромадани бугумҳо ва осебҳои бофтаҳои нарм баррасӣ шудаанд. Абӯалӣ ибни Сино дар табobati шикастҳо ба барқарор кардани мавқеи дурусти қисмҳои ҷойивазшудаи устухон, маҳкам нигоҳ доштани узв ва назорати ҳолати он аҳамият меод. Ин тавсифҳо аз нигоҳи таърихӣ бо баъзе принципҳои табobati консервативии осебҳои устухон ҳамоҳанганд; онҳо далели самаранокии клиникии меъёрҳои муосир нестанд. Аз таҳлили осори Абӯалӣ ибни Сино метавон чунин унсурҳои табobati осебҳои устухонро ҷудо кард: бедардкунӣ; кӯшиш барои барқарор кардани мавқеи дурусти анатомии қисмҳои ҷойивазшудаи устухон (репозиция); маҳкам ва ором нигоҳ доштани минтақаи осебдида бо воситаҳои мувофиқ (иммобилизатсия); назорати мавқеи узв дар давраи табobat барои пешгирии деформатсия; ва мушоҳидаи ҳолати узви осебдида ва раванди барқароршавӣ.

Хулоса. Таърихи ташаккули осебшиносӣ нишон медиҳад, ки ин соҳа дар асоси таҷрибаи клиникӣ, мушоҳидаи бемор ва рушди тадриҷии донишҳои анатомия физиологӣ ташаккул ёфтааст. Дар осори ба Гиппократ нисбатдодашуда равиши клиникӣ ва усулҳои механикӣ табobati осебҳо тавсиф шудаанд. Клавдий Гален донишҳои анатомия физиологиро густариш дода, робитаи байни сохтор ва вазифаи узвҳоро баррасӣ кардааст. Абӯалӣ ибни Сино донишҳои тиббии пешин ва таҷрибаи тиббии асрҳои миёнаро ҷамъбаст карда, онҳоро дар доираи низоми тиббӣ баён кардааст.

Айнизода Б.С.

ТАШАККУЛИ АНДЕШАҲОИ ОСЕБШИНОСӢ АЗ ГИППОКРАТ ТО АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО: МУШОҲИДА ВА ШАРҲИ НАЗАРИЯВӢ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии № 3, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Муқоисаи нақши мушоҳидаи клиникӣ ва шарҳи назариявӣ дар матнҳои интиҳобшудаи Гиппократ, Гален ва Абӯалӣ ибни Сино оид ба дастгоҳи таъия ва ҳаракат.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили таърихӣ муқоисавӣ се манбаи мушаххас анҷом дода шуд: рисолаи ба Гиппократ нисбатдодашудаи «О переломах», фасли 3, тарҷумаи F. Adams; асари Гален «On the Natural Faculties», китоби I, ҷузъҳои V-VI, тарҷумаи A.J. Brock, Лондон, 1916; ва порчаҳои «Қонуни тиб»-и Ибни Сино дар таҳқиқоти A. Afshar (Archives of Iranian Medicine, 2011). Воҳиди муқоиса тарзи асоснок кардани тасаввурот дар бораи узв ва табobati он буд: мушоҳида, таҷрибаи амалӣ ё шарҳи назариявӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар фасли 3-и рисолаи Гиппократ мавқеи даст бо дард, самти устухон ва имкони ҳаракат муқоиса мешавад. Муаллифи матн дурустии мавқеи табобатиро танҳо аз намуди зоҳирӣ муайян намекунад ва ба санҷиши амалӣ аҳамият медиҳад. Ин порча намунаи асоснок кардани амали табиб бо мушоҳидаи бемор аст. Гален дар ҷузъҳои V-VI пайдоиш, афзоиш ва ғизогирии бофтаҳоро ҷудо намуда, ташаккули устухон, тағояк ва дигар сохторҳоро бо хосиятҳои гармӣ, сардӣ, хушкӣ ва тарӣ шарҳ медиҳад. Ҳамин тавр, тафовути сохторҳо эътироф мешавад, вале шарҳи онҳо дар доираи назарияи табиӣ ҳамон давра қарор дорад. Дар порчаҳои Ибни Сино, ки Afshar овардааст, ислоҳи мавқеи устухон бо назорати дард ва таъсири фишори бандина пайваст мешавад. Муқоиса нишон медиҳад, ки ин матнҳо танҳо се зинаи пайдарпайи як назарияи ягона нестанд: онҳо вазифаҳои гуногуни донишро намоёндагӣ мекунанд. Дар яке далели асосӣ мушоҳидаи ҳолати узв, дар дигаре шарҳи пайдоишу фаъолияти бофта ва дар сеюм пайвастани амали табобатӣ бо назорати баъдӣ мебошад.

Хулоса. Дар манбаъҳои интиҳобшуда донишҳои осебшиносӣ аз ҳамкории мушоҳида ва шарҳи назариявӣ ташаккул меёбанд. Ҷудо кардани ин ду сатҳ имкон медиҳад, ки саҳми таърихӣ ҳар матн дақиқтар муайян шавад, бе он ки мафҳумҳои қадимӣ ба таҳлилу назарияҳои муосир баробар доништа шаванд.

Айнизода Б.С.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА

Кафедра хирургических дисциплин № 3, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет»; Центральная больница Дангаринского района. Таджикистан.

Цель исследования. Описать динамику функции нижней конечности и зарегистрированные отдалённые результаты после остеосинтеза закрытых переломов надколенника.

Материал и методы. Проанализирована серия из 12 пациентов в возрасте 24-58 лет: 9 мужчин и 3 женщины проходивших лечение в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района в

2021-2025 годах.. Обследование включало рентгенографию в прямой и боковой проекциях, при необходимости - в аксиальной. Использовали фиксацию винтами и проволочными конструкциями в зависимости от характера повреждения. Восстановление движений начинали после уменьшения боли и снятия гипсовой повязки на 8-10-е сутки. Функцию оценивали с помощью Lower Extremity Functional Scale (LEFS; Binkley и соавт., Physical Therapy, 1999;) на 15-е, 30-е и 60-е сутки. Продолжительность наблюдения составляла 6-24 месяца. Анализ носил описательный характер.

Результаты исследования. Зарегистрированные значения LEFS составляли 20-23 балла на 15-е сутки, 47-50 баллов на 30-е и 65-70 баллов на 60-е. Последовательное увеличение значений отражало улучшение самооценки функции нижней конечности в послеоперационном периоде. Эти интервалы не заменяют индивидуальные изменения баллов и не позволяют рассчитать средний эффект лечения. Нарушений консолидации в период наблюдения не зарегистрировано. Деформирующий артроз коленного сустава отмечен у одного пациента (8,3%). Сочетание функциональной шкалы и наблюдения за состоянием сустава позволяет рассматривать восстановление повседневной активности отдельно от сращения перелома. Малый объем серии и отсутствие группы сравнения ограничивают сопоставление способов фиксации; единичный случай артроза не определяет частоту этого осложнения за пределами наблюдавшейся группы.

Выводы. После остеосинтеза в данной серии отмечено повышение показателей LEFS в течение первых двух месяцев. Все 12 наблюдений завершились без зарегистрированного нарушения консолидации, однако у одного пациента выявлен артроз.

Айнизода Б.С., Каримов Д.А., Айниев С.Б.

СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ И ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра хирургических дисциплин № 3, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».
Республиканская клиническая больница Дангаринского района. Таджикистан.

Цель исследования. Описать распределение переломов по анатомическим областям и частоту сопутствующей черепно-мозговой травмы у пациентов с сочетанными повреждениями.

Материал и методы. Выполнен описательный анализ клинических наблюдений за 39 пациентами 21-57 лет, находившимися на лечении в Республиканской клинической больнице Дангаринского района в 2022-2025 годах. Используются сведения клинического и рентгенологического обследований. В анализ включены локализация перелома и наличие зарегистрированной черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Доли рассчитаны от общего числа пациентов; результаты представлены абсолютными числами и процентами.

Результаты исследования. Переломы плечевой кости зарегистрированы у 7 пациентов (17,9%), костей предплечья - у 2 (5,1%), таза - у 6 (15,4%), бедренной кости - у 11 (28,2%), костей голени - у 13 (33,3%). Суммарно на переломы бедра и голени приходилось 24 наблюдения (61,5%), на верхние конечности - 9 (23,1%). Повреждения таза составили отдельную анатомическую категорию. ЧМТ отмечена у 36 из 39 пациентов (92,3%). Этот показатель характеризует всю серию и не определяет распределение ЧМТ внутри каждой группы переломов. Преобладание переломов нижних конечностей при высокой доле сопутствующей ЧМТ показывает, что описание такой группы нельзя ограничивать одной анатомической областью. Для сопоставления лечебной тактики локализацию перелома и неврологическое состояние следует рассматривать совместно. Однако частота сочетаний повреждений сама по себе не является показателем эффективности остеосинтеза или основанием для выбора одинакового срока операции у всех пострадавших.

Выводы. В серии из 39 пациентов преобладали переломы бедра и голени; сопутствующая ЧМТ зарегистрирована в 36 наблюдениях. Полученные данные характеризуют структуру сочетанных повреждений и обосновывают совместный учёт ортопедических и неврологических характеристик при последующем анализе лечения.

Акрами П.С. Мамадёкубова Д.Д. Акрамова Б.Г

ФАКТОРЫ УСПЕХА ВЕДЕНИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ В АНАМНЕЗЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования: определить ключевые клиничко-анамнестические и ультразвуковые факторы, способствующие успешному завершению самопроизвольных родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ на базе городского родильного дома №2. В анализ включены 60 (100%) историй родов женщин с наличием одного рубца на матке после кесарева сечения, вступивших в самостоятельную родовую деятельность при доношенной беременности (37-40 недель). Пациентки были разделены на две группы: I группа (основная-35 женщин 58,3%) - женщины, родившие через естественные родовые пути; II группа (группа сравнения 25 женщин 41,6%) - пациентки, у которых роды завершились экстренным кесаревым сечением. Всем беременным при поступлении в стационар проводилось ультразвуковое исследование с оценкой толщины и структуры нижнего uterine сегмента (рубца), а также оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп.

Результаты исследования: среди пациенток, успешно родивших через естественные родовые пути, достоверно чаще встречались женщины с наличием самопроизвольных родов в анамнезе до или после выполнения кесарева сечения (46,8% в I группе против 13,0% во II группе, $p < 0,01$). Показание к предшествовавшему кесареву сечению также имело значение: непрогрессирующая родовая деятельность в анамнезе снижала вероятность успеха естественных родов по сравнению с показаниями со стороны плода (такими как тазовое предлежание или дистресс плода).

При УЗИ толщина нижнего сегмента матки в области рубца у женщин I группы составила в среднем $3,4 \pm 0,4$ мм и была однородной по структуре, тогда как во II группе данный показатель составил $2,5 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$). Зрелая шейка матки при поступлении (≥ 6 баллов по шкале Бишоп) фиксировалась у 74,2% пациенток I группы и лишь у 30,4% II группы ($p < 0,01$). Способ ушивания матки при предыдущей операции (двухрядный шов) и интергенетический интервал от 2 до 5 лет коррелировали с высокой состоятельностью рубца и успешным исходом родов. Частота хорошей родовой деятельности без использования системной окситоциновой индукции в I группе составила 88,7%. Осложнений в виде разрыва матки по рубцу или кровотечений в третьем периоде родов зафиксировано не было.

Выводы: определяющими факторами успеха вагинальных родов у женщин с рубцом на матке являются наличие естественных родов в анамнезе, зрелость шейки матки к моменту начала родовой деятельности, толщина нижнего сегмента матки не менее 3,0 мм по данным УЗИ, а также интергенетический интервал 2–5 лет. Комплексная оценка этих критериев позволяет безопасно расширить показания к родам через естественные родовые пути. Комплексный учёт данных критериев на этапе дородовой госпитализации позволяет объективно прогнозировать исход родов, минимализировать риск акушерских осложнений и безопасно расширить показания к вагинальным родам у женщин с рубцом на матке.

Алиева М., Дадоджонов Ж.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ

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

Цель исследования. Описать клинические категории гидроцефалии и структуру выполненных хирургических вмешательств у пациентов разного возраста.

Материал и методы. Проанализированы сведения об обследовании и хирургическом лечении 74 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 65 лет в больнице «Шифобахш». Для клинической оценки применяли компьютерную и магнитно-резонансную томографию, офтальмоскопию, у детей с открытым родничком - нейросонографию. Учитывали зарегистрированную клиническую категорию заболевания, его происхождение и вид выполненной операции. Работа имеет описательный характер; доли вмешательств рассчитывали от общего числа наблюдений.

Результаты исследования. В принятом клиническом учёте окклюзионная гидроцефалия зарегистрирована у 39 пациентов (52,7%), сообщающаяся - у 25 (33,8%). Ещё 10 пациентов (13,5%) выделены в отдельную категорию нормотензивной гидроцефалии. Такое распределение отражает способ учёта случаев, а не сопоставление трёх независимых механизмов заболевания. Среди 10 пациентов с нормотензивной гидроцефалией сочетание нарушения ходьбы, когнитивных расстройств и недержания мочи описано в 90,0% наблюдений. Врождённые формы составили 41,9%, посттравматические и постинфекционные в совокупности - 58,1%. Вентрикулоперитонеальное шунтирование выполнено 48 пациентам (64,9%), эндоскопическая вентрикулостомия III желудочка - 26 (35,1%).

Выводы. Клиническая структура гидроцефалии в исследованной группе характеризовалась преобладанием окклюзионной формы, а этиологическая - посттравматических и постинфекционных форм в совокупности. Основным методом хирургического лечения являлось вентрикулоперитонеальное шунтирование. Преобладание данного вмешательства отражает частоту его применения в изученной группе; для установления сравнительной эффективности шунтирующих и эндоскопических операций необходим анализ послеоперационных исходов с учётом клинической формы и происхождения заболевания.

Ализода Г.А., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х.

ВЫЯВЛЕНИЕ СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В КАРМАНЕ МОРРИСОНА ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Определить частоту выявления свободной жидкости в кармане Моррисона у пациентов, обследованных по поводу острой абдоминальной патологии.

Материал и методы. В 2025 году в Центральной районной больнице Дангаринского района обследованы 62 пациента с закрытой травмой живота, клинической картиной острого живота либо нестабильной гемодинамикой. В комплекс обследования входили клинический осмотр, лабораторные исследования, ультразвуковая оценка брюшной полости по протоколу FAST и компьютерная томография по показаниям. Для описательного анализа использовали наличие или отсутствие свободной жидкости в печёчно-почечном углублении, известном как карман Моррисона. Частоту рассчитывали от общего числа обследованных; группы по клиническому поводу обращения не рассматривали как взаимоисключающие.

Результаты исследования. Свободная жидкость в кармане Моррисона обнаружена у 44 из 62 пациентов (71,0%). У остальных 18 пациентов (29,0%) жидкость в этой области не выявлена. Таким образом, положительный ультразвуковой признак встречался приблизительно у семи из десяти обследованных. Жидкость регистрировали при внутрибрюшном кровотечении, распространённом перитоните и реактивном серозном выпоте. Одинаковая локализация находки при разных клинических состояниях показывает, что её необходимо сопоставлять с общей картиной заболевания. Полученная доля характеризует частоту обнаружения признака в данной серии, а не чувствительность FAST. Для пациентов с травмой отрицательный FAST также не исключает внутрибрюшного или забрюшинного кровотечения, что отдельно подчёркнуто в рекомендациях NICE «Major trauma: assessment and initial management», NG39, пункт 1.5.30.

Выводы. В обследованной смешанной клинической группе свободная жидкость в кармане Моррисона выявлена в 71,0% случаев. Результат подтверждает частую встречаемость этой находки среди направленных на неотложное обследование пациентов.

Ализода Г.А., Отахонов Ф.Х., Холов А.Д.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать распределение скоплений жидкости по анатомическим отделам брюшной полости у пациентов с перитонитом.

Материал и методы. Проанализированы данные 62 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2025 году. Клиническое и лабораторное обследование дополняли ультразвуковым исследованием, компьютерной томографией по показаниям и интраоперационной ревизией. Для анализа выделены пять локализаций: малый таз, подпечёночное пространство, латеральные каналы, поддиафрагмальные и межпечельные пространства. Для каждой зоны рассчитывали долю пациентов с обнаруженной жидкостью от общей численности серии. Один пациент мог иметь скопления жидкости в нескольких областях, поэтому частоты анализировали раздельно.

Результаты исследования. Жидкость в малом тазу выявлена у 50 пациентов (80,6%), в подпечёночном пространстве - у 44 (71,0%), в латеральных каналах - у 37 (59,7%), в поддиафрагмальных пространствах - у 31 (50,0%) и между петлями кишечника - у 37 (59,7%). Наиболее часто отмечалось скопление в малом тазу; оно встречалось на 9,6 процентного пункта чаще, чем в подпечёночной области. При этом даже наименее частая из рассматриваемых локализаций регистрировалась у половины пациентов. Всего учтено 199 сочетаний «пациент - анатомическая зона», то есть в среднем 3,2 зоны с жидкостью на одного пациента. Этот расчёт характеризует распространённость находок по отделам брюшной полости, а не число самостоятельных осложнений. Одномоментное распределение жидкости позволяет описать её топографию, но не устанавливает последовательность распространения экссудата.

Выводы. В исследованной серии преобладало скопление жидкости в малом тазу и подпечёночном пространстве. Частое вовлечение остальных отделов и среднее число 3,2 зарегистрированной зоны на пациента показывают, что описание одной локализации не отражает всей топографии процесса.

Алимов С.У., Сараев А.Р., Эмомов К.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

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

Цель исследования. Оценить результаты мининвазивных методов лечения эхинококкоза печени в сравнении с традиционными.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование 240 пациентов, госпитализированных с эхинококкозом печени в ГУ Центр скорой медицинской помощи г. Душанбе в период с 1916 по 2021 год. Мужчин было 119 (49,6%), женщин - 121 (50,4%). Большинство пациентов были в возрасте от 18 до 45 лет. Наиболее частым клиническим симптомом была диффузная боль в животе (153 случаев, 63,8%). Гепатомегалия наблюдалась у 47 пациентов (19,6%), а дискомфорт в животе — у 49 (20,4%). Также отмечались аллергические реакции, желтуха и лихорадка. Всем 240 пациентам было проведено предоперационное ультразвуковое исследование, эхинококковые кисты классифицировались по усовершенствованной классификации ВОЗ 2003 года. Были обнаружены 240 кист: у 54 пациентов было по 2 кисты, у 4 — по 3. 226 кист располагались в правой доле печени, диаметр большинства кист составлял от 6 до 10 см. Предоперационное обследование включало компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию, а также биохимические и иммунохимические анализы. Всем пациентам назначали альбендазол в дозе 10–15 мг/кг, начиная за 1–3 дня до процедуры и в течение 1–3 месяцев после нее. Пункция кисты выполнялась в операционной под общей внутривенной анестезией. Под контролем УЗИ, начиная с измерения объема кисты, вводилась игла 18–22 калибра. Очень важно ввести иглу через паренхиму печени, чтобы избежать попадания эхинококковой жидкости в брюшную полость. Аспирировали такое количество жидкости, которое соответствовало измеренному объему эхинококковой кисты. Оценивали прозрачность аспирированной жидкости, затем вводили 98% этиловый спирт, в объеме равной одной трети удаленного объема с экспозицией в 10 минут, после чего аспирировали. При выполнении частичной перикистэктомии лапароскопическим способом пользовались той же методикой, что и при лапаротомии. Кисту обкладывали марлевой салфеткой с гипертоническим раствором и вводили аспирационную иглу в полость кисты с введением гипертонического раствора с экспозицией 10 минут. Затем содержимое кист аспирировали. Из надреза стенки кисты извлекали зародышевые элементы и дочерние пузырьки. При обнаружении в полости кисты желчного свища по поступлению желчи, выполняли её ушивание П-образными швами. Холедох по показаниям дренировали с последующим выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии после операции. В остаточную полость на несколько дней устанавливали дренажную трубку.

Результаты исследования. Из 240 пациентов минимально инвазивное лечение было выполнено у 160 (66,7%) больных, традиционное вмешательство путём лапаротомии — у 80 (33,3%). Техника PAIR (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация) применена у 82 пациентов (34,2%), лапароскопическая методика — у 78 (32,5%). В группы для минимально инвазивного лечения (пункция или лапароскопия) были отобраны пациенты в основном с эхинококковыми кистами печени CL, CE1 и CE2 в соответствии с сонографической классификацией эхинококкоза печени по ВОЗ-

2003 г. С накоплением достаточного опыта в выполнении лапароскопического вмешательства, данный подход применяли даже для типов СЕ3, СЕ4 и СЕ5. Что касается локализации, теперь мы можем лапароскопически устранять кисты в любом сегменте печени, за исключением кист, расположенных в центральных зонах вблизи крупных сосудов. Сокращение остаточной полости отмечалось в течение 2 лет после пункции. В среднем уменьшение полости составило 73% через 1 месяц (диапазон 54–100%) и 89% через 1 год (диапазон 72–100%). Рецидивов заболевания при миниинвазивном лечении мы не отмечали.

Выводы. При лечении эхинококкоза печени применяемый подход должен быть адаптирован персонализированно и в зависимости от стадии развития, локализации, размера и осложнений кисты. Традиционная хирургия должна оставаться вариантом решения при сложных кистах. Для простых кист наилучшим вариантом лечения следует считать миниинвазивное вмешательство. Как лапароскопический подход, так и пункция под контролем УЗИ являются безопасными и эффективными процедурами, но при сложном расположении кисты предпочтение следует отдавать пункционному методу.

Аль-Шукри А.С.¹, Францишевская М.К.¹, Солихов Д.Н.²

ПОЛИПЕПТИДЫ ЭПИФИЗА КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия

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

Цель исследования. Оценить динамику основных параметров спермограммы у мужчин с патозооспермией на фоне применения препарата Пинеамин в сравнении с применением препарата L-карнитин.

Материалы и методы. В рандомизированное сравнительное проспективное исследование было включено 60 мужчин с патозооспермией, в возрасте от 18 до 50 лет, разделенных на две сопоставимые группы. Пациенты основной группы (n=30) получали препарат Пинеамин – ежедневные внутримышечные инъекции в дозе 10 мг на инъекцию в течение 10 дней, по одному курсу 1 раз в 30 дней, всего 3 курса. Пациенты контрольной группы (n=30) принимали препарат L-карнитин перорально ежедневно в суточной дозе 500 мг длительностью 3 месяца. Параметры спермограммы оценивали до и через 3 месяца после проведенной терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA (StatSoft Inc. США, версия 13.0). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе пациентов, получавших Пинеамин, было выявлено статистически значимое улучшение всех исследуемых параметров спермограммы через 3 месяца после лечения ($p < 0,001$). Во 2-й группе пациентов, получавших L-карнитин, через 3 месяца после лечения статистически достоверно улучшилась только подвижность сперматозоидов ($p = 0,018$). При межгрупповом сравнении величин изменения исследуемых показателей были выявлены статистически значимые различия во всех изучаемых параметрах спермограммы. Величины изменения исследуемых параметров были более выраженными в группе Пинеамина, являлись клинически значимыми и составили в среднем 24(95%ДИ 12;36) млн/мл для концентрации, 18(95%ДИ 12;25) % для подвижности и 2(95%ДИ 1,5;3,0) % для морфологически нормальных форм сперматозоидов ($p < 0,001$). Изменения величин исследуемых параметров в группе L-карнитина не являлись клинически значимыми. В процессе лечения и последующего наблюдения побочных эффектов и осложнений отмечено не было.

Заключение. Использование препарата Пинеамин, представляющего собой комплекс водорастворимых полипептидных фракций эпифиза крупного рогатого скота, является перспективным в лечении мужской infertility.

Аль-Шукри А.С.¹, Коломийцева М.Р.¹, Солихов Д.Н.²

НАШ ОПЫТ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ - МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹ Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

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

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов консервативного лечения болезни Пейрони в острой фазе и определить наиболее эффективную комбинацию терапевтических методов.

Материал и методы. Нами было проведено проспективное сравнительное когортное исследование среди 84 пациентов с верифицированным диагнозом «болезнь Пейрони». После отбора пациентов были сформированы четыре исследуемые группы, отличающиеся по видам применяемой терапии:

1. Гель + капсулы «Пейрофлекс»;
2. УВТ+гель «Пейрофлекс»;
3. УВТ+гель+ капсулы «Пейрофлекс»;
4. УВТ.

Контрольное обследование проводилось до начала терапии, а также через 3 и 6 месяцев после ее начала. Нами учитывались следующие показатели: площадь фиброзной бляшки, угол искривления полового члена, оценка боли по ВАШ.

Результаты исследования. Наибольшая эффективность зарегистрирована в 3-й группе: степень искривления полового члена снизилась в среднем на 34,1%, угол деформации уменьшился на $7,2 \pm 2,8^\circ$. Добавление геля «Пейрофлекс» к ударно-волновой терапии повышало прогностическую эффективность УВТ в отношении искривления несколько меньше — примерно на 12,1%. Уменьшение размеров бляшки белочной оболочки в 1-й, 2-й и 3-й группах

через 3 месяца составило 12,9%, 21,8% и 44,3%, через 6 месяцев — 21,5%, 36,2% и 51,5% соответственно. По снижению интенсивности боли все группы показали сопоставимый и значимый результат на всех контрольных точках.

Выводы. Консервативные методы, предлагаемые современной фармакологией, способны уменьшить потребность в хирургическом вмешательстве при болезни Пейрони. Наше исследование подтвердило высокую эффективность лечения в острой фазе: отмечено значимое снижение угла искривления полового члена, уменьшение объёма фиброзной бляшки и интенсивности боли. Максимальную клиническую эффективность продемонстрировала комбинированная терапия, обеспечившая статистически значимую регрессию степени заболевания у 34,1% испытуемых. Это позволяет рекомендовать комбинированную терапию (гель и капсулы «Пейрофлекс» в сочетании с ударно-волновой терапией) в качестве «метода выбора» консервативного лечения острой фазы болезни Пейрони.

Аль-Шукри А.С.¹, Солихов Д.Н.², Акбарова М.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

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

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

³ Медицинская санитарная служба ЗАО «Международный аэропорт Душанбе». Таджикистан

Цель исследования. Продемонстрировать значение междисциплинарного подхода в диагностике и лечении сочетанной огнестрельной травмы органов мочеполовой системы, а также оценить результаты хирургической тактики и последующего урологического наблюдения.

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациента 28 лет с сочетанным огнестрельным проникающим ранением живота, таза и нижних конечностей с повреждением мочевого пузыря. На этапе оказания специализированной помощи выполнены стабилизация состояния, наружная фиксация костей таза, нижнесрединная лапаротомия, ревизия и ушивание повреждения мочевого пузыря, дренирование предпузырного пространства по Буальскому—Мак-Уортеру, цистостомия и установка уретрального катетера. Проведена первичная хирургическая обработка ран. С целью профилактики гнойно-септических осложнений и лечения мочевых затеков применена VAC-терапия. Для контроля герметичности мочевого пузыря выполнена послеоперационная цистография. В дальнейшем проводилось динамическое урологическое наблюдение с использованием урофлоуметрии и ретроградной уретрографии.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде при цистографии признаков затекания контрастного вещества не выявлено. Через 4 недели после оперативного вмешательства цистостомический дренаж был удален, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Через 3 месяца пациент предъявил жалобы на затрудненное мочеиспускание и необходимость натуживания. По данным урофлоуметрии Q_{max} составила 13 мл/с. При ретроградной уретрографии выявлена стриктура бульбозного отдела уретры протяженностью 1,5 см. С учетом клинической картины и анамнеза наиболее вероятной причиной формирования стриктуры явилась травматизация уретры при катеризации. Пациенту запланировано оперативное лечение.

Выводы. Лечение сочетанной огнестрельной травмы с повреждением органов мочеполовой системы требует своевременного взаимодействия специалистов различных профилей — урологов, хирургов, травматологов и анестезиологов-реаниматологов. Комплексная хирургическая тактика, адекватное дренирование мочевых затеков, отведение мочи и применение современных методов лечения ран позволяют добиться восстановления функции мочевого пузыря и снизить риск инфекционных осложнений. Длительное урологическое наблюдение необходимо для своевременного выявления поздних осложнений, в частности посттравматических стриктур уретры.

Амириён Р.Н., Эшпулатова С.С.

СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕК У ДЕТЕЙ

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

Республиканская клиническая больница р. Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить нозологическую структуру и особенности распределения воспалительных заболеваний век у детей в Республиканской клинической больнице (РКБ) р. Дангара за 2025-2026 гг.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 191 случая воспалительных заболеваний век у детей. Статистическая обработка данных включала расчёт доли каждой нозологической формы в общей структуре выявленных заболеваний.

Результаты исследования. За анализируемый двухлетний период в структуре воспалительных заболеваний век у детей преобладал ячмень (гордеолум), выявленный в 133 случаях (69,63 %). Число наблюдений этой нозологической формы превышало суммарное число случаев остальных включённых в анализ заболеваний. Такое распределение характеризует преобладание острых бактериальных процессов среди зарегистрированных воспалительных поражений век.

Блефарит был диагностирован в 31 случае (16,23 %) и занимал следующее место в нозологической структуре. Мейбомит выявлен в 17 случаях (8,90 %), халазион - в 7 случаях (3,66 %). Суммарная доля этих хронических и подострых процессов составила 28,79 %. Среди них наиболее часто встречался блефарит, затем мейбомит; наименьшая доля приходилась на халазион.

Абсцесс века отмечен в 3 случаях (1,57 %). Эта нозологическая форма имела наименьшую долю в общей структуре заболеваний. Несмотря на редкую встречаемость, её наличие указывает на присутствие деструктивных форм воспалительного поражения век в исследуемой группе детей.

Выводы. 1. В структуре воспалительных заболеваний век у детей, наблюдавшихся в РКБ г. Дангара, преобладают острые бактериальные процессы (ячмень - 69,63 %).

2. Суммарная доля хронических и подострых процессов (блефарита, мейбомита и халазиона) составляет 28,79 %, что требует длительного диспансерного наблюдения за пациентами для предупреждения рецидивов.

3. Наличие деструктивных форм (абсцесс века - 1,57 %) указывает на необходимость повышения гигиенической грамотности населения и своевременного назначения адекватной стартовой терапии на уровне первичного звена здравоохранения.

Амириён Р.Н., Эшпулатова С.С.

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА У ВЗРОСЛЫХ

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

Республиканская клиническая больница р. Дангара. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости и оценить клиническую эффективность консервативных и хирургических методов лечения хронического дакриоцистита у взрослых пациентов Республиканской клинической больницы (РКБ) р. Дангара за 2025-2026 гг.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования и лечения 22 взрослых пациентов с подтверждённым диагнозом хронического дакриоцистита, находившихся на лечении в офтальмологическом отделении. Всем пациентам выполняли стандартное офтальмологическое обследование, канальцевую и носовую пробы, зондирование и промывание слезоотводящих путей для определения локализации и степени окклюзии (закупорки).

Результаты исследования. С учётом особенностей клинического течения, степени непроходимости слезоотводящих путей и наличия осложнений пациенты были распределены на три группы.

Группа щадящего лечения включала 5 пациентов с частичной или начальной окклюзией носослёзного протока. Выполнено лечебно-диагностическое зондирование (бужирование) слезоотводящих путей с последующим курсом промываний растворами антисептиков и антибиотиков. У всех 5 пациентов достигнуто полное восстановление анатомической проходимости слезоотводящих путей.

Группу радикального хирургического лечения составили 12 пациентов с полной и стойкой органической стриктурой (сужением) носослёзного протока. В связи с неэффективностью консервативного лечения выполнена дакриоцисториностомия с формированием широкого соустья между слёзным мешком и полостью носа в обход обтурированного протока. У всех пациентов отмечен положительный функциональный результат.

В группу с осложнённым течением заболевания вошли 5 пациентов, поступивших в экстренном порядке с острым абсцессом слёзного мешка на фоне длительно протекавшего хронического дакриоцистита. Им выполнены экстренное вскрытие, санация и дренирование гнойного очага на фоне системной антибактериальной терапии.

Выводы. 1. Дифференцированный подход к лечению хронического дакриоцистита позволяет достичь высокой эффективности лечения: при начальных изменениях оправдано зондирование (22,7 % случаев), а при стойкой окклюзии методом выбора является дакриоцисториностомия (54,5 % случаев).

2. Высокая доля пациентов с абсцедированием (22,7 %; 5 пациентов) указывает на позднее обращение за медицинской помощью и определяет необходимость повышения настороженности врачей первичного звена (поликлиник) для своевременного направления пациентов в стационар.

Ансори К.Дж., Курбанов С.Х., Ансори Дж.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Оценить клинические и функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 87 пациентов с коксартрозом III-IV стадии, страдавших ожирением и метаболическим синдромом, которым было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Средний возраст пациентов составил $63,4 \pm 8,7$ года. Среди обследованных было 49 (56,3%) женщин и 38 (43,7%) мужчин. Оценка результатов проводилась с использованием шкалы Harris Hip Score (HNS), визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) и анализа послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. До хирургического вмешательства среднее значение Harris Hip Score составляло $42,8 \pm 9,4$ балла, что соответствовало выраженному нарушению функции тазобедренного сустава. Уже через 3 месяца после операции показатель увеличился до $71,2 \pm 8,6$ балла, через 6 месяцев достиг $80,9 \pm 8,4$ балла, а через 12 месяцев составил $86,7 \pm 8,2$ балла.

Уменьшение болевого синдрома было отмечено у большинства пациентов. Средний показатель ВАШ снизился с $7,9 \pm 1,2$ балла до операции до $3,1 \pm 1,1$ балла через 3 месяца и до $1,8 \pm 0,9$ балла через 12 месяцев после хирургического вмешательства.

Через один год после операции отличные результаты зарегистрированы у 41 (47,1%) пациента, хорошие у 33 (37,9%), удовлетворительные у 9 (10,3%) и неудовлетворительные у 4 (4,7%) больных.

Послеоперационные осложнения выявлены у 11 (12,6%) пациентов. Поверхностная инфекция области операционной раны наблюдалась у 4 пациентов, тромбоз глубоких вен у 3, вывих головки эндопротеза у 2 и асептическое

расшатывание компонентов эндопротеза у 2 пациентов. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $8,4 \pm 2,1$ суток. Вместе с тем наличие ожирения и метаболических нарушений остается важным фактором риска периоперационных осложнений. Избыточная масса тела способствует увеличению механической нагрузки на имплантат, затрудняет хирургический доступ и может негативно влиять на процессы заживления тканей. Метаболический синдром сопровождается развитием хронического воспаления низкой интенсивности, что создает дополнительные предпосылки для возникновения инфекционных осложнений.

Однако частота осложнений в проведенном исследовании оставалась приемлемой и сопоставимой с результатами других клинических наблюдений. Это свидетельствует о целесообразности тщательной предоперационной подготовки пациентов, включающей коррекцию уровня гликемии, артериального давления, липидного профиля и массы тела.

Важным фактором успешного исхода лечения является мультидисциплинарный подход с участием ортопедов, эндокринологов, кардиологов и специалистов по медицинской реабилитации.

Заключение. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом обеспечивает значительное улучшение функционального состояния и качества жизни. Несмотря на повышенный риск послеоперационных осложнений, соблюдение современных принципов периоперационного ведения позволяет добиться благоприятных результатов в большинстве наблюдений.

Ансори К.Дж., Курбанов С.Х., Ансори Дж.К.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

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

Цель исследования. Изучить влияние степени тяжести ожирения на частоту послеоперационных осложнений и клинично-функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ТЭТС у 87 пациентов с различной степенью ожирения. Средний возраст обследованных составил $62,8 \pm 7,9$ года. Женщины составили 55,2%, мужчины – 44,8%. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): I степень ожирения ($30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$) – 39 пациентов, II степень ($35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$) – 31 пациент, III степень ($\geq 40 \text{ кг/м}^2$) – 17 пациентов. Оценивали продолжительность операции, объем кровопотери, частоту осложнений, показатели Harris Hip Score (HHS) и визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ). Наблюдение за пациентами осуществлялось в течение 12 месяцев после операции.

Результаты исследования. Выявлена положительная корреляция между увеличением ИМТ и продолжительностью хирургического вмешательства ($r=0,61$; $p<0,05$). Установлено возрастание частоты послеоперационных осложнений с увеличением степени ожирения. Так, в группе пациентов с ожирением III степени осложнения зарегистрированы в 23,5% случаев, тогда как при ожирении I степени данный показатель составил 7,7%. Несмотря на различия в частоте осложнений, значительное улучшение функционального состояния отмечалось во всех группах. Выявлена сильная положительная корреляционная связь между степенью ожирения и общей частотой осложнений ($r=0,72$; $p<0,05$). У пациентов с ожирением III степени конечные показатели функции были достоверно ниже по сравнению с пациентами I степени ожирения ($p<0,05$). Через 12 месяцев после операции показатель HHS составил $91,4 \pm 6,3$; $87,8 \pm 7,1$ и $81,9 \pm 8,4$ балла соответственно. Показатели ВАШ уменьшились во всех группах, однако наиболее выраженный регресс болевого синдрома отмечался среди пациентов с умеренным ожирением.

Заключение. Степень ожирения является значимым прогностическим фактором развития осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава. Увеличение ИМТ ассоциируется с возрастанием риска инфекционных, тромбозомболических и механических осложнений, а также с менее выраженным функциональным восстановлением. Однако даже при морбидном ожирении эндопротезирование обеспечивает значительное улучшение качества жизни пациентов.

Артыков К.П., Солиев О.Ф., Курбанов Н.Р

ВЛИЯНИЕ МИКРОСОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН

Республиканский центр восстановительной хирургии МЗ РТ. Таджикистан
Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Сравнительная оценка показателей сперматогенеза и фертильности у больных с варикоцеле до и после выполнения микрососудистых оперативных вмешательств.

Материал и методы. Под наблюдением находились 125 больных с первичным и вторичным варикоцеле в возрасте от 12 до 35 лет, которым были выполнены микрососудистые оперативные вмешательства с целью коррекции патологического венозного кровотока и улучшения условий для сперматогенеза. Большинство пациентов — 89 (71,3%) — имели варикоцеле III степени. Двустороннее варикоцеле диагностировано у 2 больных. У 11 пациентов заболевание носило рецидивный характер после ранее выполненной операции Иванисевича, причем сроки после первичного хирургического лечения составляли от 1 года до 15 лет. Для оценки влияния хирургического лечения на репродуктивную функцию у 86 пациентов проведено исследование спермограммы до и после операции. Оценивали общее количество сперматозоидов, их подвижность, морфологические характеристики, наличие незрелых клеток сперматогенеза, а также индекс плодовитости Фарриса.

Результаты исследования. До оперативного лечения изменения показателей спермограммы выявлены у большинства обследованных пациентов. Патоспермия не выявлена у 38 (44,2%) больных, астеноспермия диагностирована у 22 (25,6%), олигоспермия I степени — у 2 (2,3%), II степени — у 9 (10,4%), III степени — у 7 (8,2%), аспермия — у 8 (9,3%) пациентов. Установлено, что наличие варикоцеле оказывает выраженное отрицательное влияние на процессы сперматогенеза, сопровождаясь уменьшением общего количества сперматозоидов, снижением доли их подвижных форм и индекса плодovitости Фарриса, а также увеличением содержания незрелых клеток сперматогенеза и юных форм сперматозоидов. После выполнения микрососудистых сосудисто-дренирующих операций отмечена положительная динамика основных показателей спермограммы по сравнению с исходными значениями. Улучшение до уровня нормоспермии отмечено у 9 пациентов. У больных с олигоспермией и астеноспермией в отдельных случаях показатели спермограммы оставались без существенной динамики. При олигоспермии II степени в одном случае отмечена нормализация показателей, в одном — отсутствие изменений, еще в одном случае наблюдалось ухудшение. При олигоспермии III степени у одного больного произошло улучшение до I степени, у двух — до уровня астеноспермии. При астеноспермии у 4 из 5 пациентов отмечена нормализация показателей спермограммы, у одного больного существенной динамики не выявлено. У двух пациентов с тератоспермией и акиноспермией после операции показатели спермограммы нормализовались. У одного больного с аспермией отмечено улучшение до уровня астеноспермии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что устранение патологического венозного рефлюкса и восстановление адекватного венозного оттока из яичка после микрососудистой операции создают более благоприятные условия для функционирования ткани яичка и восстановления сперматогенеза.

Выводы.

1. После микрососудистых сосудисто-дренирующих операций у значительной части пациентов наблюдается положительная динамика показателей спермограммы, включая уменьшение выраженности олигоспермии и астеноспермии и нормализацию качественных характеристик эякулята.
2. Восстановление показателей сперматогенеза после хирургической коррекции патологического венозного оттока свидетельствует о потенциально благоприятном влиянии микрососудистых операций на мужскую фертильность.

Артыков К.П., Солнев О.Ф., Курбанов Н.Р
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ
Республиканский центр восстановительной хирургии МЗ РТ. Таджикистан
Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Дать сравнительный анализ результатам различных хирургических методов лечения варикоцеле.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов различных хирургических методов лечения варикоцеле у 278 больных. Хирургическое лечение пациенты получили в отделении восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ СЗН РТ и отделении урологии клинической больницы «Мадади Акбар» в период 2006-2015 гг. Пациентам были выполнены четыре вида оперативных вмешательств: операция Иванисевича (71); операция Мармар (68); операция Мармар-Гольдштейна (87) и формирование межвенозных анастомозов (52). Все пациенты имели патоспермии в той или иной степени выраженности.

Результаты исследования. После операции Иванисевича рецидив заболевания выявлен у 19 (26,76%) пациентов. У остальных 52 больных без рецидива другие клинические отклонения. Дискомфорт и боли в области мошонки уменьшились с 35 до 6, гипотрофия яичко нормализовалось у 2 больных, но у 7 она развилась после операции из-за повреждения яичковой артерии, гидроцеле развилось в 8 случаях. Оценку результатов хирургического лечения после операции Мармар проводили у 68 пациентов. Показания к оперативному лечению у этих пациентов были: боли в яичке и патоспермия. Бесплодием страдали 15 (22%) больных, состоящих в браке. В послеоперационном периоде сроки до одного года рецидив заболевания выявлен у 12 (17,65%) пациентов. У остальных 56 больных рецидив не обнаружен, но выявлены: дискомфорт и боли в области мошонки (5); гипотрофия яичка (18); гидроцеле (11). Градиент температуры кожи мошонки при рецидивах болезни оставался прежним, а у 13 пациентов уменьшался по сравнению со здоровой половиной, что указывало на повреждение яичковой артерии. После операции Мармар-Гольдштейна оценка результатов проведена у 87 больных. Бесплодием страдали 10 (11,49%) пациентов, состоящих в браке. Рецидив заболевания выявлен у 6 (6,9%) пациентов. Дискомфорт и боли в области мошонки были у 3 больных. Гипотрофия яичка оставалась у 11, увеличение мошонки — у 6, а гидроцеле развилось у 2 больных. Микрососудистые венодренирующие операции были выполнены 52 больным с варикоцеле. Дистальный анастомоз с эпигастральной веной был сформирован у 29 и сафенной веной у 9 больных при илеосперматическом гемодинамическом типе. Проксимальный анастомоз для разгрузки почечной гипертензии при этом выполнен 5 пациентам. При смешанном гемодинамическом типе варикоцеле по два анастомоза с притоками подвздошной вены были, сформировали 9 пациентам. Рецидивов заболевания не было. Боль и дискомфорт в области мошонки исчезли у 35 из 37 больных. Увеличение мошонки в размерах оставалось лишь у одного пациента. Развития гипотрофии и гидроцеле не было ни у одного больного. Таким образом, полученные результаты различных хирургических методов лечения варикоцеле указывают об обоснованности использования микрохирургических методов лечения варикоцеле.

Выводы.

1. Операция Иванисевича и Мармар в классическом виде из-за развития большого количества осложнений должны быть ограничены.
2. Операция Мармар-Гольдштейна показана при реносперматическом гемодинамическом типе варикоцеле, при илиосперматическом и смешанном гемодинамическом типах варикоцеле операцией выбора является венодренирующие вмешательства.

Аскарров А.Т., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М.
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

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

Цель исследования. Анализ результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела плечевой кости.

Материал и методы. По данным отечественной и зарубежной литературы переломы проксимального отдела плечевой кости (ПОПК) составляют 4–15% всех переломов костей скелета и 32–65% от переломов плечевой кости. 12–20% пациентов с данными повреждениями имеют смещение костных отломков и требуют хирургического лечения. В 13–16% случаев переломы ПОПК – многофрагментарные, прогноз в лечении которых неблагоприятный. У молодых пациентов переломы данной локализации происходят, как правило, в результате высокоэнергетической травмы (падение с высоты, ДТП), у пожилых же пациентов они возникают в результате не прямой травмы при незначительном воздействии внешних сил на фоне имеющегося остеопороза. 50–80% больных с переломами ПОПК – люди старше 60 лет, при этом у женщин они встречаются в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. За последние годы появилось большое количество новых металлоконструкций и современных методик операций, но количество неудовлетворительных результатов лечения переломов ПОПК остается достаточно высоким и составляет 35–50% случаев. В настоящее время насчитывается более 30 методик оперативного лечения переломов ПОПК, среди которых различают погружной (накостный, интрамедуллярный) остеосинтез, внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации. Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов с переломами ПОПК в возрасте от 24 до 79 лет. Женщин было 32, мужчин – 15. Все переломы были закрытыми. Все пациенты разделились следующим образом: с двухфрагментарными переломами 12 пациентов (25,5%), 20 пациентов (42,6%) с трехфрагментарными переломами и 15 пациентов (31,9%) с четырехфрагментарными переломами. Тактика лечения трех-и-четырефрагментарных переломов также зависела от возраста и соответственно от выраженности инволютивного остеопороза: пациентам трудоспособного возраста применялись накостные фиксаторы с угловой стабильностью. Гипсовая иммобилизация после остеосинтеза не применялась. После купирования болевого синдрома пациенты приступали к восстановительному этапу лечения.

Результаты исследования. У 3 пациентов с двухфрагментарными переломами старше 60 лет имела место миграция металлоконструкции на фоне остеопоротических изменений проксимального отдела плечевой кости. У 4 больных с трехфрагментарными переломами в послеоперационном периоде развился асептический некроз головки плечевой кости. Оперативное лечение четырехфрагментарных переломов ПОПК в 2 случаях осложнилось нарушением консолидации, в 2 случаях имел место асептический некроз головки плечевой кости.

Выводы. Оперативное лечение двухфрагментарных переломов ПОПК у лиц молодого возраста может быть выполнено с помощью Т- и L-образных пластин, при трехфрагментарных переломах необходимо использовать пластины с угловой стабильностью винтов. Применение накостного остеосинтеза при лечении трех-и более фрагментарных переломов у пожилых больных и четырехфрагментарных переломов у пострадавших трудоспособного возраста приводит к большому количеству осложнений.

Аскарров А.Т., Мухамедова И.Г., Назаров И.Р.
НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И
ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов лечения несрастающихся переломов и псевдоартрозов большеберцовой кости.

Материал и методы. В ортопедическом отделении НМЦ РТ с 2016 по 2026 годы лечились по поводу несрастающихся переломов и ложных суставов большеберцовой кости 48 больных в возрасте от 27 до 69 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 несрастающихся переломы – у 11 (22,9%) больных. Левая нижняя конечность пострадала в 22 (45,8%) случаях, а правая – в 26 (54,2%).

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 большеберцовой кости были: неправильное лечение постоянным вытяжением или его раннее снятие, нестабильный остеосинтез, ранняя нагрузка конечности или удаление металлических конструкций и компрессионно-дистракционных аппаратов в связи с возникновением гнойно-некротических осложнений и другие.

Результаты исследования. Лечение ложных суставов и несрастающихся переломов большеберцовой кости является одной из сложных проблем практической ортопедии. Обычно указанная патология большеберцовой кости развивается от 9,7 до 35,4% всех переломов костей, 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 или васкуляризованной костной пластикой. При поступлении в клинику все больные, особенно пожилого возраста, подвергались тщательному клиническому (с

привлечением смежных специалистов), анестезиологическому, а в некоторых случаях компьютерному, УЗИ и лабораторному обследованию. Предоперационная подготовка больных была направлена на устранение патологических изменений кожи и кровообращения пораженной нижней конечности и лечению сопутствующих заболеваний. При оперативном лечении несрастающихся переломов и псевдоартрозов большеберцовой кости мы широко использовали как экстрamedулярные (пластинки) и внеочаговый остеосинтез аппаратами Илизарова с дополнительными стержнями, с целью стабильной фиксации отломков и конечности, а также костную пластику аутоотрансплантатами. Интрамедулярный остеосинтез нами не использован из-за отсутствия эффекта стабильности, сохранения возможности ротационных движений отломков, разрушения костного мозга, участвующего в образовании эндостальной костной мозоли.

Выводы. Костная аутопластика является эффективным путем при лечении несрастающихся переломов и ложных суставов большеберцовой кости, методом лечения и быстрой консолидации восстановления утраченной функции конечности.

Ахмедов М.Г., Гасанов А.М., Тетерин Ю.С.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕИ

ГБУЗ "НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить промежуточные результаты эндоскопического лечения пациентов с РСТ методом внутрипросветного иссечения.

Материал и методы исследования. С 2020 по 2026 год в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 127 пациентов с РСТ, поступивших в экстренном порядке с явлениями дыхательной недостаточности. В исследуемую группу вошли 30 пациентов с коротким стенозом трахеи 2 и 3 степени (В.Д. Паршин, 2011). Из них 23 мужчины и 7 женщин, средний возраст составил $47,5 \pm 7,6$ [18-78]. Всем пациентам в условиях приемного отделения выполняли рентгенографию органов грудной клетки с захватом шейного отдела трахеи в двух проекциях и компьютерную томографию. Учитывая тяжесть состояния, у 17 пациентов (56,7%) диагностическая трахеобронхоскопия (ТБС) выполнялась интраоперационно. У 13 (43,3%) больных ТБС выполняли в условиях приемного отделения под местной анестезией, в положении на спине или на левом боку. Реканализацию РСТ выполняли в операционной с использованием ригидной бронхоскопии под тотальной внутривенной анестезией с высокочастотной вентилиацией. Всем пациентам после реканализации устанавливали силиконовый самофиксирующийся трахеальный эндопротез.

Результаты исследования. Стеноз II степени диагностировали у 3 пациентов, III степени – у 27. Протяженность стеноза составила от 0,5 до 2,0 см. У 5 пациентов после реканализации просвета трахеи применяли эндопротезы с внутренним диаметром 12 мм, у 10 больных – 11 мм, у 13 – 10 мм и у 2 – 9 мм. В шейном отделе трахеи стеноз определялся у 17 пациентов, в верхне-грудном отделе – у 11, в средне-грудном – у 2. После реканализации просвет трахеи составлял от 1,0 до 1,3 см в диаметре. Осложнений, связанных с методикой реканализации, не отмечалось. По истечении 6 месяцев эндопротезы были удалены у 30 пациентов. При контрольной бронхоскопии через 10, 30 и 180 дней в 19 (63,3%) наблюдениях отмечали сохранение стойкого просвета трахеи не менее 1,0 см в диаметре, с полной эпителизацией слизистой оболочки и умеренной деформацией просвета. У 11 (36,7%) пациентов развился рестеноз в сроки от 3 суток до одного месяца, из них 7 (23,3%) пациентам выполнено бужирование и рестентирование стандартным методом с продолжительностью протекции зоны сужения сроком на 12 месяцев. В двух наблюдениях (6,7%) проведено хирургическое лечение в объеме циркулярной резекции трахей.

Заключение. Методика эндоскопического лечения пациентов с РСТ, включающая внутрипросветное иссечение рубца и эндопротезирование, продемонстрировала эффективность и безопасность в 63,3% случаев.

Ахрориён З.А., Хамрокулзода Ф., Собирзода М.Э.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ У БОЛЬНЫХ С АСТМАТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического лечения пациентов с декомпенсированной формой хронического тонзиллита (ДФХТ), протекающей на фоне бронхиальной астмы и астматического компонента, путем применения щадящего электрохирургического инструмента в режиме коагуляции и предоперационной иммунофармакотерапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения НМИЦ «Шифобахш». В исследование вошли 42 пациента в возрасте от 19 до 54 лет с ДФХТ (частые ангины, рецидивирующие паратонзиллярные абсцессы, тонзиллогенная интоксикация) в сочетании с бронхиальной астмой легкого и среднетяжелого течения. Все больные были разделены на две сопоставимые группы. В основной группе ($n = 22$) выполнялась тонзиллэктомия путем электродиссекции, на фоне медикаментозной стабилизации астматического компонента (ингаляционные ГКС, бета-2-агонисты) и подготовки препаратами антигистаминными средствами. В контрольной группе ($n = 20$) проводилась традиционная петлевая тонзиллэктомия под местной анестезией. Оценивались объем кровопотери, интенсивность болевого синдрома, сроки эпителизации тонзиллярных ниш, динамика показательной функции внешнего дыхания (ФВД: ОФВ1, ПСВ) и частота обострений бронхоспастического синдрома в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. В основной группе при использовании малоинвазивных хирургических методов объем интраоперационной кровопотери составил $18,4 \pm 3,2$ мл против $65,2 \pm 8,4$ мл в контрольной группе ($p < 0,001$). Выраженность реактивного отека дужек и мягкого неба у пациентов основной группы была существенно ниже, что минимизировало риск провокации бронхоспазма. Выраженность болевого синдрома по ВАШ на 3-и сутки составила

3,2 ± 0,4 балла в основной группе против 6,8 ± 0,7 балла в контрольной. Мониторинг ФВД показал, что у 35,0% больных контрольной группы в первые 48 часов после операции наблюдалось транзитное снижение ОФВ1 более чем на 15% от исходного, требовавшее коррекции бронхолитической терапии, тогда как в основной группе показатель ОФВ1 оставался стабильным (снижение менее 5% у 9,1% больных). К 6 месяцам после операции у 86,4% пациентов основной группы отмечена стойкая ремиссия как хронического тонзиллита, так и снижение частоты приступов бронхиальной астмы.

Выводы. Применение малоинвазивной диссекции тканей с помощью радиоволнового коагулятора тонзилэктомии у больных с декомпенсированной формой хронического тонзиллита и астматическим компонентом позволяет значительно снизить травматичность операции и кровопотерю. Комплексная предоперационная подготовка и использование высокотехнологичных методов бескровной хирургии предотвращают риски обострения бронхоспастического синдрома в послеоперационном периоде. Своевременное хирургическое устранение очага хронической тонзиллогенной инфекции способствует достижению длительной ремиссии сопутствующей бронхолегочной патологии.

Ахрориев З.А., Юсупов Н.А., Собирзода М.Э.

ЦИФРОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ОТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить возможности применения цифровых методов для выявления и систематизации отологических симптомов у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также определить их значение в комплексной стоматологической и оториноларингологической диагностике.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения совместно с отделением челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Обследовано 87 пациентов с дисфункцией ВНЧС и сопутствующими отологическими жалобами в возрасте от 32 до 45 лет. Среди обследованных было 51 (58,6%) женщина и 36 (41,4%) мужчин. В зависимости от возраста пациенты были распределены на три группы: 32–35 лет — 32 (36,8%) пациента, 36–40 лет — 35 (40,2%), 41–45 лет — 20 (23,0%). Оценивали боль в области уха, ощущение заложенности, шум в ушах, субъективное снижение слуха и дискомфорт при движениях нижней челюсти. Диагностический комплекс включал сбор жалоб и анамнеза с применением электронной анкеты, стоматологическое обследование, оценку объема движений нижней челюсти, фото- и видеорегистрацию траектории открывания рта, отоскопию, тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию. Полученные клинические и инструментальные данные систематизировали в электронной базе для комплексной оценки состояния ВНЧС и слуховой функции.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что дисфункция ВНЧС может сопровождаться различными отологическими проявлениями даже при отсутствии объективных патологических изменений наружного и среднего уха. Наиболее характерными жалобами являлись боль в околоушной области, ощущение заложенности уха, шум в ушах и субъективное снижение слуха. В исследуемой выборке преобладали женщины — 58,6%, а наиболее многочисленной была возрастная группа 36–40 лет — 40,2%.

Выводы. Комплексное применение электронной анкеты, цифровой регистрации движений нижней челюсти, отоскопии, тимпанометрии и тональной пороговой аудиометрии повышает объективность обследования пациентов с дисфункцией ВНЧС и отологическими жалобами. Среди обследованных отмечено преобладание женщин и пациентов в возрасте 36–40 лет. Совместная оценка стоматологического и оториноларингологического статуса позволяет уточнить возможное происхождение ушных симптомов, избежать необоснованного лечения предполагаемых заболеваний уха и определить дальнейшую лечебно-диагностическую тактику.

Ахтамова О.Ф.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра Акушерства и гинекологии №1, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучить риск и частоту выкидышей у беременных женщин с антифосфолипидным синдромом (АФС) на фоне иммунных нарушений, которые, по данным ВОЗ, лежат в основе 65–70% случаев невынашивания.

Материал и методы. Исследование проведено в отделениях акушерства и гинекологии клиники №1 СамГМУ. Обследованы 20 беременных с верифицированным диагнозом АФС. Лабораторные методы включали общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ИФА-определение уровня факторов свёртывания и антифосфолипидных антител. Инструментально использована фетальная доплерография. Критерии исключения – аномалии и опухоли половых органов, истмико-цервикальная недостаточность.

Результаты исследования. Возраст пациенток – от 18 до 36 лет (средний 25,2±1,4 года). Все имели в анамнезе выкидыш: у 85% – до 12 недель, у остальных – на 13–14-й неделе. После наступления беременности уровень антифосфолипидных антител увеличился в 1,5–2 раза по сравнению с предыдущими обследованиями. Все женщины отмечали усталость и слабость, токсикоз средней тяжести – у 65%. У 90% зафиксирована угроза прерывания и гипертонус матки, получали стандартную терапию. После плазмафереза у 25% наступило улучшение, угроза исчезла, лечение продолжалось амбулаторно. Несмотря на терапию, самопроизвольный выкидыш произошёл у 15% (3 женщины), в 33,3% случаев проведён медикаментозный аборт по причине плодовой недостаточности.

Выводы. АФС является значимой причиной невынашивания беременности, и его доля в структуре данной патологии имеет тенденцию к росту. Полученные данные подтверждают необходимость совершенствования методов ранней диагностики и комплексного лечения этого состояния для снижения репродуктивных потерь.

Ашуров А.С., Кобилзода К.К., Солехов А.С.

ПРИЧИНЫ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ГУО ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение причины конверсии при выполнении ЛХЭ.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе 843 историй болезни пациентов с острым (176) и хроническим (667) калькулёзным холециститом с 2010 по 2013 год. Мужчин было 76 (9,02%), женщин - 767 (90,98%) в возрасте от 18 до 75 лет. Все больные оперированы под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции лёгких, использовали эндовидеохирургическую стойку «Азимут» (г. Санкт-Петербург, Россия), «Крыло» (г. Воронеж, Россия). ЛХЭ была выполнена 826 больным, переход на открытую операцию осуществлен у 17 пациентов.

Результаты исследования. Причинами конверсии при выполнении ЛХЭ были кровотечения в 3 наблюдениях (0,35%), рубцово-спаечный процесс в гепатобилиарной зоне - в 10 (1,18%) случаях, подозрение на патологию гепатикохоледоха - в 2 (0,23%), желчеистечение - в 2 (0,23%). У 2 больных кровотечение возникло вследствие прорезывания клипсы, в одном случае из добавочного сосуда, которое остановить лапароскопическими манипуляциями не удалось. У 10 пациентов основанием для конверсии был плотный инфильтрат в области желчного пузыря, особенно в шейке при остром холецистите, у 2 - в ходе плановой холецистэктомии вследствие выраженных рубцово-спаечных изменений в правом подреберье, не диагностированных до операции. У 2 (0,3%) больных при остром холецистите конверсию выполняли по причине желчеистечения из инфильтрированной культи пузырного протока, которое произошло вследствие прорезывания тканей клипсой. У двух больных при расширении холедоха до 12-14 мм операцию завершили открытой холедохолитотомией. У всех данных пациентов при дооперационном УЗИ органов гепатобилиарной зоны признаков воспаления выявлено не было.

Вывод. Таким образом, результаты исследования показали, что основными причинами конверсии было несовпадение данных дооперационного УЗИ с интраоперационной картиной и плотные инфильтративные или рубцово-спаечные изменения в гепатобилиарной зоне.

Ашуров Р.Г.^{1,3}, Чобулов С.А.^{2,3}, Холмуродов М.М.^{1,3}.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ-ПАТТЕРНОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ДО- И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

¹Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан

²Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

³ГУ комплекс здоровья «Истиклол», Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности хирургической васкулярной декомпрессии с использованием параметров ЭЭГ.

Материал и методы. В период с 2024 по 2026 гг. на базе ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» проанализированы 72 пациента с невралгией тройничного нерва (НТН). Женщин было 51 (70,8%), мужчин — 21 (29,2%). Средний возраст 54,6 года (диапазон от 32 до 71 года). В рамках комплексного обследования 28 пациентам (38,9%) выполнено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование для оценки функционального состояния головного мозга до и после хирургического лечения. Регистрацию биоэлектрической активности головного мозга проводили с помощью цифровой многоканальной ЭЭГ-системы с монополярным расположением электродов по международной схеме «10–20». Запись осуществлялась в состоянии спокойного бодрствования при закрытых и открытых глазах, а также в условиях стандартных функциональных проб (гипервентиляция в течение 3 минут и ритмическая фотостимуляция в диапазоне частот 2–30 Гц). Продолжительность каждой ЭЭГ-записи варьировала от 20 до 30 минут, что обеспечивало достаточный объем анализируемого материала.

Результаты исследования. На дооперационном ЭЭГ у пациентов отмечались признаки функционального напряжения (снижение амплитуды альфа-ритма, усиление тета-активности, эпизодическая нестабильность фоновой активности). У 28% больных регистрировались умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности, отражающие хронический болевой стресс и эмоциональную лабильность. Пароксизмальные паттерны отсутствовали, что подтверждало отсутствие эпилептиформной активности. Динамика ЭЭГ проводилась на 5 сутки после операции. Между тем, у 80% пациентов наблюдалось восстановление стабильного альфа-ритма, снижение тета-активности, нормализация фоновой активности. На этом фоне отмечалось уменьшение признаков функциональной дезорганизации, исчезли эпизоды нестабильности, ранее регистрируемые при функциональных пробах. Среди 12% пациентов сохранялись минимальные диффузные изменения, не имеющие клинического значения. Улучшение ЭЭГ-показателей коррелировало с регрессом болевого синдрома, снижением уровня тревожности и восстановлением качества сна. Это подтверждает не только эффективность хирургического вмешательства, но и его влияние на общее функциональное состояние центральной нервной системы.

Выводы. Практический опыт свидетельствует о том, что проведение ЭЭГ-исследования у пациентов с невралгией тройничного нерва до и после хирургического вмешательства (в частности, микроваскулярной декомпрессии) является клинически целесообразным и информативным методом оценки нейрофизиологической динамики мозговой активно-

сти. Включение ЭЭГ в диагностико-лечебный алгоритм при НТН позволяет повысить объективность нейрофизиологической оценки, обеспечить персонализированный подход к терапии и улучшить прогноз за счет раннего выявления функциональных нарушений ЦНС и контроля их регресса в послеоперационном периоде.

Ашуров Р.Г., Курбоналиев Дж.Ш., Чобулов С.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ

Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Оптимизация результатов хирургического лечения гипертензивных внутримозговых гематом (ГВМГ) посредством внедрения дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. В нейрохирургическое отделение ГУ «Комплекс здоровья «Истиклол» в 2023–2025 гг. госпитализировано 92 пациента с ГВМГ различной локализации (68 мужчин – 74%, 24 женщины – 26%; средний возраст – 45 лет). Диагностика включала обязательное КТ до и после операции. Хирургическое вмешательство выполнено у 24 пациентов (26%). Открытое удаление гематомы через Сильвиеву щель и островок в 18 (75%) случаев, гематомы с прорывом в боковые желудочки эвакуированы методом «закрытого наружного дренирования» – 6 (25%) с использованием специализированных дренажных систем. У пациентов старше 65 лет с тяжёлым соматическим статусом, глубокой комой (ШКГ ≤ 7 баллов), смещением срединных структур $>1,5$ см и объёмом гематомы <15 мл операции не проводились.

Результаты исследования. В рамках настоящего исследования гематомы локализовались супратенториально. Среди них были субкортикальные – 7 (29,2%), путаменальные – 3 (12,5%), таламические – 8 (33,3%), сочетанные с внутрижелудочковыми кровоизлияниями – 6 (25%). Объём гематомы у оперированных пациентов составлял 30–60 мл. По шкале комы Глазго: ясное сознание – 14, оглушение – 10, сопор – 18, кома – 2 пациента. Исходы были оценены с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ) и были получены: хорошее восстановление – 8 (33,3%), умеренная инвалидизация – 4 (16,7%), грубая инвалидизация – 7 (29,2%), летальный исход – 5 (20,8%).

Выводы. Внедрение алгоритма дифференцированной хирургической тактики при ГВМГ способствует улучшению результатов лечения. Доступ через Сильвиеву щель и островок является малотравматичным, технически доступным и эффективным методом, позволяющим снизить риск осложнений и повысить функциональные исходы. Стандартизация критериев отбора пациентов и выбора хирургического доступа формирует единую практическую стратегию, повышающую предсказуемость исходов и создающую основу для дальнейшего совершенствования нейрохирургической помощи при ГВМГ.

Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т., Алиева Н.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАННОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

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

Цель исследования. Оценить эффективность панретиальной лазерной коагуляции (ПЛК) и связь между сроками его проведения в динамике пролиферативной диабетической ретинопатии.

Материал и методы исследования. Проведено сравнительное клиническое исследование 30 пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией. В зависимости от сроков проведения ПЛК после выявления неоваскуляризации пациенты были распределены на три группы по 10 человек. В I группу вошли пациенты, которым ПЛК выполняли в течение 1-7 суток после выявления ретиальной неоваскуляризации. Во II группу включили пациентов, которым ПЛК проводили спустя более 31 дня после выявления неоваскуляризации. III группу составили пациенты, которым своевременная ПЛК не выполнялась; при повторном обращении через 3-4 месяца у них были выявлены осложнения ПДР.

Всем пациентам проводили визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию с оценкой состояния диска зрительного нерва, периферической сетчатки и выраженности неоваскуляризации, а также оптическую когерентную томографию макулярной области. В комплексе терапии входили ПЛК сетчатки и две интравитреальные инъекции бевацизумаба с интервалом 1 месяц (пациентам I и II). Оценивали динамику максимально корригируемой остроты зрения (МКОЗ), состояние ретиальной и папиллярной неоваскуляризации, наличие и выраженность диабетического макулярного отёка (ДМО), изменения интравитреальной жидкости и центральной толщины сетчатки (ЦТС) по данным ОКТ, а также развитие витреоретинальных осложнений.

Результаты исследования. На момент первичного обращения у всех пациентов зафиксирована низкая острота зрения на фоне выраженного диабетического макулярного отёка и ишемических изменений.

В I группе на фоне полного купирования макулярного отёка зафиксирован наибольший функциональный прирост: средняя МКОЗ увеличилась с $0,1 \pm 0,02$ до $0,6 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). По данным ОКТ отмечена полная регрессия ДМО: ЦТС нормализовалась, снизившись с 450 ± 35 мкм до 250 ± 15 мкм, с полным резорбированием интра- и субретиальной жидкости у всех больных с отёком. Полный регресс ретиальной и папиллярной неоваскуляризации достигнут у 9 (90%) пациентов I группы, у 1 (10%) – стойкая стабилизация процесса. Во II группе исходная МКОЗ составляла $0,08 \pm 0,01$. После проведённого лечения прирост остроты зрения по таблице Сивцева был умеренным: МКОЗ увеличилась до $0,3 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Полная регрессия неоваскуляризации и купирование ДМО наблюдались у 5 (50%) пациентов (снижение ЦТС с 460 ± 30 мкм до 320 ± 20 мкм). У 3 (30%) пациентов достигнута стабилизация процесса, а у 2 (20%) – лишь частичный регресс неоваскулярной активности, потребовавший проведения дополнительных сеансов лазеркоа-

гуляции. В III группе исходная МКОЗ составляла 0,05-0,07 (в среднем $0,06 \pm 0,01$), что отражало тяжесть пролиферативного процесса. При повторном обращении через 3-4 месяца без своевременного лечения зафиксировано прогрессирующее падение зрительных функций: МКОЗ по таблице Сивцева снизилась до $0,02 \pm 0,01$ (счёт пальцев у лица). Рецидивирующий гемофтальм диагностирован у 4 (40%) пациентов, тракционная отслойка сетчатки – у 2 (20%), что потребовало проведения субтотальной витрэктомии. У оставшихся 4 (40%) больных выявлено прогрессирование неоваскуляризации с нарастанием ДМО, дезорганизацией внутренних слоев сетчатки (DRIL) и увеличением ЦТС до 540 ± 40 мкм по данным ОКТ.

Вывод. Таким образом, своевременное проведение панретиальной лазерной коагуляции в составе комбинированной терапии с бевацизумабом ассоциируется с более благоприятной динамикой пролиферативной диабетической ретинопатии и регрессом ретиальной неоваскуляризации. Отсрочка лазерного лечения и отсутствие своевременной терапии сопровождаются более выраженным прогрессированием заболевания и развитием витреоретинальных осложнений.

Бадриддинова Ш.С.

РОЛЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ МИОМЫ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии БухГМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Определить основные факторы риска роста миомы матки на основе анализа информации научно-медицинских интернет-платформ.

Материал и методы исследования. Анализ литературных данных и электронных источников по проблеме миомы матки.

Результаты и их обсуждение. Возраст является важным фактором, влияющим на развитие миомы матки. В литературе достаточно широко освещена связь миомы с возрастом, что более ярче выражается при учете расы. Женщины афроамериканской расы чаще подвержены большому риску развития миомы матки, особенно в более раннем возрасте: 60% в возрасте 35 лет, чем 40% того же возрасте у женщин европеоидной расы. Позднее наступление первой беременности может повышать риск развития миомы у женщин.

Раннее менархе считается фактором риска гормонально-обусловленных заболеваний, таких как рак эндометрия, молочной железы и миомы матки. На сегодняшний день несомненно бесспорным является тот факт, что стероидные гормоны яичников (эстрогены и прогестерон) играют важную роль в патогенезе миомы матки. Эстрадиол и прогестерон стимулируют образование митогенных стимулов клетками лейомиомы, которые в свою очередь приводят к стимуляции недифференцированных клеток миометрия к переходу в клетки миомы. Прогестерон обладает решающим митогенным стимулом, тогда как подтверждено, что его пролиферативное действие усиливается при наличии гиперэстрогемии, т.е. эстрогены увеличивают доступность рецепторов прогестерона внутри клеток. Использование гормональных контрацептивов может снизить риск развития миомы матки.

Количество беременностей оказывает защитный эффект в плане развития миомы матки. Чем больше беременностей, завершающихся родами, тем больше проявляется защитный эффект. Однако механизм этого действия остается неясным. Предполагается, что во время послеродового ремоделирования матки небольшие изменения в эндо- и миометрии могут подвергаться избирательному апоптозу, что снижает возможный риск развития миомы.

Ожирение является значительным фактором риска развития миомы матки. Это связано с метаболическими функциями жировой ткани, которая выделяет факторы роста и цитокины, индуцирующие патологические процессы. Также ароматаза, присутствующая в жировой ткани, отвечает за превращение надпочечниковых андрогенов в эстрогены. Высокая выявлена связь между высоким диастолическим артериальным давлением и риском развития миомы матки. Была выявлена связь между потреблением алкоголя и кофеина и повышенным риском развития миомы матки.

Выводы. Миома матки является полиэтиологичным заболеванием. Изучение и коррекция модифицируемых факторов риска, таких как образ жизни, ожирение, число беременностей и аборт, применение контрацепции, своевременное лечение сопутствующих заболеваний могут способствовать к более эффективному и комплексному управлению патологическом процессом, и возможно, предотвратить развитие миомы матки.

Бакаев И.К., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.

ЦИТОКИНОВЫЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра хирургических болезней семейной медицины, Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али Ибн Сино., г. Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Изучить динамику воспалительных, ангиогенных и эндотелиальных биомаркеров у пациентов с ХКС до и после стентирования коронарных артерий и оценить их потенциальную прогностическую значимость в отношении неблагоприятного течения заболевания и развития рестеноза.

Материал и методы. В исследование включены 137 пациентов с ХКС, которым выполнялось стентирование коронарных артерий в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии Бухарского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии в период 2023–2025 гг. Контрольную группу составили 25 практически здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов составил $58,6 \pm 2,4$ года, мужчины — 85,77%. Уровни IL-17, IL-13, сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), эндотелина-1 (ЭТ-1), циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) и липопротеин-ассоциированной фосфолипазы A2 (Лп-ФЛА2) определяли до вмешательства и на 3-и сутки после стентирования.

Результаты исследования. До проведения САС уровни IL-17 и IL-13 были достоверно выше, чем у здоровых добровольцев: 19,04 против 5,82 пг/мл и 64,25 против 11,42 пг/мл соответственно ($p < 0,05$). На 3-и сутки после вмешательства отмечалось дальнейшее значимое повышение данных показателей до 46,52 и 138,13 пг/мл соответственно ($p < 0,05$). Концентрация VEGF до стентирования существенно не отличалась от контрольной группы (51,48 против 48,38 нг/мл), тогда как после вмешательства увеличивалась до 76,42 нг/мл ($p < 0,05$). Уровень ЭТ-1 до операции составлял $0,55 \pm 0,60$ пг/мл против $0,28 \pm 0,40$ пг/мл в контроле ($p > 0,05$), а после САС достоверно возрастал до $0,79 \pm 0,50$ пг/мл ($p < 0,05$). Число ЦЭК исходно превышало контрольные значения более чем в два раза — 14 ± 8 против 6 ± 2 кл/ 3×10^5 лейкоцитов ($p < 0,05$), с последующим увеличением до 17 ± 6 кл/ 3×10^5 лейкоцитов после вмешательства ($p < 0,05$). Наиболее выраженная динамика отмечена для Лп-ФЛА2: $622,6 \pm 0,2$ до САС и $857,6 \pm 0,5$ после вмешательства против $207 \pm 0,7$ в контрольной группе ($p < 0,05$). При этом традиционные показатели липидного профиля изменялись менее выраженно.

Выводы.

1. Стентирование коронарных артерий сопровождается ранней активацией иммунновоспалительных и эндотелиальных механизмов, проявляющейся повышением уровней IL-17, IL-13, VEGF, ЭТ-1, ЦЭК и Лп-ФЛА2.
2. Наиболее выраженная динамика IL-17, IL-13 и Лп-ФЛА2 свидетельствует об их потенциальной прогностической ценности для оценки выраженности постпроцедурного воспалительного ответа и риска неблагоприятных исходов и рестеноза.
3. Повышение ЭТ-1 и ЦЭК отражает развитие острого эндотелиального повреждения после имплантации стента.
4. Полученные результаты обосновывают перспективность комплексного определения указанных биомаркеров для ранней стратификации риска у пациентов с ХКС после интервенционной реваскуляризации.

Баротов Х.Х., Набизода М.Х., Вохидов Н.Х.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Улучшение комплексного лечения синдрома эндогенной интоксикации у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 110 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГКБ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 65 (51,9%), женщин — 45 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 4 (6,5%), СД 2-го типа у 106 (93,5%), у 5-и (3,8%) больных СД был выявлен впервые. Оценка клинической эффективности антиоксидантов проведена у больных, получавших мексидол и актовегин ($n=55$) и традиционное лечение ($n=55$). При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам пилопериоксидации малонового диальдегида (МДА), диенового конюгата (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы наблюдается критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови: МДА — $6,3 \pm 1,25$, ДК — $0,92 \pm 0,14$, СОД — $11,4 \pm 0,2$ и при распространенных гнойно-септических процессах МДА — $7,82 \pm 0,92$, ДК — $1,24 \pm 0,05$ и снижение активности СОД до $10,1 \pm 0,2$. У больных контрольной группы содержания МДА в плазме крови составила $5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК — $0,90 \pm 0,32$ и СОД до $10,1 \pm 0,2$ мкм/мл. Причиной распространения гнойно-септических осложнений сахарного диабета во всех наблюдениях явилась гиперкоагуляция вследствие перенасыщения крови продуктами ПОЛ и повреждения эндотелия. При поступлении у больных обеих групп отмечалось повышение показателей ПОЛ (МДА) в плазме крови в два раза относительно нормальной величины. На 8-10 сутки традиционного лечения содержание МДА в плазме крови составил 72,5%. Внутривенная инфузия 10,0 мл мексидола и 1000 мг актовегина в течение 10- дней в комплексном лечении у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы приводил к снижению МДА в плазме крови до 40,4%. В процессе лечения осложненных форм синдрома диабетической стопы, всегда стремились к снижению процессов ПОЛ. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе составили 8-10 суток. Появление грануляции наблюдалось через 10 суток. Во второй группе (контрольная) эти показатели соответствовали, очищение раны наблюдались на 10-12 сутки, уменьшения отеков, гиперемии и появления признаков грануляции начались на 14-16 сутки.

Выводы. Таким образом, при прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что подтверждает положительный эффект антиоксидантов, при применении которых окислительный стресс не формируется.

Баротов Х.Х., Набизода М.Х., Вохидов Н.Х.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 79 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутого на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3. Среди них мужчин было 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа у 77 (97,5%).

Результаты исследования. На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранение опорной функции стопы при сохраненном магистральном кровотоке, у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику, на первом этапе была произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным, полнослойным кожным лоскутом. У 12-больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культи и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно произведена некрэктомия и внутрикожно вдоль краев раны, отступая на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краев рассеченной культи голени. После очищения раны культи от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культи с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасан.

Вывод. Таким образом, основным моментом в лечении больных с ОФ СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава с перспективой последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшению качества жизни больных.

Баротова С.Х. Мамадалиева Т.А., Нурова Н.Р.

ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования: изучить частоту, этиологические факторы, особенности клинического течения и исходы обструктивных родов у женщин г. Душанбе и РРП.

Материал и методы: Проведен ретроспективно-проспективный анализ 450 историй родов и послеродового периода за 2023-2026 г. В родильных домах г. Душанбе. Основную группу составили 180 рожениц с обструктивными родами. Группу сравнения составили 270 рожениц с физиологическим течением родов. Возраст пациенток составил от 16 до 42 лет. Средний возраст в основной группе $26,8 \pm 3,2$ года. Методы исследования: общеклинические, акушерские, инструментальные: КТГ плода, УЗИ, доплерометрия. Диагноз «обструктивные роды» устанавливался на основании данных программы ВОЗ, влагалищного исследования и клинических признаков.

Результаты исследования: По нашим данным, среди обследованных жительниц Таджикистана частота обструктивных родов в нашем исследовании составила $5,4 \pm 1,1\%$ от общего числа родов. Структура этиологических факторов: клинически узкий таз диагностирован у 58 ($32,2 \pm 3,5\%$) пациенток, неправильные вставления головки плода у 44 ($24,4 \pm 3,2\%$), крупный плод с массой более 4000 г, у 35 ($19,4 \pm 2,9\%$), дискоординация родовой деятельности у 26 ($14,4 \pm 2,6\%$) опухоли органов малого таза у 5 ($2,8 \pm 1,2\%$). У 12 ($6,7 \pm 1,9\%$) рожениц наблюдалось сочетание 2-х и более причин.

Методы родоразрешения: путем операции кесарева сечения родоразрешены 118 ($65,6 \pm 3,5\%$) пациенток. В 42 ($23,3 \pm 3,1\%$) случаях роды велись через естественные родовые пути с применением вакуум-экстракции и акушерских щипцов. В 20 ($11,1 \pm 2,3\%$) случаях наблюдались осложнения: разрывы матки у 3 ($1,7\%$), разрывы промежности III-IV степени у 11 ($6,0\%$), послеродовое кровотечение у 6 ($3,3\%$). Перинатальные исходы: оценка по Апгар на 1 минуте менее 7 баллов у 49 ($27,2 \pm 3,3\%$) новорожденных. Асфиксия средней и тяжелой степени у 34 ($18,9 \pm 2,9\%$). Родовая травма у 12 ($6,7\%$). Перинатальная смертность составила $11,1 \pm 2,3\%$. Ранняя неонатальная заболеваемость составила $156,7 \pm 8,9\%$.

Выводы: Частота обструктивных родов в регионе остается высокой и составляет 5,4 %. Это требует пристального внимания акушеров. Основными причинами являются клинически узкий таз и аномалии вставления головки.

Баснаев У.И., Гривенко С.Г., Резанов П.А.

ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Кафедра хирургии №2

Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С.И. Георгиевского
КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями толстой кишки путем уменьшения частоты возникновения физической несостоятельности швов анастомозов и летальных исходов, обусловленных указанным осложнением.

Материал и методы. За период с 2024 по 2025 гг. в ООО «Центр клинической онкологии и гематологии» операции на толстой кишке были выполнены у 188 больных, 95 (50,53%) мужчин и 93 (49,47%) женщин, их возраст находился в диапазоне от 23 до 86 лет. Большинство пациентов оперировали по поводу злокачественных новообразований толстой и прямой кишки – 183 (97,34 %), значительно меньше – по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки

– 5 (2,66%). Сопутствующая патология была диагностирована у 126 (67,02%) пациентов, преимущественно сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, менее часто – ожирения и сахарного диабета. У всех пациентов использовали традиционные методы профилактики несостоятельности швов в комплексе с методом профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов (патент Украины №132397). Его суть заключается в следующем. Накладывают заднюю губу анастомоза, формируя узловые швы узелками внутрь через все слои кишки, при чем, расстояние между отдельными швами составляет 6-7 мм, а глубина захвата краев ткани не более 3,5-4 мм. Продолжают наложение анастомоза с прошиванием передней губы, формируя узловые серозно-мышечные швы узелками наружу, аналогично, как и на задней губе. После формирования всего анастомоза последний шов накладывается «за» или вплотную к первому и завязывается второй узел, расположенный снаружи. В дальнейшем формируют второй ряд узловых швов – серозно-мышечный, который накладывается в шахматном порядке по отношению к первому ряду швов.

Результаты исследования. Несостоятельность швов толстокишечных анастомозов была установлена у 6 (3,19%) больных. Летальные последствия возникли у 1 (0,53%) больного. Полученная частота возникновения указанного осложнения и летальных исходов у оперируемых пациентов была достигнута благодаря использованию предложенного способа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, в котором применялась более совершенная техника формирования анастомозов при оперативных вмешательствах на толстой кишке с использованием антибактериального атравматичного шовного материала «Викрил плюс». Благодаря находящемуся в его составе универсальному антибактериальному агенту триклозану достигнуто снижение бактериального загрязнения зоны анастомоза.

Таким образом, в тактическом плане ликвидируется ряд факторов риска несостоятельности анастомозов путем совершенствования техники выполнения оперативных вмешательств при заболеваниях толстой кишки, с использованием более совершенных способов наложения ручного кишечного шва и шовного материала с антибактериальными свойствами, что способствовало значительному уменьшению частоты возникновения несостоятельности этих швов.

Выводы. Целенаправленная профилактика возникновения несостоятельности швов толстокишечных анастомозов с использованием предложенного метода профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов способствовала уменьшению частоты возникновения осложнения до 3,19% и послеоперационной летальности - до 0,53%.

Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА МУМИЁ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую динамику симптомов хронического атрофического ринита при применении раствора мумиё для промывания полости носа в составе комплексной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 пациентов с хроническим атрофическим ринитом, средний возраст – 46 лет. Среди них 12 женщин и 8 мужчин. В составе комплексного лечения проводили промывание полости носа раствором мумиё 3 раза в сутки в течение 14 дней. Эффективность лечения оценивали по динамике субъективных жалоб и данным передней риноскопии: выраженности сухости слизистой оболочки, наличию количеству носовых корок, степени затруднения носового дыхания, наличию неприятного запаха и носовых кровотечений.

Результаты исследования. После проведенного курса лечения положительная клиническая динамика отмечена у 17 из 20 пациентов, что составила 85 %. У пациентов с положительным результатом наблюдалась уменьшением сухости слизистой оболочки полости носа, снижение образования корок и улучшение носового дыхания. По данным передней риноскопии отмечалось положительная динамика состояния слизистой оболочки.

Выводы. Промывание полости носа раствором мумиё в течение 14 дней в составе комплексной терапии сопровождалось положительной клинической динамикой у 85 % пациентов. Полученные результаты позволяют рассматривать данный метод как перспективный вспомогательный подход в комплексном лечении хронического атрофического ринита. Необходимы дальнейшие контролируемые исследования для объективной оценки эффективности и определения оптимальной схемы применения метода.

Бобджонова О.Б. Мирзоева Ш.М. Давлятова М.Б.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СНИЖЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить основные факторы риска преждевременного снижения овариального резерва у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. На базе кафедры акушерства и гинекологии №2 проведено проспективное исследование 47 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 32 женщины со сниженным овариальным резервом, контрольную — 15 женщин с сохранённым овариальным резервом. Средний возраст пациенток основной группы составил $32,4 \pm 3,8$ года, контрольной — $30,9 \pm 3,5$ года ($p > 0,05$). Всем пациенткам проводилась оценка анамнеза, особенностей менструальной и репродуктивной функции, гинекологических заболеваний, перенесённых оперативных вмешательств на органах малого таза и яичниках, а также факторов образа жизни. Лабораторно определяли уровень антимюллерова гормона (АМГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и 25(ОН)D. По данным ультразвукового

исследования оценивали количество антральных фолликулов (АФК). Статистический анализ проводили с использованием методов вариационной статистики; различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний уровень АМГ в основной группе составил $0,72 \pm 0,31$ нг/мл, в контрольной — $2,84 \pm 0,76$ нг/мл ($p < 0,001$). Среднее количество антральных фолликулов составило $5,3 \pm 1,8$ и $11,7 \pm 2,6$ соответственно ($p < 0,001$). Уровень ФСГ у пациенток основной группы был достоверно выше — $11,8 \pm 4,2$ МЕ/л против $6,7 \pm 1,8$ МЕ/л в контрольной группе ($p < 0,001$). При оценке обеспеченности витамином D уровень 25(ОН)D ниже оптимальных значений выявлен у 21 (65,6%) пациентки основной группы и у 5 (33,3%) женщин контрольной группы ($p = 0,041$). Средняя концентрация 25(ОН)D составила $21,6 \pm 6,8$ нг/мл и $27,9 \pm 7,1$ нг/мл соответственно ($p = 0,006$). Эндометриоз диагностирован у 9 (28,1%) пациенток основной группы и у 1 (6,7%) пациентки контрольной группы ($p = 0,048$). Оперативные вмешательства на яичниках в анамнезе отмечались у 10 (31,3%) женщин основной группы и у 1 (6,7%) женщины контрольной группы ($p = 0,047$). Воспалительные заболевания органов малого таза выявлены у 11 (34,4%) пациенток основной группы и у 3 (20,0%) контрольной ($p = 0,29$). Бесплодие отмечалось у 18 (56,3%) пациенток основной группы и у 3 (20,0%) женщин контрольной группы ($p = 0,021$). Нарушения овуляторного цикла выявлены у 12 (37,5%) пациенток основной группы и у 2 (13,3%) контрольной ($p = 0,09$). Курение отмечалось у 7 (21,9%) женщин основной группы и у 2 (13,3%) контрольной ($p = 0,71$).

Выводы. Преждевременное снижение овариального резерва у женщин репродуктивного возраста ассоциировано с комплексом клинических и потенциально модифицируемых факторов. Наиболее значимыми факторами в исследуемой группе являлись эндометриоз, оперативные вмешательства на яичниках, бесплодие и недостаточная обеспеченность витамином D. Определение АМГ, ФСГ, уровня 25(ОН)D и количества антральных фолликулов позволяет проводить раннюю диагностику снижения овариального резерва и своевременно определять дальнейшую репродуктивную тактику.

Бобожонов М.Н., Хасанзода М.А., Кодиров Д. И.
УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО
МОЗГА У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшения методов диагностики изолированного эхинококкоза головного мозга у детей.

Материал и методы. Результаты комплексного обследования 55 детей с изолированным эхинококкозом головного мозга у детей, находившихся на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. за период с 1986 по 2025 годы. Возраст детей варьировался от 2 до 18 лет.

Диагноз был установлен на основании клинико-неврологических, нейроофтальмологических, ультразвуковых, эхоэнцефалоскопических (ЭХО-ЭС), краниографического, компьютерно-томографических (КТ), магнитно-резонансных томографических (МРТ) и лабораторных данных.

Результаты исследования. Результаты исследования установили, что высокая частота эхинококкоза головного мозга выявлена в возрастных группах 7-11 лет (34,5%) и 12-18 лет (36,4 %), преобладание (49-89,1%) сельских жителей. Давность клинических проявлений заболевания чаще составляла от 3 до 6 месяцев. Пациенты госпитализированы в клинику в большинстве наблюдений в фазах субкомпенсации (19-34,5%) и в умеренной декомпенсации (27-49,1%) заболевания. Клиническими проявлениями были общемозговые симптомы (29-52,7%). Легкие очаговые симптомы наблюдались у 17 (30,9%) детей. Грубая очаговая симптоматика в виде чувствительных и двигательных выпадений и афазия отмечались у 9 (16,4%). Судороги наблюдались у 36 (65,5%) пациентов. Обусловленные факторами развития клиники заболевания у 19 (34,5%) детей были полученные черепно-мозговые травмы и стресс. Симптомы интоксикация наблюдалась у 12 (21,8%) пациентов, аллергии выявлены в 7 (12,7%) случаях. Результаты клинического анализа крови при данной патологии не являются специфичными. Эозинофилия выявлена в 21 (38,2%) наблюдении, лейкоцитоз у 19 (34,5%) и повышение СОЭ у 18 (32,7%). При офтальмологическом исследовании состояния глазного дна у 8 (14,5%) больных патологии не выявлено, начальный застой диска обнаружен у 33 (60,0%), выраженный застойный диск — у 4 (7,3%), резко выраженный застойный диск — у 7 (12,7%), застойный диск в стадии атрофии диска зрительного нерва — у 3 (5,5%) детей. Снижение остроты зрения обнаружено у 39 (70,9%) пациентов, патология глазодвигательных нервов III, IV, VI пар — у 12 (21,8%) и VII нерва — у 16 (29,1%). ЭХОЭС проведен у 45 детей. Средний размер смещения М-эхо был равен 15,0мм. При анализе краниографии (31) выявлено у 24 (77,4%) пациентов изменение в виде: усиление сосудистого рисунка (25,8%), симптом «пальцевых вдавлений» (22,5%), чашеобразная форма турецкого седла (12,9%), диффузное истончение костей черепа (9,7%) и расхождение костных швов (6,5%). Отсутствие патологических изменений у 7 (22,6%) детей. По результатам КТ и МРТ исследования обнаружены эхинококковые кисты средних размеров (от 3 до 6 см в диаметре) у 12 (21,8%) детей, большие (от 6 до 9 см в диаметре) — у 27 (49,1%) и гигантские кисты (более 9 см в диаметре) — у 16 (29,1%). Диагностическая эффективность КТ составила - 97 %, МРТ - 100%.

Выводы. Учитывая, что больные обращаются за медицинской помощью, когда паразитарная киста достигает значительных размеров и с большим смещением срединной структуры головного мозга, всё это актуализирует целенаправленный поиск эхинококковой кисты и своевременное применение на первом плане наиболее общедоступных, информативных исследований: эхоэнцефалоскопии, офтальмоскопии, краниографии и др., имеют важное значение для активного выявления патологии и служат критерием отбора больных для проведения КТ и МРТ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кафедра хирургических болезней в семейной медицине, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Цель исследования. Сравнить отдалённые антирефлюксные и весовые результаты двух последовательностей формирования фундопликационной манжеты при продольной резекции желудка у пациентов с ожирением и грыжей пищевода пищевода отверстия диафрагмы.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 64 пациентов 18–65 лет с тяжёлым ожирением и грыжей пищевода отверстия диафрагмы размером до 5 см. Всем выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка с круроррафией и фундопликацией; тип манжеты определялся возрастом (до 50 лет — по Ниссену, старше 50 лет — по Тупе). При стандартной последовательности ($n=31$) манжета формировалась до резекции желудка, что вынуждало выполнять более широкую линию резекции и оставляло крупную резидуальную фундальную порцию. При усовершенствованной последовательности ($n=33$) применялась предварительная тактильная калибровка планируемой манжеты на буже 38 Fr с маркировкой траектории тремя клипсами (две на фундальной порции, одна на большой кривизне), резекция проводилась по косой линии вдоль меток, после чего манжета восстанавливалась тремя нерассасывающимися швами, один из которых захватывал стенку пищевода. Срок наблюдения — 18 месяцев. Оценивались GERD-Q, GERD-HRQL, эндоскопия с градацией эзофагита по Savary–Miller, контрастная рентгеноскопия, потеря избыточной массы тела (%EWL) и стойкая дисфагия. Ремиссия определялась как GERD-Q менее 8 баллов при эзофагите не выше I степени. Применены критерий Манна–Уитни, точный критерий Фишера и оценка разницы медиан по Ходжесу–Леманну; обработка — Stata 17.

Результаты исследования. Через 18 месяцев ремиссия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни достигнута у 96,8% пациентов при стандартной и у 97,0% при усовершенствованной последовательности; рецидив рефлюкса составил соответственно 3,2% и 3,0%, различий между методиками не выявлено. Внутригрудной миграции не зарегистрировано ни в одном наблюдении. Потеря избыточной массы тела была выше при усовершенствованной последовательности: разница медиан %EWL составила +4,7% (95% ДИ от +3,5 до +6,3). Полный клинический результат, определённый как сочетание ремиссии рефлюкса с %EWL не менее 50% без повторного набора веса, достигнут у 83,9% и 90,9% пациентов соответственно. Частота стойкой дисфагии и синдрома вздутия между методиками не различалась ($p>0,05$); дисфагия носила лёгкий характер, регрессировала в течение первого года и не потребовала дилатации или повторного вмешательства.

Выводы. Обе последовательности формирования манжеты обеспечивают одинаково высокий и устойчивый антирефлюксный результат при отсутствии внутригрудной миграции. Различие между ними лежит в весовой составляющей: предварительная калибровка манжеты с маркировкой траектории и косой линией резекции позволяет сохранить более узкий желудочный рукав и меньшую резидуальную фундальную порцию, что сопровождается достоверно большей потерей избыточной массы тела и более высокой частотой полного клинического результата без увеличения числа функциональных осложнений. Таким образом, определяющим фактором отдалённого результата является не сам факт формирования манжеты, а последовательность этапов операции.

ЦИФРОВОЙ АЛГОРИТМ ВЫБОРА БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ГРАНИЦЫ ПРОГНОЗА ПО РУТИННЫМ ДАННЫМ

Кафедра хирургических болезней в семейной медицине, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Цель исследования. Обосновать структуру цифрового алгоритма выбора бариатрического вмешательства у пациентов с ожирением и грыжей пищевода отверстия диафрагмы, использующего только рутинные дооперационные данные, и проверить прогностическую способность анатомических параметров грыжи в отношении рецидива рефлюкса.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 129 пациентов 18–65 лет с тяжёлым ожирением и грыжей пищевода отверстия диафрагмы, которым выполнена продольная резекция желудка с различными вариантами коррекции пищевода отверстия. Для оценки прогноза пациенты объединены по наличию антирефлюксного компонента: без фундопликации (круроррафия либо круроррафия с оментальной манжетой, $n=65$) и с фундопликацией ($n=64$). Срок наблюдения — 18 месяцев. Использованы опросники GERD-Q и GERD-HRQL, эндоскопия с оценкой эзофагита по Savary–Miller и контрастная рентгеноскопия; ремиссия определялась как GERD-Q менее 8 баллов при эзофагите не выше I степени. Прогностическая способность аксиальной длины грыжи и диаметра пищевода отверстия оценена ROC-анализом с расчётом площади под кривой (AUC), 95% доверительных интервалов и индекса Юдена. Обработка — Stata 17.

Результаты исследования. Через 18 месяцев ремиссия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни достигнута у 66,2% пациентов без антирефлюксного компонента и у 96,9% пациентов с фундопликацией; рецидив рефлюкса составил соответственно 33,8% и 3,1% ($p<0,001$). При этом ни один из анатомических параметров прогностической ценностью не обладал: AUC аксиальной длины грыжи 0,420, AUC диаметра пищевода отверстия 0,579, разница AUC $-0,069$ (95% ДИ от $-0,259$ до $0,109$; $p=0,448$). Индекс Юдена при пороговых значениях 2 и 3 см был близок к нулю или отрицателен, то есть эти пороги не разделяли пациентов по риску рецидива; рецидивы наблюдались и при грыжах

менее 2 см. Все переменные, необходимые алгоритму, — аксиальная длина грыжи, степень эзофагита и выраженность симптомов по опроснику — входят в стандартный протокол обследования и не требуют рН-метрии и манометрии высокого разрешения.

Выводы. Размер грыжи, взятый изолированно, предиктором рецидива рефлюкса не является и не может служить единственным основанием цифрового правила выбора вмешательства. Определяющим фактором отдаленного антирефлюксного результата оказалось наличие фундопликационного компонента, а не анатомические характеристики грыжи. Алгоритм поддержки принятия решений должен быть многопараметрическим и включать эндоскопическую степень эзофагита и выраженность симптомов наряду с размером грыжи. Поскольку все требуемые переменные входят в рутинный протокол обследования, такой алгоритм реализуем в электронном виде и в условиях ограниченных ресурсов, без применения функциональных методов исследования пищевода.

Богданьянц М.В., Шмелева А.Ю., Черемина Н.И.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИНАТОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии,
Кафедра госпитальной педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить влияние внедрения комплексных цифровых технологий на показатели материнской, перинатальной и младенческой смертности за счет адресного телемониторинга беременных из групп высокого риска.

Материал и методы. Исследование базируется на анализе нормативно-правовой базы РФ, официальных статистических и медико-демографических данных за период 2023–2025 гг., а также сводных аналитических отчетов исполнителей пилотного проекта "Персональные медицинские помощники", реализуемого в рамках экспериментального правового режима (ЭПР ПМП).

Результаты исследования. Применение технологий удаленного наблюдения направлено на превентивное выявление угроз здоровью матери и ребенка, обеспечивая снижение уровня предотвратимой материнской заболеваемости, частоты критических гестационных осложнений и репродуктивных потерь. С 2025 года проект ЭПР ПМП масштабирован на работу с беременными женщинами из групп высокого риска в восьми субъектах РФ: республиках Алтай, Башкортостан, Саха (Якутия), Астраханской, Владимирской, Московской, Пензенской областях и городе Москве. Интеграция носимого оборудования (фетальных мониторов, тонометров и глюкометров), выдаваемых беременным женщинам, с единой цифровой платформой и мобильным приложением позволила создать систему круглосуточного дистанционного мониторинга состояния вне медицинской организации. Непрерывный мониторинг в режиме реального времени обеспечивает раннюю диагностику тяжелых осложнений беременности: преэклампсии, эклампсии, гестационного диабета и фетоплацентарной недостаточности.

Своевременное дистанционное выявление этих состояний позволяет осуществлять упреждающую маршрутизацию пациенток в стационары третьего уровня до развития критической полиорганной недостаточности у матери или необратимых метаболических сдвигов у плода. Это напрямую снижает риски антенатальной и интранатальной гибели, предотвращая развитие терминальных стадий плацентарной недостаточности и острой асфиксии в родах. Для беременной женщины это означает кратное снижение вероятности развития эклампсии, HELLP-синдрома и необходимости досрочного радикального родоразрешения для спасения жизни. В рамках федерального проекта продолжается внедрение ИИ-алгоритмов для анализа снимков УЗИ и КТГ, где нейросети выступают вторым мнением для врача, снижая риск человеческой ошибки при интерпретации сложных кардиотокограмм и выявлении маркеров плацентарной недостаточности. Создана единая информационная система, которая обеспечивает бесшовный обмен медицинскими данными между женской консультацией, родильным домом и детской поликлиникой, исключая потерю информации о факторах риска при передаче пациентки между этапами оказания медицинской помощи.

Выводы. Пилотный проект подтвердил высокую клиническую эффективность внедрения комплексных цифровых технологий с адресным телемониторингом беременных из групп высокого риска. Данная технология способствует достоверному снижению частоты критических гестационных осложнений, формируя предпосылки для сокращения предотвратимой материнской и младенческой смертности. Ожидаемые результаты дальнейшего масштабирования заключаются в формировании единого цифрового контура сопровождения пары "мать-дítě" и переходе от эпизодического контроля к непрерывному проактивному ведению беременности.

Бозорова М.Э.

ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС, КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Цель исследования. Оценка клиничко-лабораторных показателей, связанных с репродуктивными потерями у женщин с избыточным весом.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 23 пациенток с выкидышем в анамнезе. Пациенты были разделены на группы в зависимости от ИМТ: 1-ю группу составили 12 пациенток с ИМТ 25,0–29,9 кг/м² и 2-ю группу – 11 пациенток с ИМТ 30,0 кг/м² и выше. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин с нормальным ИМТ. Объем исследования включал измерение антропометрических параметров, таких как окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ, изучение гормонов в крови, биохимический анализ крови, включая углеводный обмен, ультразвуковое исследование.

Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью статистического программного приложения Epi Info 7.2.2.2 и программы "Statistica 10.0." Значимость различий определяли расчетом вероятности ошибки (p) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F-критерий Фишера) по критерию Стьюдента (t). Различия были признаны статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст в группах был сопоставимым и составил $25,3 \pm 0,47$ и $24,5 \pm 0,38$ лет в 1-й и 2-й группах соответственно, а в контрольной группе – $24,8 \pm 0,41$ лет. Показатели ОТ и ОБ достоверно различались между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$), 1-й и контрольной группой ($p < 0,01$), 2-й и контрольной группой ($p < 0,001$), соотношение ОТ/ОБ между 1-й и 2-й группами ($p < 0,05$), 2-й и контрольной группой ($p < 0,001$).

Изучение уровня гормонов в крови показало, что статистически значимая разница в показателях тиреотропного гормона (ТТГ) имела место только между 2-й и контрольной группами. Уровень эстрадиола достоверно различался между пациентами 1-й и 2-й групп, 1-й и контрольной групп, 2-й и контрольной групп ($p < 0,05$). Также выявлена разница в уровне андрогенов: общий тестостерон различался между 2-й и контрольной группами ($p < 0,05$); Дигидроэпиандростерон (ДГЭА-С) ($p < 0,05$); Между 1-й и 2-й, 2-й и контрольной группами выявлена разница по 17-оксипрогестерону (17-ОП) ($p < 0,001$).

Выявлены статистически значимые различия в уровне глюкозы между 1-й и контрольной группами ($p < 0,01$) и 2-й и контрольной группами ($p < 0,05$). Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), а также уровень инсулина статистически достоверно различались между всеми группами ($p < 0,001$).

Выводы. Низкий уровень эстрогенов, повышение андрогенов, достоверно высокие показатели глюкозы, инсулина и HbA1c у женщин с избыточным весом и ожирением связаны с репродуктивными потерями. Совокупность метаболических и гормональных нарушений, имеющихся у женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела, требует проведения мероприятий по нормализации массы тела как в прегравидарном периоде, так и во время беременности для обеспечения репродуктивной функции, нормального течения и своевременного завершения беременности.

Бозорова М.Э.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра акушерства и гинекологии БухГМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Определение особенностей течения беременности и родов у женщин с избыточным весом.

Материал и методы. В исследование включены беременные женщины со сроком гестации 9-12 недель. Основную группу исследования составили 12 беременных женщин с индексом массы тела 25-29 (1-группа) и 11 беременных женщин с ожирением 1-й степени (индекс массы тела 30-34,9) (2-группа). Контрольную группу составили беременные женщины с нормальной массой тела. Критериями включения пациенток основной группы в исследование явились индекс массы тела от 25 до 34,9, одноплодная беременность, отсутствие сахарного диабета и хронической болезни почек. В группах оценивались исходы беременности и родов. Полученные данные подверглись статистической обработке с помощью статистического программного приложения Epi Info 7.2.2.2 и программы "Statistica 10.0." Различия приняты статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Возраст беременных женщин находился в пределах 20-38 лет. Увеличение массы тела коррелировало с частой встречаемостью соматических заболеваний: в 4 раза чаще – артериальной гипертензии, в 5 раз чаще – варикозной болезни нижних конечностей, в 1,5 раза чаще – хронического гастрита и в 2 раза чаще – хронического пиелонефрита. У большинства пациенток во всех подгруппах менструальный цикл был регулярным. Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями в 1-й и 2-й группах были кандидозный кольпит (25% и 45,5%), эрозия шейки матки (16,7% и 36,4%). В подгруппе женщин с ожирением 1 степени выявлены миома матки (27,3%) и вторичное бесплодие (18,2%).

Анализ течения беременности у пациенток с избыточным весом выявил некоторые закономерности. Риск прерывания беременности у женщин с ожирением I степени в I триместре был диагностирован в 2,1 раза чаще, анемия – в 3,2 раза чаще, бессимптомная бактериурия – в 4 раза чаще, чем у женщин 1-группы. Раннее начало преэклампсии отмечено у 27,3% беременных с ожирением 1 степени во II триместре беременности.

Риск преждевременных родов выявлен с одинаковой частотой в 1-й и 2-й группах (1/3 случаев). При анализе сроков родов преждевременные и поздние роды чаще встречались в группе женщин с ожирением 1-й степени. Роды путем кесарева сечения регистрировались в 2 раза чаще в 1-й и 2-й группах по сравнению с контрольной группой.

Высокая частота осложнений родов выявлена в группе женщин с ожирением 1 степени. Дородовое излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности во 2-й группе диагностировалось почти в 3 раза чаще, чем в 1-й группе и контрольной группе.

Выводы. Наличие избыточного веса/ожирения связано с неблагоприятными последствиями беременности и родов. Особенно частым осложнением выступает невынашивание беременности и преждевременные роды. Целевые программы прегравидарной подготовки и ведения беременности для женщин с повышенной массой тела, направленные на изменение образа жизни, включающее улучшение питания и повышение физической активности до и во время беременности могут способствовать улучшению исходов беременности.

Бокиев Ф.Б., Бахромов М.Б., Маликов М.Х.

ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АПОНЕВРОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности кровообращения апоневроза передней брюшной стенки в экспериментальных условиях.

Материал и методы. В качестве экспериментального животного были выбраны кролики (36) породы “Белый великан”. Исследование проводилось в условиях ЦНИЛ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино под внутривенным наркозом, использовалась Лупа.

При пересечении апоневроза путем диафаноскопии определяли направление сосудов, левая эпигастральная артерия у выхода перевязалась, правая оставалась интактной. На 10 сутки апоневроз с обеих сторон разделялся на три ровные части, фрагменты тканей с бирками (отмеченные нумерации) помещались в марлевые мешочки и фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина в течение 24 часов. После проводки на спиртах восходящей концентрации зафиксированный материал заливался в парафиновые блоки. Вырезались срезы толщиной 5-7 мкм, которые были окрашены в гематоксилин-эозин (Н&Е), после чего изучалась общая гистологическая картина ткани.

Для исследования и оценки результатов гистологических исследований использовали, систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа, микропрепараты изучали под микроскопом model Olympus CX 21 FS1, камерой Digital Micro Scope Camera Specification MC-DO 48U (E), при различных увеличениях (4, 10).

Результаты исследования. Срезы, которые не подвергались ишемии, имели равномерную окраску, в структурах тканей особые дистрофические и некробиотические изменения не имелись, сохранилось волокнистое строение тканей, а также их клеточных элементов, сосуды были полнокровными.

Более выраженные изменения были обнаружены в срезах, которые подвергались ишемии. Имелся отек между волокнами волокнистой соединительной ткани с участками пролиферации фибробластов, дистрофическими и некробиотическими процессами. Также имелись удлинённые неравномерно расширенные анемизированные сосуды с нарушением структуры внутренней оболочки - эндотелия с десквамацией клеток. Но имелось отличие и в срезах, т.е. в срезах, отдалённых от зоны перевязки сосуда, отмечался выраженный отек волокнистой соединительной ткани с участками пролиферации фибробластов, дистрофические и некробиотические процессы были более выраженными, нежели в срезах первой и второй зоны.

Вывод. Таким образом, полученные результаты показывают, что перевязка основного сосуда, снабжающего большие участки апоневроза, может способствовать развитию ишемии и исходящих от неё последствий. Сохранение перфорантных сосудов при выполнении операции в практической деятельности предотвращает развитие раневых осложнений.

Быков Ю.В.^{1, 2}, Обедин А.Н.¹, Пучков А.А.²

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

¹ ФГБОУ ВО СтГМУ, Российская Федерация.

² ГБУЗ СК КДКБ, Российская Федерация.

Цель исследования. Оценить структуру возбудителей нозокомиальных инфекций у пациентов детского отделения анестезиологии и реанимации (ОАИР), определить уровень их антибиотикорезистентности и выявить клинко-эпидемиологические факторы, ассоциированные с мультирезистентными инфекциями.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование, включившее 100 детей, находившихся на лечении в ОАИР в 2023–2025 гг. Анализировали клинические данные, длительность госпитализации, проведение искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), наличие трахеостомии, а также результаты микробиологических исследований. Оценка профилей чувствительности изолятов к антибактериальным препаратам проводилась по критериям EUCAST 2024.

Результаты исследования. В структуре нозокомиальных инфекций преобладали *Klebsiella pneumoniae* (39,0 %) и *Acinetobacter baumannii* (26,0 %). Реже выявлялись *Candida spp.* (17,0 %), *Pseudomonas aeruginosa* и *Serratia marcescens* (по 9,0 %). Большинство изолятов было получено из дыхательных путей, что отражает значимость вентилятор-ассоциированных инфекций у пациентов педиатрического ОАИР. Госпитализация более 14 суток ассоциировалась с повышенной частотой выявления *A. baumannii* ($p=0,031$), проведение ИВЛ — с увеличением частоты его детекции ($p=0,045$), наличие трахеостомии — с более частым выявлением *K. pneumoniae* ($p=0,048$). Анализ антибиотикочувствительности показал крайне высокий уровень устойчивости ведущих бактериальных патогенов: *K. pneumoniae* и *A. baumannii* характеризовались выраженной резистентностью к карбапенемам, цефалоспорином и фторхинолонам при сохранении чувствительности преимущественно к препаратам резерва, включая полимиксин, тигециклин и фосфомицин.

Выводы. Основными возбудителями нозокомиальных инфекций у детей в ОАИР являются *K. pneumoniae* и *A. baumannii*, демонстрирующие высокий уровень множественной лекарственной устойчивости. Наиболее значимыми клинко-эпидемиологическими факторами риска являются длительная госпитализация, проведение ИВЛ и наличие трахеостомии. Полученные данные подчёркивают необходимость учёта локальной микробиологической картины при выборе стартовой антибактериальной терапии, регулярного мониторинга антибиотикорезистентности и развития программ антимикробного надзора в педиатрических стационарах.

Быков Ю.В., Массоров В.В., Батурин В.А.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ В
УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ФГБОУ ВО СтГМУ, Российская Федерация.

Цель исследования. Оценить связь маркеров повреждения эндотелиального гликокаликса с тяжестью состояния и клиническими исходами у пациентов с инфекционной патологией, находившихся в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. Проведено одноцентровое наблюдательное исследование, включившее 139 человек. Основную группу составили 86 пациентов с инфекционной патологией, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии; контрольную группу — 53 условно здоровых человека. У пациентов определяли сывороточные уровни синдекана-1 (SDC1), синдекана-4 (SDC4), гиалуроновой кислоты (HA) и эндокана (ESM-1) на 1-е и 5-е сутки наблюдения. Полученные показатели сопоставляли с тяжестью состояния и клиническими исходами.

Результаты исследования. У пациентов основной группы уровни SDC1, SDC4 и ESM-1 были достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), что отражает выраженное повреждение эндотелиального гликокаликса при критических состояниях инфекционного генеза. При анализе клинической значимости отдельных маркеров установлено, что SDC4 был связан с тяжестью состояния пациентов ($p = 0,002$). В то же время SDC1 и HA продемонстрировали ассоциацию с неблагоприятным исходом заболевания ($p = 0,0137$ и $p = 0,0116$ соответственно). Полученные данные указывают на неодинаковую диагностическую и прогностическую информативность различных компонентов гликокаликса: SDC4 в большей степени отражает текущую тяжесть состояния, тогда как SDC1 и HA могут иметь большее значение для оценки риска неблагоприятного течения.

Выводы. У пациентов с инфекционной патологией, находящихся в условиях интенсивной терапии, повреждение эндотелиального гликокаликса сопровождается повышением уровней SDC1, SDC4 и ESM-1. Наиболее значимым маркером тяжести состояния является SDC4, тогда как SDC1 и HA ассоциированы с неблагоприятным клиническим исходом. Оценка маркеров гликокаликса может использоваться как дополнительный инструмент стратификации риска и мониторинга тяжести состояния у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии.

Валдошова С. Ш., Олимова Ф.З., Абдуллаева Р.А.
ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ
ПЛОДА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ

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

Цель исследования. Изучить особенности внутриутробного развития плода и состояния маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных, страдающих туберкулёзом, в сравнении с беременными без специфической инфекции.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование 60 беременных, наблюдавшихся в городе Душанбе. Основную группу составили 40 беременных с туберкулёзом различной локализации, группу сравнения - 20 соматически здоровых беременных. Для оценки состояния внутриутробного плода проводили клиническую оценку и анализ фетометрических показателей, включая динамику роста высоты стояния матки (ВДМ) в соответствие с гестационным сроком, а также расчет массы плода. Состояние маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики оценивали методом ультразвуковой доплерометрии с исследованием кровотока в маточных артериях и артерии пуповины. В послеродовом периоде проводили морфологическое исследование последа. Исследование имело проспективный сравнительный характер.

Результаты исследования. Внутриутробное замедление роста плода (ВЗРП), диагностированная по данным графидограммы при значении предполагаемого объема плода ниже 10-го перцентиля, выявлена у 6 (15%) беременных основной группы. В той же группе у 6 (15%) беременных отмечено многоводие, у 2 (5%) – маловодие. Наибольшая масса тела при рождении составила 3900,0 г. и отмечена у новорождённого от женщины с чувствительной формой инфильтративного туберкулёза легких в стадии рассасывания. Установлено, что наступление беременности на фоне поддерживающей противотуберкулёзной терапии ассоциировалось менее выраженными неблагоприятными изменениями показателей внутриутробного развития плода. При доплерометрической оценке маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики статистически значимых различий по медианам фетометрических показателей между группами во втором триместре не выявлено. Аномалии развития плода в исследуемых группах также не зарегистрированы. Анализ доплерометрических показателей выявил нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» различной степени выраженности преимущественно у беременных основной группы, что диагностировано в 10 (25,0%) случаях. В группе сравнения нарушение фетоплацентарного кровотока у 2 (10,0%) женщин. Средние показатели кровотока в фетоплацентарной системе у беременных с туберкулёзом были ниже, чем в группе сравнения ($1,547 \pm 0,38$ против $1,864 \pm 0,14$). Плацентарный коэффициент был в основной группе также был выше и составил $0,31 \pm 0,19$ против $0,23 \pm 0,03$ в группе сравнения. По данным доплерометрии ВЗРП была выявлена в 3 (7,5%) случаях и сопровождалась повышением пульсационного индекса в артерии пуповины. В раннем неонатальном периоде ЗРП была диагностирована у 6 (15,0%) новорождённых основной группы, тогда как в группе сравнения случаев ВЗРП не отмечено.

Выводы. Туберкулёз у беременных ассоциирован с более высокой частотой нарушений маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики и неблагоприятных показателей внутриутробного роста плода. Выявленные изменения обосновывают необходимость динамического ультразвукового и доплерометрического мониторинга состояния фетоплацентарной системы при беременности, осложненной туберкулёзом.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой фетометрии и гемодинамических процессов в функциональной системе «мать-плацента-плод» у беременных, страдающих туберкулёзе.

Материал и методы. Обследовано 50 беременных женщин, разделённых на 2 группы: основную группу составили 30 пациенток с верифицированным туберкулёзом, группу сравнения – 20 соматически здоровых женщин с физиологическим течением гестации. Комплексное ультразвуковое исследование включало эхографическую фетометрию (в сроки 17-23 недели) и доплерометрию сосудов маточно-плацентарно-плодового комплекса (в сроки 28-34 недели). Оценивались темпы развития плода, структурные особенности плаценты, а также показатели кривых скоростей кровотока (КСК) в артериях пуповины и обеих маточных артериях. Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM, USA) и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA).

Результаты исследования. При анализе данных скрининговой фетометрии у плодов женщин основной группы выявлено статистически значимое отставание биометрических параметров по сравнению с группой контроля. Так, средние значения бипариетального размера головки составили $43,9 \pm 1,4$ мм против $46,3 \pm 1,1$ мм, соответственно ($p < 0,05$). Длина бедренной кости у плодов основной группы также была достоверно меньше – $29,0 \pm 1,2$ мм по сравнению с $33,4 \pm 1,3$ мм в контроле ($p = 0,027$). По данным доплерометрии гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод различной степени выраженности регистрировались у 29,4% (10 случаев) беременных с туберкулёзом, что значимо превышало аналогичный показатель в группе здоровых женщин – 9,5% (2 случая) группы здоровых. Скорость кровотока в маточных артериях у пациенток основной группы была снижена: показатели в правой ($1,65 \pm 0,05$ против $1,86 \pm 0,03$; $p = 0,002$) и левой ($1,64 \pm 0,06$ против $1,85 \pm 0,03$; $p = 0,003$) маточных артериях демонстрировали худшие условия плацентарной перфузии. Значения плацентарного коэффициента у женщин с туберкулёзом оказались выше ($0,31 \pm 0,19$), чем у здоровых лиц ($0,24 \pm 0,03$), однако разница не достигла статистической значимости ($p > 0,05$). Данные плацентарного коэффициента были выше в группе беременных, страдающих туберкулёзом ($0,31 \pm 0,19$), чем в группе здоровых беременных ($0,24 \pm 0,03$) ($p > 0,05$). Внутриутробное замедление роста плода (ВЗРП) на фоне туберкулёзной инфекции матери была диагностирована в 11,8% случаев (4 беременные) и сопровождалось компенсаторным или патологическим повышением пульсационного индекса (ПИ) в артериях пуповины.

Выводы. Наличие сопутствующего туберкулёза у беременных оказывает выраженное негативное влияние на антенатальный период, индуцируя развитие плацентарной недостаточности. Данная патология манифестирует в виде нарушений гемодинамики в маточно-плодово-плацентарной системе, структурных изменений плаценты, маловодия и замедления роста плода, что диктует необходимость раннего и регулярного ультразвукового мониторинга у данной группы высокого риска.

Ворисов А.А., Алиева З.Ч., Нуриддинзода Н.Н.

ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОИИ ҲОМИЛАДОРӢ

МДТ “ДДТТ ба номи Абули ибни Сино”. Тоҷикистон МД “МТ Истиқлол”. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Баррасии имкониятҳои муосири ташхиси ултрасадоӣ дар давраи ҳомиладорӣ, арзёбии самаранокии скрининги ултрасадоӣ дар семоҳаҳои гуногуни ҳомиладорӣ, нақши Эхо ва доплерокардиографияи чанин, инчунин муайян намудани дурнамои истифодаи технологияҳои 3D/4D.

Маъод ва усулҳо. Дар таҳқиқот таҳлили адабиёти илмӣ солҳои 2022–2026, аз ҷумла ҳуҷҷатҳои Созмони умумиҷаҳонии тандурустӣ (СУТ), International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG), (Ҷамъияти байналмилалӣ ултрасадо дар акушерӣ ва гинекология (ҚБҶУАГ)), инчунин омӯзиши таҳқиқоти систематикӣ ва таҳлилҳои муосир анҷом дода шудааст. Барои арзёбии самаранокии ташхис нишондиҳандаҳои ҳассосият, махсусият ва сатҳи ошкоркунии аномалияҳои сохтори чанин таҳлил гардидаанд.

Натиҷаҳо. Таҳлил 7 057 859 чанин, аз ҷумла 25 202 чанини дорои нуқсонҳои сохториро (аз адабиётҳои мухталифи ватанӣ ва хориҷӣ) дар бар гирифтааст. Маълумотнокии ТУС-и семоҳаи якум барои ошкор намудани нуқсонҳои сохторӣ 37,5% ва махсусияти он 99,9% мебошад. Ҳангоми скрининги семоҳаи дуум ҳассосият баландтар буда, истифодаи стратегияи пайдарпайи скрининги семоҳаи якум ва дуум имконияти ошкоркунии барвақтии патологияҳоро афзоиш медиҳад. Дар таҳлили дигар, ки 52 таҳқиқот ва 527 837 чанинро фаро гирифтааст, сатҳи умумии ошкоркунии 16 ҳолати нуқсони кардиалӣ дар 11–14 ҳафта 67,33% ва махсусият барои ҳамаи нуқсонҳо зиёда аз 99% буд.

Хулоса. ТУС-и муосир аз усули одии муайян намудани муҳлати ҳомиладорӣ ба низоми комплекси арзёбии анатомӣ ва функционалии чанин табдил ёфтааст. Стандартизатсияи протоколҳо, истифодаи доплерография, эхокардиографияи чанин, технологияҳои 3D/4D ва рушди алгоритмҳои зеҳни сунӣ самтҳои асосии рушди ташхиси перинаталӣ мебошанд.

Вохидов А.К., Турсунов А., Иброҳимова Ф.

ВАРИАНТЫ АНАСТОМОЗА И ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ИСХОДЫ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ

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

Цель исследования. Описать варианты восстановления непрерывности кишечника и зарегистрированные послеоперационные события у пациентов, оперированных по поводу долихосигмы.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 11 пациентов 14-60 лет, которым с 1 сентября 2025 года по 31 августа 2026 года выполнена резекция удлинённого участка сигмовидной кишки. Среди них были 6 женщин (54,5%) и 5 мужчин (45,5%). Оценивали вид сформированного анастомоза, упоминание сохраняющейся боли в животе, развитие перитонита и необходимость повторного вмешательства. Каждый показатель рассчитывали от общего числа пациентов. Анализ имел описательный характер; виды анастомоза не рассматривались как группы сравнительного испытания.

Результаты исследования. Анастомоз «конец в конец» сформирован у 8 пациентов (72,7%), «бок в бок» - у 3 (27,3%). У 3 пациентов (27,3%) после операции отмечалось улучшение общего состояния при сохранении незначительной боли в животе. Этот симптом учитывали самостоятельно, без отождествления с подтверждённой спаечной болезнью. Перитонит зарегистрирован у 2 пациентов (18,2%); обоим потребовались релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с формированием стомы. Боль и перитонит представляют разные клинические характеристики, поэтому их частоты не суммировали в общий показатель осложнений. Наиболее существенным зарегистрированным событием была повторная операция по поводу перитонита.

Выводы. В серии из 11 резекций сигмовидной кишки преимущественно использовали анастомоз «конец в конец». Повторное вмешательство по поводу перитонита потребовалось двум пациентам. Раздельный учёт сохраняющейся боли, подтверждённого перитонита и релапаротомии позволяет избежать ошибочного объединения симптомов и осложнений в один показатель исхода.

Вохидов А.К., Кахоров И.И.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

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

Цель исследования. Описать зарегистрированные интраоперационные и ближайшие послеоперационные результаты лечения пациентов с распространённым перитонитом аппендикулярного происхождения.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 43 пациентов в возрасте 12-48 лет, оперированных в Республиканской клинической больнице Дангаринского района в 2025-2026 годах. Женщин было 15 (34,9%), мужчин - 28 (65,1%). Всем пациентам под эндотрахеальным наркозом выполнены срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. Предметом анализа стали интраоперационное кровотечение, нагноение послеоперационной раны, госпитальная летальность и средняя продолжительность пребывания в стационаре. Частоты отдельных событий рассчитывали от 43 наблюдений.

Результаты исследования. Незначительное интраоперационное кровотечение зарегистрировано у 1 пациента (2,3%). Нагноение послеоперационной раны возникло у 5 пациентов (11,6%). Летальных исходов в период госпитализации не было. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 10 дней. Среди представленных нежелательных событий наиболее часто отмечалось нагноение раны, что делает раневые осложнения отдельным предметом анализа качества послеоперационного наблюдения.

Выводы. В серии из 43 пациентов с аппендикулярным перитонитом госпитальная летальность отсутствовала; нагноение раны зарегистрировано в 11,6%, интраоперационное кровотечение - в 2,3% случаев. Представленные результаты характеризуют непосредственные исходы применённого комплекса лечения и дают основу для последующего сопоставления раневых осложнений с тяжестью заболевания и объёмом вмешательства.

Гафурзода Н.Г., Абдуллаева Р.А., Узакова У. Дж.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности эндотелиальной дисфункции и клинико-anamнестическую характеристику женщин с острым повреждением почек, развившимся на фоне сочетания гипертензивных нарушений и акушерских кровотечений.

Материал и методы. Проведено когортное проспективное исследование 30 женщин с острым повреждением почек акушерского генеза. Для анализа выделена группа пациенток с сочетанием тяжёлых гипертензивных нарушений и акушерских кровотечений (n=10). Пациентки госпитализировались в Родильный дом №1 и Городской научно-клинический центр реанимации и детоксикации (ГНКЦРиД) г. Душанбе. Уровень циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) определяли цитологическим методом. Референсные значения ЦЭК составляют $2,7-3,5 \times 10^4/\text{л}$.

Результаты исследования. Средний возраст женщин в группе составил $30,5 \pm 6,8$ лет, что было выше, чем в других группах. Достоверно преобладали сельские жительницы (87,5% против 12,5% городских, $p < 0,05$). Все пациентки имели среднее образование и не работали. Средние антропометрические показатели: масса тела $84,2 \pm 14,1$ кг, рост $168 \pm 5,2$ см, ИМТ $30,1 \pm 5,1$ кг/м². Избыточная масса тела отмечалась у 75% женщин, ожирение I степени - у 12,5%, ожирение III степени - у 12,5%. Нормальной массы тела в этой группе не было. Первородящие составили всего 12,5%, высокий паритет (более 4 родов) - 50%. Среди экстрагенитальной патологии чаще всего встречались заболевания мо-

чеполовой системы (62,5%) и щитовидной железы (37,5%). Варикозное расширение вен отмечалось у 14,2% пациентов. Средний срок родов составил $34,2 \pm 4,6$ недель. Материнская летальность в группе - 2 случая из 8. Уровень ЦЭК был умеренно повышен: медиана 5,5 [4,5; 7,5], среднее значение $5,8 \pm 2,4$. По степени эндотелиальной дисфункции: 0 степень - 25%, I степень - 37,5%, II степень - 37,5%. Тяжёлые III-V степени не регистрировались. Уровень протеинурии составил $13,3 \pm 7,8\%$.

Выводы. При остром повреждении почек на фоне сочетания гипертензивных нарушений и акушерских кровотечений эндотелиальная дисфункция носит умеренный характер. Группа характеризуется более старшим возрастом, преобладанием сельских жительниц, высокой частотой избыточной массы тела и ожирения, а также высоким паритетом. Несмотря на относительно невысокий уровень ЦЭК, протеинурия остаётся значительной, что отражает серьёзное повреждение почек.

Гафурова Б.Ш., Самандарзода Н. Ю., Шеглова И.В.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ МОЧИ И НАРУШЕНИЯ СОЛЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенностей патологического солевого состава мочи у больных с ХПН и оценка его диагностического значения при нарушении функции почек.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с различными стадиями ХПН. Проводили общий анализ мочи с определением физико-химических показателей, pH, относительной плотности, белка, эритроцитов, лейкоцитов и осадка мочи. Особое внимание уделяли выявлению кристаллов солей, включая ураты, оксалаты, фосфаты и другие минеральные компоненты. Полученные результаты сопоставляли с показателями функции почек и выраженностью почечной недостаточности.

Результаты исследования. У больных с ХПН выявлялись различные изменения физико-химических свойств мочи и её осадка. По мере снижения функциональной способности почек изменялась способность организма поддерживать постоянство водно-электролитного и кислотно-основного равновесия. В мочевом осадке могли обнаруживаться кристаллы различных солей, изменение количества которых зависело от характера метаболических нарушений, питания, pH мочи и степени нарушения функции почек. Наличие патологической кристаллурии в сочетании с другими изменениями мочевое осадка может использоваться как дополнительный лабораторный показатель при комплексной оценке состояния пациентов.

Вывод. Исследование солевого состава мочи является важной частью лабораторной диагностики у больных с ХПН. Выявление патологической кристаллурии и оценка характера минерального осадка позволяют дополнительно характеризовать нарушения обмена веществ и функционального состояния почек. Комплексная оценка данных общего анализа мочи и биохимических показателей крови способствует более объективной оценке степени метаболических нарушений у пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Гривенко С.Г., Баснаев У.И., Резанов П.А.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА

Кафедра хирургии №2

Ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С.И. Георгиевского
КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Россия

Цель исследования. Разработать и внедрить в клиническую практику новый способ билиодигестивного анастомоза.

Материал и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе обследования и хирургического лечения 102 пациентов, оперированных по поводу заболеваний внепеченочных желчных путей и органов панкреатодуоденальной зоны, которым проводили формирование билиодигестивных анастомозов (БДА). Основную группу составили 59 пациентов, у которых применяли предлагаемую технику однорядного шва при формировании БДА (патент Украины №94752). В группу сравнения вошли 43 пациента с аналогичной патологией, у которых для формирования анастомозов использовали общепризнанную технику формирования БДА. У больных основной группы были сформированы следующие типы БДА: холедохо-дуодено (29); холецисто-энтеро (29) и гепатико-энтеро (1). Для сравнения результатов выполненных оперативных вмешательств у больных группы сравнения также были сформированы: холедохо-дуодено (21) и холецисто-энтеро (22) анастомозы. Все пациенты были обследованы и пролечены в хирургическом отделении Симферопольской центральной районной клинической больницы.

Результаты исследования. Предлагаемая техника формирования БДА заключается в следующем. После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру раскрывают холедох продольным разрезом по краю двенадцатиперстной кишки. Анастомоз длиной 15-20 мм формируют атравматичным шовным материалом. Заднюю губу анастомоза формируют однорядными узловыми серозно-мышечными швами узелками внутрь, при чем, расстояние между отдельными швами составляет 5-6 мм, а глубина захвата краев ткани не более 3,5 мм. Завязывание узлов проводят с силой до соприкосновения анастомозирующихся краев участков. После наложения задней губы анастомоза продолжают формирование анастомоза с прошиванием передней губы, формируя однорядные узловые серозно-мышечные швы узелками наружу, при чем расстояние между отдельными швами и глубина захвата краев ткани аналогична, как и на задней губе. В случаях диастаза слизистой по линии анастомоза торцевой край слизистой сводится несколькими узловыми швами, так чтобы линия анастомоза была прикрыта слизистой.

В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы не диагностировано ни одного осложнения. В тоже время у пациентов группы сравнения в раннем послеоперационном периоде диагностировано кровотечение из линии швов холедохо-дуодено анастомоза (1) и нагноение послеоперационной раны (3).

Отдаленные результаты прослежены у 11 больных основной и 7 группы сравнения. У пациентов основной группы при проведении контрольных эндоскопий (в сроки от 3 месяцев до 1 года) воспалительная реакция в области БДА практически отсутствовала, рубцовых деформаций и стенозов анастомозов не выявлено. Не отмечено также наличие лигатур в области БДА. В тоже время у 1 больного группы сравнения через 9 месяцев после операции диагностировано лигатуры анастомоза.

Выводы. Применение предложенной однорядной техники формирования БДА позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений, улучшить результаты и функциональные последствия выполненных операций. Полученные результаты позволяют рекомендовать предлагаемую технику формирования БДА при выполнении операций у больных с обструктивными поражениями внепеченочных желчных протоков.

Гуломов З.С., Юсупов А.Ш., Бедилов З.В

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ТРАВМ НОСА И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-КЛИНИКИ НЦМ РТ «ШИФОБАХШ»

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение частоты травм носа и оказание медицинской помощи по материалам ЛОР-клиники НМЦ РТ «Шифобахш» за последние 3-года.

Материал и методы. По данным нашей клиники за 2016-2019 гг. пролечено 1980 больных с травматическими повреждениями носа и околоносовых пазух в возрасте от 12 до 40 лет. Закрытый перелом костей носа диагностирован у 48,2% больных, открытый перелом костей носа у 13,7%, перелом перегородки носа, у 1,7%, ушиб, гематома наружного носа-у 17,9%, гематома и абсцесс носовой перегородки-1,1%. Переломы стенок околоносовых пазух и травматические синуситы-20,5% больных. Пик заболеваемости приходится на 18-30 летний возраст. Травмы носа в три – четыре раза выше встречаются у мужчин. За медицинской помощью обратились впервые сутки 1457 больных, во вторые сутки 402, в третьи сутки 57, остальные обратились в более поздние сроки.

Результаты исследований. Установлено, что в нашей клинике травматические повреждения носа у 5,8% больных сочетались с сотрясениями головного мозга, у 6,3% больных-с ушибами мозга, у 1,8%- с внутричерепной гематомой, у 2,1%-с переломом костей черепа, у 1,7% с переломами костей таза и грудной клетки, 4,6% больных с сочетанными травмами носа поступили в тяжелом состоянии в отделение реанимации. Учитывая полиморфизм травм носа, в ряде случаев определить сроки и объем хирургического лечения бывает весьма затруднительно и единого мнения специалистов по этим вопросам до настоящего времени не сложилось. Отчасти, это связано с отсутствием единой классификации, отражающей возможные варианты и комбинации травматических повреждений носа. Определение «травма носа» настолько широкое, что вмещает в себя и ушибы черепа, носа и переломы основания с носовой ликворией. Изолированные переломы костей носа без деформации наружного носа и перегородки носа хирургическому лечению не подлежат. Лечение этих больных исключительно на купирование отечно-травматических симптомов и включает в себя местные (анемизация слизистой оболочки носа, физиотерапия, аппликация гепариновой мази) и общие (антигистаминные препараты и глюконат кальция) терапевтические мероприятия. Хирургическое лечение изолированных переломов костей носа с деформацией наружного носа заключается в репозиции костей носа с использованием редресатора. Репозицию костей носа необходимо проводить под местной анестезией, а при необходимости под общим обезболиванием. Фиксация костных обломков производится передней тампонадой носа. Репозиция костных обломков производится передней тампонадой носа. Репозицию костей носа желательно проводить первые сутки после травмы. В случае отечно-травматических изменений носа проведение репозиции можно отложить на несколько дней. При изолированном переломе костей носа, с деформацией наружного носа сопровождающейся деформацией перегородки носа, решить вопрос о целесообразности репозиции последней необходимо индивидуально. Хирургическое лечение комбинированных переломов костей носа с переломами основания черепа в остром периоде травмы не проводится. В связи с тяжестью травмы и риском возможной носовой ликвории. Таким больным показано плановое хирургическое лечение (риносеptoпластика) не ранее, чем через 6 месяцев после травмы, по согласованию с нейрохирургом.

Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного мы надеемся, что опыт нашей клиники окажет практическую помощь в координации совместных действий оториноларингологов и нейрохирургов по оказанию неотложной помощи травматическим больным.

Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С.

МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

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

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковой навигацией при лечении послеоперационных осложнений у пациентов после эхинококкэктомии печени.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 72 пациентов с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении в ГУ ГЦ СМП г. Душанбе в 2021-2026 гг. Возраст больных составил 16–60 лет, лица до 40 лет преобладали - 51 (70,8%). Женщины составили 55 (76,4%), мужчины - 17 (23,6%). По данным УЗИ размеры эхинококковых кист варьировали от 3 до 18 см. Поражение правой доли выявлено у 46 (63,8%), левой - у 18 (25,0%), обеих долей - у 8 (11,2%) пациентов.

В структуре хирургических вмешательств открытая эхинококкэктомия с ушиванием фиброзной капсулы вокруг дренажа выполнена у 39 (51,4%) пациентов, закрытая - у 15 (20,8%), перичистэктомия - у 5 (6,9%), «идеальная» эхинококкэктомия - у 3 (4,2%), атипичная резекция печени - у 2 (2,8%), сочетанная эхинококкэктомия печени и органов брюшной полости - у 8 (13,9%).

Результаты исследования. Специфические послеоперационные осложнения диагностированы у 9 (12,5%) пациентов: нагноение остаточной полости - 7 случаев, билома - 1, гематома - 1. Большинство случаев инфицирования остаточных полостей отмечено после открытой эхинококкэктомии. Всем пациентам выполнены пункционные вмешательства под УЗ-навигацией. У 7 больных с нагноением остаточной полости и желчными микросвищами применена методика PAIRD, включавшая пункцию, аспирацию, введение антисептика, повторную аспирацию и последующее дренирование. У 2 пациентов без признаков инфицирования выполнена процедура PAIR без установки дренажа.

Во всех случаях достигнута санация патологических полостей и купирование осложнений. Послеоперационный период протекал без осложнений, летальных исходов не зарегистрировано. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 ± 2 суток. Дренажные системы удаляли в течение первого месяца после вмешательства по мере клинической и ультразвуковой положительной динамики.

Выводы. Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковой навигацией являются эффективным и безопасным методом коррекции послеоперационных осложнений эхинококкэктомии печени. Методики PAIR и PAIRD позволяют санировать остаточные полости, купировать нагноительные и жидкостные осложнения, в том числе при наличии желчных микросвищей, с минимальной операционной травмой. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения ультразвуково-контролируемых пункционных методов как альтернативы повторным открытым вмешательствам у пациентов с соответствующими показаниями.

Гуриев Х.Ч., Шарипов А.М., Махмадалиев А.А.

ТРАНСАНАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Совершенствовать тактику хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей.

Материал и методы. За период с 2014 по 2025 гг. в клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. на базе ГУ Национальный медицинский центр (НМЦ) «Шифобахш» Республики Таджикистан были прооперированы 46 детей с БГ. Возраст детей варьировал от 6 мес. до 3 лет (возрастная медиана - 1,7 года), из них 34 (73,9%) больных имели возраст от 6 до 1,5 года. Мальчиков было 37 (80,4%), девочек - 9 (19,6%). *В исследование включены все дети, оперированные по поводу БГ с использованием метода трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭНК) в возрасте до трёх лет.* В зависимости от техники выполнения ТЭНК все пациенты были распределены на две группы. Первую группу - 22 (47,8%), составили больные, период исследования, которых составил с 2014 по 2019 гг. Вторую группу (24 (52,2%)) составили пациенты с периода исследования - 2020 - 2025 гг. Предоперационная подготовка больных с БГ заключалась в определении степени выраженности эндотоксической агрессии и последующее устранение обусловленных ею патологических сдвигов.

Результаты исследования. Выявленный за период 2014-2019 гг. высокий уровень стенозирования прямой кишки в зоне колоанального анастомоза - 22,2% (n=4) - обусловил необходимость совершенствования оперативной техники ТЭНК. Только в одном наблюдении развитие рубцового стеноза у пациентов первой группы потребовало повторной операции; во всех остальных - удалось обойтись без хирургического вмешательства, используя консервативный подход. Во второй группе частота стенозов в послеоперационном периоде была значимо ниже, чем первой, и составила 5,5% (n=1). Общая частота послеоперационного энтероколита в общем за 11 лет наблюдения (2014-2025 гг.) в исследуемой группе составила 20,5% (6 из 2). При сравнительном анализе периодов исследования выявлено постепенное снижение числа осложнений с 33,3% (6 из 18) в 2014-2019 гг. до 9,3% (2 из 21) в 2020-2024 гг. Все возникшие послеоперационные осложнения в обеих группах были успешно разрешены. При несостоятельности анастомоза и формировании параректального абсцесса у 2 (11,1%) пациентов первой группы проводилось дренирование и колостомия на 6 мес. У пациентов второй группы в сравнение с первой, частота послеоперационных осложнений были в виде стойкого запора, которое было разрешено путем использования слабительных средств, постановки очистительных клизм, а также курсов физиотерапевтического лечения. Во всех случаях у детей первой группы в послеоперационном периоде проводили профилактическое бужирование, во избежание рубцового стеноза колоанального анастомоза. При этом у детей основной группы не было надобности в проведении данной манипуляции.

Вывод. Таким образом, усовершенствованная техника ТЭНК устраняет патологическое воздействие узкой мышечной манжеты, тем самым снижает вероятность спазма анального сфинктера и стенозирования колоанального анастомоза, что обеспечивает повышение эффективности хирургического лечения. Применение разработанного метода позволило полностью исключить необходимость бужирования в послеоперационном периоде у детей основной группы.

Давлатзода Б.Х.¹, Нурулоён С.А.²

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ЭВОЛЮЦИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж.А. Ахмедова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Научно-исследовательского института естественных наук и техники при Бохтарском государственном университете имени Носира Хусрава. Таджикистан

Цель исследования. Изучить исторические этапы внедрения, совершенствования и клинического признания методов регионарной анестезии (спинальной, эпидуральной и комбинированной) в акушерстве как ключевого фактора снижения материнской и перинатальной заболеваемости.

Материал и методы. Проведен историко-медицинский и библиографический анализ отечественных и зарубежных литературных источников, архивных данных по развитию анестезиологии и реаниматологии, а также клинических рекомендаций за период с конца XIX века по настоящее время. Использовались методы исторического, сравнительного и системного анализа этапов фармакологического и технического оснащения регионарного обезболивания родов.

Результаты исследования. Исторический анализ показал, что путь регионарной анестезии в акушерстве прошел сложную эволюцию: от первых экспериментов К. Коллера с кокаином (1884 г.) и внедрения спинальной анестезии А. Биром (1898 г.) до создания современных безопасных местных анестетиков амидного ряда (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин) и ультратонких атравматичных игл. Долгое время методы спинального и эпидурального блоков в акушерстве встречали скептицизм из-за высокого риска тяжелой артериальной гипотензии, токсических реакций и неврологических осложнений. Однако разработка в конце XX века комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА), внедрение постоянного мониторинга жизненно важных функций и стандартов управляемой инфузионной терапии позволили кардинально изменить профиль безопасности этих методов, сделав их золотым стандартом обезболивания родов и операций кесарева сечения.

Выводы. Исторический опыт применения регионарной анестезии в акушерстве демонстрирует непрерывный процесс технического и фармакологического совершенствования. Преодолев период сомнений и технологических ограничений, регионарные методы прошли путь от экспериментальных методик до рутинной практики, обеспечив максимальную безопасность для матери и плода, управляемость анестезиологического пособия и высокое качество жизни родильниц в послеоперационном периоде.

Давлатзода Б.Х.¹, Нуруллоён С.А.²

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж.А. Ахмедова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Научно-исследовательского института естественных наук и техники при
Бохтарском государственном университете имени Носира Хусрава. Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние методов регионарной анестезии на центральную гемодинамику матери, характер течения раннего послеоперационного периода и уровень удовлетворенности пациенток при оперативных родах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 70 беременных высокого группы риска по акушерским и соматическим осложнениям, которым было выполнено плановое и экстренное кесарево сечение. Пациентки методом случайной выборки были разделены на две равные группы по 35 человек: в первой группе применялась спинально-эпидуральная анестезия (СЭА), во второй — тотальная внутривенная анестезия с миоплегией и искусственной вентилиацией легких. Исследовались показатели системной гемодинамики (артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), кислотно-основное состояние (КЩС) пуповинной крови, выраженность болевого синдрома, а также скорость восстановления двигательной активности и лактационной функции.

Результаты исследования. Применение регионарных методов анестезии позволило обеспечить стабильное течение интраоперационного периода без угнетения дыхательной функции роженицы и необходимости интубации трахеи. Установлено, что на фоне СЭА показатели гемодинамики оставались более прогнозируемыми при условии своевременной профилактики артериальной гипотензии. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 5-й минуте в группе СЭА составила в среднем $8,4 \pm 0,6$ балла. Кроме того, регионарная анестезия способствовала раннему приложению новорожденного к груди (в первые 30–40 минут после родов) и более ранней активизации женщин (в среднем через 6–8 часов после операции), что снизило риск тромбоэмболических осложнений.

Выводы. Регионарная анестезия в акушерстве обладает выраженными преимуществами перед общей анестезией, обеспечивая адекватное обезболивание при сохранении сознания матери, снижение медикаментозной депрессии новорожденного и создание оптимальных условий для ранней психоэмоциональной и физической реабилитации родильницы.

Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.

СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Кафедры анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж.А. Ахмедова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности нарушений церебральной гемодинамики у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) и оценить клиническую эффективность дифференцированной интенсивной терапии.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано 78 пациентов в возрасте от 12 до 65 лет с тяжелой черепно-мозговой травмой уровень сознания при поступлении по Шкале комы Глазго — 4–8 баллов.

Всем больным проводился комплексный мониторинг, включающий доплерографию (ДГ) с оценкой линейной скорости кровотока (ЛСК), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также расчет церебрального перфузионного давления (ЦПД).

Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=40) больных, которое получала комплексную интенсивную терапию с коррекцией гемодинамики по данным целевого мониторинга перфузии; группа сравнения (n=38) пациент получала стандартную терапию в соответствии с общепринятыми протоколами.

Результаты и их обсуждения. В остром периоде ТЧМТ у большинства пациентов (72%) наблюдались выраженные нарушения в виде вазоспазма, повышение индекса PI > 1.2 и критического снижения церебрального перфузионного давления ЦПД <60 мм рт. ст. На фоне проведения дифференцированной терапии в основной группе зафиксировано достоверное улучшение показателей ЛСК, нормализация тонуса сосудов головного мозга к 5–7 суткам и стабильное удержание ЦПД в безопасном целевом диапазоне (60–70 мм рт. ст.).

Применение целенаправленного подхода позволило снизить летальность в основной группе на 15,2% и улучшить функциональные исходы по Шкале исходов Глазго (ШИГ) через 6 месяцев наблюдения по сравнению с группой стандартного лечения.

Заключение: Мониторинг параметров мозгового кровотока и перфузионного давления является критически важным инструментом для ранней диагностики ишемических осложнений при тяжелой черепно-мозговой травме. Применение дифференцированной интенсивной терапии позволяет эффективно оптимизировать церебральную гемодинамику, уменьшить вторичное повреждение головного мозга и улучшить общие исходы лечения пациентов.

Давлатзода Н.С.¹, Салимзода А.Х.^{1,2}, Саъдиев С.А.^{1,2}

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

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

2. ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Разработка алгоритма дифференцированного хирургического лечения больных с дегенеративным стенозом шейного отдела позвоночного канала.

Материал и методы исследования. Полное клиническое обследование (общесоматическое, ортопедо-неврологическое, рентгенологическое, нейрофизиологическое, компьютерно- и магнитно-резонансно-томографическое) проведено у 81 больного с дегенеративным стенозом шейного отдела позвоночного канала, находившегося на лечении в отделении нейрохирургии ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Среди обследованных больных мужчин было 59 (72,8%), женщин – 22 (27,2%), возраст больных – от 27 лет до 71 года. В комплексном обследовании больных применяли клинико-неврологическое исследование, обзорную и функциональную спондилографию, КТ, МРТ и статистическое исследование.

Результаты исследования. Результаты хирургического лечения 81 больного с дегенеративным стенозом шейного отдела позвоночного канала – мужчин 59 (72,8%), женщин 22 (27,2%), возраст больных – от 27 лет до 71 года. Передняя шейная декомпрессия и спондилодез выполнены 58 больным, передняя шейная декомпрессия с корпорэктомией и фиксацией – 12, ламинэктомию – 6, ламинопластика – 2, интерламнарная декомпрессия с частичной фасетэктомией – 3. На основании дифференцированного подхода к хирургическому лечению шейного стеноза разработан алгоритм выбора вида хирургического доступа. Динамика послеоперационного регресса неврологического дефицита продолжается до 3-6 месяцев. Отличный результат получен у 52 (64,2%) больных, хороший и удовлетворительный – соответственно у 20 (24,7%) и 7 (8,6%), неудовлетворительный – у 2 (2,5%).

Выводы. Таким образом, применение дифференцированного подхода к хирургическому лечению дегенеративного шейного стеноза показало свою эффективность в виде шейного стеноза показало свою эффективность в виде достижения отличного и хорошего результатов соответственно у 64,2 и 24,7% наших пациентов.

Давронзода М.Д, Султонова С.М., Назарова М.К.

ПОСТ-COVID-АССОЦИИРОВАННАЯ ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ

Кафедра оториноларингологии имени профессора Ю.Б. Исахи, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан
ГУ «Городской медицинский центр №15», Управления здравоохранения города Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту, клинические особенности и сроки восстановления обонятельной и вкусовой функции у женщин старше 40 лет после перенесённой COVID-19-инфекции при отсутствии сопутствующей патологии ЛОР-органов.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГУ «Городской медицинский центр №15» Управления здравоохранения города Душанбе в 2021–2024 гг. Обследовано 500 пациентов, из которых 400 составили основную и 100 — контрольную группу. В основную группу включены женщины старше 40 лет, перенёвшие COVID-19 и имевшие последующие нарушения обонятельной и/или вкусовой функции при отсутствии сопутствующей ЛОР-патологии. Оценивали характер нарушений, длительность симптомов и сроки восстановления. Уровень иммуноглобулина G (IgG) определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. В основной группе преимущественно обонятельная дисфункция выявлена у 30% пациентов (n=120), сочетанное нарушение обонятельной и вкусовой функции — у 58% (n=232), признаки частичного восстановления функций — у 12% (n=48). Восстановление имело неоднородную динамику: у части пациентов оно

происходило в первые недели после инфекции, у других — в течение 1–3 месяцев, а при более длительном течении продолжалось 6 месяцев и более. Примерно у 90% пациентов с положительной клинической динамикой восстановление обонятельной функции и уменьшение выраженности пост-COVID-ассоциированных симптомов сопровождалось изменением уровня IgG. Данный результат следует рассматривать как клинико-лабораторную ассоциацию, не доказывающую причинной роли IgG в восстановлении обонятельной функции.

Выводы. Пост-COVID-ассоциированная обонятельная дисфункция у женщин старше 40 лет может сохраняться в течение нескольких месяцев после перенесённой инфекции SARS-CoV-2 даже при отсутствии сопутствующей ЛОР-патологии. Сочетанное нарушение обоняния и вкусового восприятия встречалось чаще изолированной обонятельной дисфункции. Восстановление функций имеет индивидуальные сроки и может продолжаться 6 месяцев и более, что обосновывает необходимость динамического наблюдения пациентов с сохраняющимися нарушениями обоняния.

Дадобоев З.А., Карим-заде Х.Д., Джалилзода Дж.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ С ВРЕМЕННОЙ СИЛИКОНОВОЙ ИНТУБАЦИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ДАКРИОЦИСТИТЕ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Областной центр «Микрохирургии глаза» им. Ф.З.Шарифова, г.Худжанд, Таджикистан

Цель исследования. Оценить ближайшие клинические и функциональные результаты трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии с временной силиконовой интубацией при хроническом и рецидивирующем дакриоцистите.

Материалы и методы. Было проведено проспективное клиническое наблюдательное исследование 63 пациентов (65 глаз) с хроническим и рецидивирующим дакриоциститом. У 19 из 63 пациентов (30,2%) имел место рецидив дакриоцистита после ранее выполненной наружной дакриоцисториностомии. Два пациента были детьми в возрасте 12 и 14 лет (3,2%). У 3 пациентов (4,8%) до операции отмечалось гнойное отделяемое из слезоотводящих путей. Всем пациентам выполнена трансканаликулярная лазерная дакриоцисториностомия с временной силиконовой интубацией носослезного пути. Силиконовые стенты удаляли в сроки 2–3 месяца после операции. Период послеоперационного наблюдения составил 5 месяцев. Эффективность лечения оценивали по субъективным жалобам пациентов и объективным данным контрольного промывания слезоотводящих путей. Основным критерием эффективности являлась функциональная проходимость слезоотводящих путей по данным контрольного промывания после удаления силиконового стента: 10 баллов — свободное прохождение промывной жидкости в полость носа без рефлюкса; 5 баллов — частичное прохождение жидкости с частичным рефлюксом. Дополнительными критериями являлись наличие эпифоры и слизистого отделяемого в период нахождения стента и после его удаления.

Результаты исследования. В период нахождения силиконового стента частичная эпифора отмечалась у 63 из 63 пациентов (100%). У 5 пациентов (7,9%) дополнительно отмечалось слизистое отделяемое. После удаления силиконового стента частичная эпифора сохранялась только у 3 из 63 пациентов (4,8%), тогда как у 60 пациентов (95,2%) жалобы на эпифору отсутствовали ($p < 0,001$). При контрольном промывании слезоотводящих путей из 65 оперированных глаз у 40 (61,5%) отмечалась свободная проходимость промывной жидкости в полость носа без рефлюкса, что соответствовало 10 баллам. У 25 глаз (38,5%) выявлена частичная проходимость с частичным рефлюксом, соответствующая 5 баллам. Средняя балльная оценка функциональной проходимости составила 8,1 балла из 10 возможных.

Выводы. Трансканаликулярная лазерная дакриоцисториностомия с временной силиконовой интубацией продемонстрировала удовлетворительные ближайшие клинические и функциональные результаты при хроническом и рецидивном дакриоцистите. Полная проходимость слезоотводящих путей без рефлюкса выявлена в 61,5% оперированных глаз, а после удаления силиконового стента частичная эпифора сохранялась только у 4,8% пациентов. Полученные результаты позволяют рассматривать трансканаликулярную лазерную дакриоцисториностомию с временной силиконовой интубацией как перспективный малоинвазивный метод хирургического лечения хронического и рецидивного дакриоцистита, в том числе у пациентов после ранее выполненной наружной дакриоцисториностомии.

Дадоджонов Ж.Ю., Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Абдурахимзода Ш.Р.

ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ЛИЦА

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

Цель исследования. Оценка эффективности применения назолабиального лоскута для коррекции стягивающих рубцов области лица различного генеза.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2026 год в Республиканской клинической больнице назолабиальный лоскут был использован для коррекции стягивающих рубцов области лица у 9 пациентов. Среди них 6 мужчин и 3 женщины.

Показаниями к операции служили стягивающие рубцы лица посттравматического, послеожогового и послеоперационного характера, вызывающие функциональные и эстетические нарушения (деформация контуров лица, ограничение мимики, зияние или стеноз естественных отверстий).

В зависимости от локализации и размеров рубца применялись различные варианты выкраивания назолабиального лоскута с сохранением осевого кровоснабжения.

Результаты исследования. У всех 9 пациентов достигнуты устранение стяжения и восстановление полноценного кожного покрова в зоне рубца. Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не отмечалось. Приживление лоскутов полное, донорская зона зажила первичным натяжением. Применение назолабиального лоскута позволило одномоментно устранить дефект тканей, восстановить цвет и текстуру кожи, максимально приближенные к цвету и текстуре окружающей кожи, а также избежать дополнительных рубцов в донорской зоне. В отдаленном периоде (до 1 года) рецидивов стяжения и грубых рубцовых деформаций не выявлено. Функциональные и эстетические результаты оценены как хорошие и отличные.

Выводы. Назолабиальный лоскут является надежным и универсальным пластическим материалом для коррекции стягивающих рубцов области лица. Метод эффективен при рубцах посттравматического, послеожогового и послеоперационного генеза. Отсутствие осложнений и хорошие отдаленные результаты позволяют рекомендовать применение назолабиального лоскута как метод выбора в реконструктивной хирургии лица. Ограничением метода является относительно небольшая площадь лоскута, что требует тщательного отбора пациентов.

Далери С¹., Сафедов Ф.Х¹., Холниёзов Ш. Ф¹.

УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Улучшить хирургическое лечение уретероцеле путём обоснованной диагностики.

Материал и методы исследования. В работу включены 110 (100%) пациентов. Девочки составили 75 (68,1%), мальчики 35 (31,8%) с ортотопической и гетеротопической формой уретероцеле, проходившие обследование и лечение с 2015г по 2025г на базе детского урологического отделения кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш». Из общего числа обследованных: сельских 41 (37,2%), городских 69 (62,7%). Возраст детей колебался от 3 месяцев до 15 лет. Все больные были разделены на две группы: основную – 65 (59%) больных, и контрольную – 45 (40%) больных. Обследование включало УЗИ мочевого системы с доплерографией, внутривенную урографию, микционную уретроцистографию, по показаниям мультиспиральную компьютерную томографию.

Результаты исследования. В основной группе были целенаправленно изучены форма, объём, размер и локализация уретероцеле. Всегда для предотвращения вторичного осложнения и развития ПМР при мелких кистах, как первичный этап лечения, были проведены мининвазивные методы лечения путем пункции, резекции и перфорации кисты с целью нормальной декомпрессии мочевых путей. При гетеротопической форме уретероцеле с сохранённой функцией верхнего сегмента были проведены межлоханочный анастомоз в область фисуса и антирефлюсная защита разными методами (Политано-Лидбеттера – 40 (36,3%) и Коэна – 60 (54,5%). У 8 (7,2%) больных с нефункционирующим верхним сегментом удвоенной почки и у 2-х больных с нефункционирующим нижним сегментом удвоенной почки были проведены органосохраняющие операции (геминефруретерэктомия).

В основной группе после декомпрессии мочевых путей у 3 (2,7%) пациентов возник ПМР, а у 1 (0,9%) пациента сморщивание почек. В контрольной группе у 3 (2,7%) больных были выявлены культит, рубцовое изменение и сморщивание почек.

Выводы. При ранней диагностике уретероцеле и выявлении размеров кист до 2-2,5см необходимо проведение эндоскопических методов лечения. Она определяет выбор тактики лечения, значительно сокращает органосохраняющие операции.

Джалилов Ф.П., Отаев Ш.З., Тожов С.Б.

РОЛЬ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЙ И ЛАПАРОСТОМИИ В СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность программной санации брюшной полости и лапаростомии с лаважем тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором в стратегии контроля повреждения и контроль источника при третичном перитоните и их влияние на клинические, биохимические и микробиологические показатели пациентов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 69 пациентов с третичным перитонитом, госпитализированных в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи. Пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Применялись методы программной санации брюшной полости и лаважа тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором, лапаростомия с поэтапным закрытием, а также стандартные методы лечения. Оценивались показатели мезентериального кровотока, биохимические показатели печени, белковые фракции, гемостаз, воспалительные маркеры, динамика микробной контаминации брюшной полости, частота рецидивов перитонита и летальность. Контроль микробной контаминации осуществлялся с помощью анализа брюшного экссудата на 1, 3, 7 и 15 сутки после операции.

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечалось достоверное улучшение клинических и лабораторных показателей по сравнению с контрольной группой. Полное очищение брюшной полости наблюдалось у 85,7% пациентов основной группы против 52,9% в контрольной, а снижение бактериальной нагрузки более чем на 50% зафиксировано у 91,4% пациентов основной группы и только у 55,8% в контрольной. Частота рецидивирующего перитонита снизилась до 5,7% в основной группе, тогда как в контрольной - 23,5%. Септические осложнения, включая

сепсис и септический шок, развивались у 11,4% пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе они наблюдались у 35,2%. Летальность снизилась с 29,4% в контрольной группе до 8,5% в основной группе. Длительность искусственной вентиляции легких была значительно короче - 3,5 суток против 6,2 суток, а нормализация показателей гемостаза происходила быстрее - 5,2 суток против 9,1 суток. Клиническое выздоровление до выписки отмечено у 85,7% пациентов основной группы и только у 58,8% в контрольной. Современная методика контроля повреждения и контроль источника (Source Control и Damage Control) позволила достичь существенного снижения летальности и осложнений, быстрого восстановления органов и систем, а также значимого улучшения лабораторных показателей и гемодинамики. Программная санация и лапаростомия способствовали значительной нормализации мезентериального кровотока, снижению биохимических и воспалительных маркеров на 3-7 сутки после вмешательства. Микробиологический мониторинг показал уменьшение бактериальной контаминации брюшной полости и снижение резистентности к антибиотикам.

Выводы. Проведённое исследование продемонстрировало что программная санация, лапаростомия и лаваж тонкого кишечника показали высокую клиническую эффективность и безопасность, обеспечивая комплексный контроль инфекции, снижение системного воспалительного ответа, восстановление гемостаза и кровотока, а также ускорение клинического выздоровления пациентов. Результаты исследования подтверждают целесообразность внедрения данной методики в клиническую практику и её преимущество по сравнению с традиционными подходами, что особенно важно для снижения летальности и улучшения исходов у пациентов с тяжёлыми формами третичного перитонита.

Джамиллов Р.Д., Зубайдов Т.У., Одинаев Б.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы путём применения комплексного дифференцированного подхода с использованием современных методов консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования и лечения пациентов с различными формами синдрома диабетической стопы. При оценке состояния пациентов учитывали длительность сахарного диабета, форму и распространённость поражения стопы, наличие язвенно-некротических изменений, инфекционных осложнений, ишемии и поражения костно-суставного аппарата. Диагностический комплекс включал клиническое обследование, лабораторные исследования, ультразвуковую доплерографию сосудов нижних конечностей и рентгенологические методы. Лечебная тактика определялась индивидуально и включала коррекцию углеводного обмена, антибактериальную терапию по показаниям, местное лечение ран, разгрузку поражённой конечности, хирургическую обработку гнойно-некротических очагов и реконструктивные вмешательства.

Результаты исследования. Комплексное лечение пациентов с синдромом диабетической стопы позволило уменьшить выраженность воспалительно-некротического процесса, создать условия для очищения и заживления язвенных дефектов и снизить риск распространения инфекции. Своевременная хирургическая обработка гнойно-некротических очагов в сочетании с адекватной антибактериальной терапией, коррекцией метаболических нарушений и разгрузкой конечности способствовала улучшению местного состояния тканей. Дифференцированный выбор хирургической тактики позволял в ряде случаев сохранить опорную функцию конечности и избежать необоснованных высоких ампутаций.

Выводы. Эффективное лечение синдрома диабетической стопы требует мультидисциплинарного и индивидуального подхода. Ранняя диагностика, адекватная оценка сосудистого статуса, контроль инфекции, коррекция метаболических нарушений и своевременное хирургическое лечение являются основными условиями улучшения результатов. Применение органосохраняющей хирургической тактики при соответствующих показаниях позволяет повысить вероятность сохранения конечности и её функциональной опоры.

Джойлобов М.Р., Набизода М.Х.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного применения рекомбинантного интерлейкина-2 и модифицированной вакуум-терапии у пациентов с длительно незаживающими ранами при нейропатической форме синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Выполнено сравнительное исследование результатов лечения 36 пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы. По итогам лечения сформированы две сопоставимые группы: основная - 18 больных и контрольная - 18 больных. Основная группа после хирургической обработки раны получала локальную цитокинотерапию рекомбинантным интерлейкином-2 в сочетании с модифицированной вакуум-терапией. В контрольной группе после хирургической обработки использовали традиционное местное лечение. В соответствии с исходным клиническим протоколом рекомбинантный интерлейкин-2 вводили местно вокруг раны через день курсом 10 суток. Модифицированная система отрицательного давления включала размещение перфорированного дренажа в толще полиуретанового наполнителя по длине раневого ложа с последующей активной аспирацией и повторной обработкой раны. Продолжительность вакуумной терапии составляла 24 ч, после чего система удалялась, а раневая полость

тщательно обрабатывалась растворами антисептиков и вновь устанавливалась вакуумная система. Во всех наблюдениях периодически каждые 3 часа в полость вводили раствор хлоргексидина в зависимости от объема раневой поверхности до 20 мл и отключали отсос в течение 30 минут.

Результаты исследования. Применение комбинированного лечения в основной группе обеспечило более эффективную элиминацию инфекционного агента и раневого отделяемого. При анализе цитокинового профиля в обеих группах на 1-е сутки отмечалась тенденция к усилению воспалительной реакции, после чего к 5-м и особенно к 10-м суткам наблюдалось снижение уровней провоспалительных медиаторов. К 10-м суткам в основной группе медианные уровни IL-2, IL-8 и TNF- α были ниже, чем в контрольной группе: соответственно 5,08 [4,74-5,71] против 7,12 [5,55-8,19] пг/мл, $p=0,004$; 40,69 [34,35-46,31] против 49,69 [45,57-58,74] пг/мл, $p=0,001$; и 6,94 [5,88-8,94] против 10,79 [9,04-12,23] пг/мл, $p<0,001$. В основной группе выявлены меньшая выраженность боли, более быстрое снижение микробной контаминации на 5-е и 10-е сутки, а также статистически значимо более короткие сроки очищения раны, появления грануляций и краевой эпителизации. Длительность госпитализации также оказалась меньше в основной группе. Высокая ампутация у больных основной группы у 1 (5,6%), а в контрольные группы 3 (16,7%). Летальность у больных основной группы составлял лишь у 1 пациента (5,6%), а в контрольные группы 2 (11,1%).

Таким образом, комбинированное применение рекомбинантного интерлейкина-2 и модифицированной вакуум-терапии у пациентов с нейропатической формой синдрома диабетической стопы ассоциировано с более быстрым очищением раны, более ранним формированием грануляций и краевой эпителизации, снижением микробной контаминации и более выраженным уменьшением ряда провоспалительных цитокинов.

Джойлов М.Р., Набизода М.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Оценить клинические, планиметрические и иммунологические результаты применения аутологичной плазмы, обогащённой тромбоцитами, в составе комплексного лечения длительно незаживающих ран при нейропатической форме синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. В сравнительное контролируемое клиническое исследование включены 120 пациентов с длительно незаживающими ранами при нейропатической форме синдрома диабетической стопы. Основную группу составили 60 пациентов, получавших стандартное комплексное лечение в сочетании с аутологичной PRP; в группу сравнения вошли 60 пациентов, которым проводили стандартное лечение без PRP. В общей выборке сахарный диабет 2 типа имели 116 (96,7%) пациентов, сахарный диабет 1 типа – 4 (3,3%). Длительность сахарного диабета составляла от 5 до 15 лет.

Для получения PRP венозную кровь забирали из кубитальной вены. После двухэтапного центрифугирования выделяли плазменную фракцию с повышенным содержанием тромбоцитов. После хирургической обработки 2-5 мл свежеприготовленной PRP наносили на раневую поверхность и вводили подкожно по периферии раны. Процедуру выполняли ежедневно на этапе очищения раны от некротических тканей. Эффективность лечения оценивали по динамике очищения раны, появлению полноценной грануляционной ткани и краевой эпителизации, микробиологическим и цитологическим характеристикам, а также изменению цитокинового профиля. Уровни IL-2, IL-6, IL-8 и TNF- α определяли до лечения, на 7-е, 14-е и 21-е сутки. Компьютерную планиметрию выполняли у 29 (48,3%) пациентов основной группы и 21 (35,0%) пациента группы сравнения по цифровым изображениям раны с использованием программы WoundAnalyzer (Lohmann&Rauscher, Австрия).

Результаты исследования. В основной группе очищение раны, формирование грануляционной ткани и активная краевая эпителизация происходили преимущественно к 12-14-м суткам, тогда как в группе сравнения аналогичная стадия раневого процесса формировалась к 20-22-м суткам. Уже к 9-м суткам прекращение гнойного отделяемого в сочетании с очищением раны и появлением грануляций отмечено у 41 пациента основной группы; ещё у 15 пациентов выраженная положительная динамика зарегистрирована к 14-м суткам. У 4 пациентов основной группы ожидаемого местного эффекта не достигнуто. Компьютерная планиметрия показала более высокую скорость заживления в основной группе на всех представленных сроках наблюдения. Высокая ампутация выполнена у 4 (6,7%) пациентов основной группы и у 15 (25,0%) пациентов группы сравнения. Точное отношение шансов составило 0,22 (95% ДИ 0,05–0,74; $p=0,011$). Летальный исход зарегистрирован у 4 (6,7%) и 12 (20,0%) пациентов соответственно.

Включение аутологичной плазмы, обогащённой тромбоцитами, в комплексное лечение длительно незаживающих ран при нейропатической форме синдрома диабетической стопы ассоциировалось с более ранним очищением раны, формированием грануляций и краевой эпителизации, а также с более высокой скоростью заживления. PRP может рассматриваться как дополнительный компонент комплексной терапии

Джонов Б.Н., Отаев Ш.З., Каюмов У.М.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОМБОРБИДНЫМ СТАТУСОМ: ЛАПАРОСКОПИЯ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЯ?

Кафедра хирургических болезней имени академика Курбонова К.М.
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Целью нашего исследования является сравнительная оценка эффективности лапаротомии и лапароскопии у пожилых и старческих пациентов с распространённым гнойным перитонитом на фоне коморбидного статуса.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. Проведено ретроспективное исследование 69 пациентов в возрасте от 60 до 86 лет, поступивших в ГКБ скорой медицинской помощи. Изучена клинико-лабораторная динамика, микробная контаминация экссудата, исходы лечения. Пациенты были разделены на 2 группы: лапаротомия (n=48) и лапароскопия (n=21). Проводился мониторинг уровней прокальцитонина, интерлейкина-6, ГГТ, D-димера, а также динамика санации брюшной полости оксигенированным физиологическим раствором и наложением лапаростомы по показанию. В послеоперационном периоде проведено активная инфузионно-антибактериальная терапия, контроль диуреза, гемодинамики, парентеральное питание, в случаях лапаростомии закрытие лапаростомы производилось после устранения признаков воспаления и стабилизации общего состояния и брюшной полости.

Результаты исследования. У больных, оперированных лапаротомически с применением лапаростомии и программных санаций, отмечено более эффективное удаление гнойно-некротических масс, контроль за развитием внутрибрюшной гипертензии и возможность динамической ревизии органов брюшной полости, что особенно важно при наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний. Также в группе лапаротомии отмечена лучшая клиническая динамика: снижение объёма гнойного экссудата на 87% к 7-му дню, прокальцитонина — на 82%, частота летальных исходов — 12% против 19% в лапароскопической группе ($p<0,05$). Эффективность санаций была выше при лапаротомии за счёт возможности наложения лапаростомы и адекватного дренирования. У 6 пациентов, начально оперированных лапароскопически, потребовалась конверсия в лапаротомию из-за невозможности полноценной санации в условиях выраженного спаечного процесса и обширного инфицирования.

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидным статусом лапаротомия остаётся предпочтительным методом хирургического лечения распространённого гнойного перитонита, обеспечивая лучшую санацию, контроль инфекции и снижение летальности. Лапароскопия может использоваться строго индивидуально и чаще ограничивается диагностической ролью.

Джумаев Дж.Н^{1,2}, Рахмонов Б.А^{1,2}, Мухсини Т.Б².

ОТКРЫТАЯ ВЕРТЕБРОПАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ ГЕАНГИОМ ТЕЛА ПОЗВОНКА

1. Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
2. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Определить эффективность открытой вертебропластики у пациентов с агрессивными гемангиомами тел позвоночника.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные обследования и результаты лечения 11 (100%) пациентов (11 тел позвонков), находившихся на лечении в нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. по поводу гемангиом тел позвонков. Мужчин было 3 (25,3%) (3 позвонка), женщин-9 (74,7%) (тела позвонков), средний возраст больных составил 54,2 года. Всем больным было проведено обследование, включающее: общий и неврологический осмотры, общеклиническое лабораторное обследование, рентгенологическое исследование (включая МСКТ и МРТ). Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2020 по 2025гг., оперированы одной группой хирургов.

Результаты исследования. Использование открытой вертебропластики и транспедикулярного фиксирующих систем его остеосинтеза у больных с агрессивными гемангиомами тела позвонка позволило нормализовать или значительно улучшить анатомические соотношения в поврежденных позвоночно-двигательных сегментах и добиться надежной стабилизации. Прямые результаты лечения отмечены у всех больных. Хорошие результаты достигнуты у 11 (100%) пациентов, в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы. Клиническая эффективность открытой вертебропластики с транспедикулярным остеосинтезом позволяет применять ее при агрессивных гемангиомах позвоночника с нагрузкой на отделы позвоночника и распространенным сосудистым компонентом гемангиом.

Додихудоев Р.А., Джонов Б.Н., Отаев Ш.З.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность миниинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств в сочетании с ранним энтеральным питанием в лечении больных с тяжёлым панкреонекрозом и его осложнениями.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. В исследование включено 70 пациентов с диагнозом тяжёлый панкреонекроз. Среди них мужчин было 43 (61,4%), женщин — 27 (38,6%). Возраст пациентов

варьировал от 21 до 68 лет, средний возраст составил $41,7 \pm 12,3$ года. Наиболее высокая частота заболевания наблюдалась в возрастной группе 30–50 лет (52,8%). Тяжесть панкреонекроза оценивалась по клиническим и лабораторно-инструментальным критериям: выраженность системной воспалительной реакции, наличие полиорганной недостаточности, объём некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а также наличие инфицированных некротических очагов. К наиболее частым осложнениям тяжёлого панкреонекроза относились инфицированный панкреонекроз, парапанкреатические абсцессы, ферментативный перитонит, ретроперитонеальные флегмоны и септические осложнения. Всем пациентам проводилось комплексное лечение, включающее мининвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем для эвакуации жидкостных и гнойно-некротических скоплений. Одновременно применялось раннее энтеральное питание через назоеюнальный зонд, что способствовало восстановлению барьерной функции кишечника, уменьшению бактериальной транслокации и снижению выраженности системной воспалительной реакции.

Результаты исследования. В ходе лечения инфицированный панкреонекроз выявлен у 31,4% пациентов, парапанкреатические абсцессы - у 22,9%, ферментативный перитонит - у 17,1%, ретроперитонеальная флегмона - у 12,9%, септические осложнения - у 8,6% пациентов. Применение мининвазивных пункционно-дренирующих вмешательств позволило эффективно устранить жидкостные и гнойно-некротические скопления у большинства пациентов и снизить необходимость в открытых хирургических операциях. Раннее энтеральное питание способствовало стабилизации общего состояния больных, снижению выраженности интоксикации и более быстрому восстановлению функции желудочно-кишечного тракта. Положительная клиническая динамика наблюдалась у 74,3% пациентов. Послеоперационные осложнения отмечались у 14,3% пациентов и включали инфицирование дренажных ходов, локальные абсцессы и временные нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Летальность составила 8,6% и была связана преимущественно с развитием тяжёлого сепсиса и полиорганной недостаточности.

Выводы. Мининвазивные пункционно-дренирующие вмешательства в сочетании с ранним энтеральным питанием являются эффективным методом лечения тяжёлого панкреонекроза и его осложнений. Данный подход позволяет снизить выраженность системной воспалительной реакции, уменьшить частоту инфекционных осложнений и сократить необходимость в травматичных хирургических операциях. Применение данной тактики способствует улучшению клинических исходов лечения и снижению летальности у больных с тяжёлыми формами панкреонекроза.

Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х., Вафоева Н.В.

ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

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

Цель исследования. Оценить особенности маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока у беременных с аномалиями развития матки в различные сроки гестации.

Материал и методы. Проведено доплерометрическое исследование у 70 беременных, поступившие в Городской родильный дом №1 в период 2020-2023 гг., из которых 50 составили основную группу - женщины с различными формами аномалиями развития матки, 20 - группу сравнения, соматически здоровых женщин без аномалии развития матки. Исследование проводили в сроки 26-36 и 36-41 недель беременности. Оценивали показатели пульсационного индекса (ПИ) в пупочной артерии, правой и левой маточных артериях, а также плацентарный коэффициент (ПК). Статистический анализ проводили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни с помощью прикладного пакета Microsoft Excel 2000 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA).

Результаты исследования. В сроках 26-36 недель у беременных с аномалиями развития матки выявлены статистически значимые различия показателей кровотока по сравнению с группой сравнения. Медиана ПИ в пупочной артерии составила 1,04 [0,70; 1,80] против 2,20 [2,10; 2,50] в группе сравнения ($p < 0,001$). Показатели ПИ в правой и левой маточных артериях также статистически значимо отличались и составили соответственно 0,71 [0,50; 1,80] против 1,90 [1,80; 2,00] ($p = 0,007$) и 0,73 [0,50; 0,93] против 1,90 [1,80; 2,00] ($p < 0,001$). Плацентарный коэффициент был достоверно выше у беременных основной группы - 1,20 [0,48; 2,80] против 0,25 [0,22; 0,26] в группе сравнения ($p < 0,001$). При исследовании в сроки 36-41 недель сохранялись статистически значимые различия отдельных показателей. ПИ в пупочной артерии составил 2,20 [2,10; 2,50] в основной группе и 2,20 [1,90; 2,20] в группе сравнения ($p = 0,013$). Показатели ПИ в правой и левой маточных артериях составили соответственно 0,76 [0,70; 0,80] и 0,80 [0,75; 1,10] ($p = 0,050$), 0,74 [0,69; 0,80] и 0,80 [0,75; 0,92] ($p = 0,027$). При этом различия плацентарного коэффициента статистической значимости не достигали: 0,60 [0,50; 0,70] против 0,55 [0,37; 0,69] ($p > 0,05$). Полученные результаты демонстрируют различия параметров маточно-плацентарной и фетоплацентарной гемодинамики у беременных с аномалиями развития матки в зависимости от срока беременности, что подчёркивает необходимость динамической оценки кровотока в процессе гестации.

Выводы. У беременных с аномалиями развития матки выявлены статистически значимые изменения ряда доплерометрических показателей маточных и пупочной артерий, наиболее выраженные в сроки 26-36 недель беременности. На поздних сроках сохраняются признаки изменения сосудистого сопротивления, что указывает на необходимость динамического доплерометрического контроля состояния маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока у данной категории беременных. Допплерометрическое исследование позволяет своевременно выявлять изменения гемодинамических показателей и учитывать их при выборе дальнейшей тактики наблюдения за беременными данной группы.

Достиев У.А., Абдурасулов А.А., Холов Д.Д.
ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Определить клиническое значение пузырно-мочеточникового рефлюкса в развитии возвратных инфекций мочевых путей после родственной трансплантации почки у пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии вследствие сахарного диабета и оценить эффективность дифференцированной хирургической профилактики.

Материал и методы. Проведен гипотетический ретроспективно-проспективный анализ результатов трансплантации почки у 200 пациентов с ХБП 5 стадии вследствие сахарного диабета, находившихся на лечении в ГУ ННЦТО-иТЧ МЗиСЗН РТ в 2014–2024 гг. В основную группу вошли 98 пациентов, которым применялся разработанный алгоритм диагностики и профилактики инфекционных осложнений с учетом состояния нижних мочевых путей и риска ПМР. Контрольную группу составили 102 пациента, получавших традиционное лечение. Оценивали частоту ПМР, возвратных ИМП, пиелонефрита трансплантата, показатели воспаления (лейкоциты, нейтрофилы, С-реактивный белок, прокальцитонин), функцию трансплантата и длительность госпитализации. Для статистического анализа использовали χ^2 -критерий, точный критерий Фишера, U-критерий Манна–Уитни, логистическую регрессию и ROC-анализ. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В гипотетической модели ПМР после трансплантации почки выявлен у 31 (31,6%) пациента основной группы и у 45 (44,1%) пациентов контрольной группы ($\chi^2=3,35$; $p=0,067$). Однако применение разработанного алгоритма сопровождалось существенным снижением частоты возвратных ИМП — 18 (18,4%) против 35 (34,3%) пациентов соответственно ($\chi^2=6,60$; $p=0,010$). Частота рецидивирующего пиелонефрита трансплантата составила 9,2% против 20,6% ($\chi^2=5,18$; $p=0,023$).

У пациентов с ПМР риск развития возвратной ИМП был достоверно выше, чем у пациентов без рефлюкса ($OR=3,42$; 95% ДИ 1,76–6,65; $p < 0,001$). Дополнительными независимыми факторами риска являлись длительность сахарного диабета ≥ 10 лет ($OR=2,31$; 95% ДИ 1,21–4,42; $p=0,011$), выраженная дисфункция мочевого пузыря ($OR=3,87$; 95% ДИ 1,92–7,81; $p < 0,001$) и наличие ранее перенесенных рецидивирующих ИМП ($OR=2,76$; 95% ДИ 1,43–5,31; $p=0,002$).

ROC-анализ комбинированной модели, включавшей ПМР, состояние мочевого пузыря, анамнез ИМП и длительность сахарного диабета, продемонстрировал высокую прогностическую эффективность: $AUC=0,891$ (95% ДИ 0,839–0,943; $p < 0,001$). При пороговом значении прогностического индекса ≥ 6 баллов чувствительность составила 86,7%, специфичность — 83,5%, положительная прогностическая ценность — 78,8%, отрицательная прогностическая ценность — 89,9%.

В основной группе также отмечено сокращение средней продолжительности госпитализации после трансплантации — $23,4 \pm 6,1$ против $27,8 \pm 7,3$ суток в контрольной группе ($p < 0,001$).

Выводы. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс является значимым независимым фактором риска возвратных инфекций мочевых путей после трансплантации почки у пациентов с сахарным диабетом. В гипотетической модели наличие ПМР увеличивало вероятность развития возвратной ИМП более чем в 3 раза. Комплексная оценка состояния мочевого пузыря, наличия ПМР, анамнеза инфекций и длительности сахарного диабета позволила сформировать прогностическую модель с $AUC=0,891$. Применение дифференцированного алгоритма профилактики ассоциировалось со снижением частоты возвратных ИМП и пиелонефрита трансплантата.

Зоирова Г.Х., Шокири У.Г., Химатуллозода М.
ЧАСТОТА И ГЕСТАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ ВАХШСКОГО РАЙОНА

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать долю преждевременных родов, их распределение по сроку беременности и сопутствующие состояния у женщин, родоразрешённых в Центральной больнице Вахшского района с января по август 2026 года.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный описательный анализ 1881 случая родов, зарегистрированного в отделении родовспоможения за указанный период. Выделены 32 случая преждевременных родов. Анализировали срок беременности, возраст женщин и зарегистрированные акушерские и соматические состояния. Единицей наблюдения являлся случай родов. Частоту рассчитывали относительно всех родов в учреждении, структуру преждевременных родов - относительно 32 случаев. Использовали абсолютные числа и доли с округлением до одного десятичного знака.

Результаты исследования. Доля преждевременных родов составила 1,7%: 32 из 1881 случая. Возраст женщин находился в пределах 20–41 года. На сроке 34–36 недель зарегистрировано 19 случаев (59,4%), на сроке 28–33 недели - 10 (31,3%), на сроке 22–27 недель - 3 (9,4%). Таким образом, на роды до 34 недель пришлось 13 из 32 случаев (40,6%), что существенно для оценки потребности учреждения в помощи недоношенным детям.

У девяти женщин (28,1%) в документации отмечались инфекции мочеполовых путей. Отягощённый акушерский анамнез и истмико-цервикальная недостаточность зарегистрированы каждый в восьми случаях (25,0%), многоплодная беременность - в шести (18,8%). Эти доли характеризуют отдельные признаки в группе преждевременных родов и не суммируются как взаимоисключающие причины.

Выводы. В исследованном массиве большинство преждевременных родов произошло на сроке 34-36 недель. При этом два из пяти случаев относились к срокам менее 34 недель. Полученное распределение может использоваться при планировании акушерской и неонатальной помощи.

**Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Вохидова М.А.,
ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь иммуновоспалительных и метаболических нарушений с тяжестью гнойно-некротического процесса и определить их прогностическую значимость у больных рожистым воспалением на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Проведено моделируемое сравнительное исследование 110 пациентов с гнойно-некротическими формами рожистого воспаления и сопутствующим сахарным диабетом. Основную группу составили 60 пациентов, получавших усовершенствованное лечение с индивидуализированной хирургической тактикой, антиоксидантной и иммунокорригирующей терапией; контрольную группу — 50 пациентов, которым проводилось традиционное лечение. Оценивали уровни С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), малонового диальдегида (МДА), HbA1c, сроки очищения и заживления ран, частоту послеоперационных осложнений и рецидивов. Для межгруппового сравнения использовали t-критерий Стьюдента и χ^2 -критерий, для определения независимых факторов риска — многофакторный логистический регрессионный анализ. Диагностическую эффективность показателей оценивали методом ROC-анализа. Такой набор показателей и статистических методов соответствует предусмотренному дизайну исследования.

Результаты исследования. В модели у пациентов основной группы отмечено более выраженное снижение воспалительной активности. Концентрация СРБ после лечения составила $38,6 \pm 12,4$ мг/л против $57,9 \pm 16,8$ мг/л в контрольной группе ($p < 0,001$), ИЛ-6 — $18,7 \pm 6,3$ против $29,4 \pm 9,1$ пг/мл ($p < 0,001$), МДА — $4,2 \pm 0,9$ против $5,6 \pm 1,2$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Средняя продолжительность заживления раневого дефекта была ниже в основной группе — $24,6 \pm 6,8$ против $31,8 \pm 8,4$ суток ($p < 0,001$). Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 8 (13,3%) пациентов основной группы и у 15 (30,0%) пациентов контрольной группы ($\chi^2 = 4,52$; $p = 0,033$). Рецидив заболевания в течение 6 месяцев отмечен соответственно у 7 (11,7%) и 13 (26,0%) пациентов ($\chi^2 = 3,61$; $p = 0,057$). По данным многофакторного регрессионного анализа, независимыми предикторами осложнённого течения являлись повышенный HbA1c (OR=1,72; 95% ДИ 1,18–2,51; $p = 0,005$), СРБ (OR=1,04; 95% ДИ 1,01–1,07; $p = 0,012$) и ИЛ-6 (OR=1,08; 95% ДИ 1,02–1,15; $p = 0,009$). ROC-анализ показал высокую прогностическую способность модели: AUC=0,887 (95% ДИ 0,817–0,957; $p < 0,001$). Оптимальным пороговым значением СРБ являлся уровень ≥ 52 мг/л, чувствительность — 81,5%, специфичность — 84,0%.

Выводы. Комплексная оценка СРБ, ИЛ-6, МДА и HbA1c позволяет объективизировать выраженность системного воспаления и метаболических нарушений у больных гнойно-некротическими формами рожистого воспаления на фоне сахарного диабета. В гипотетической модели высокие значения СРБ, ИЛ-6 и HbA1c ассоциировались с повышенным риском осложнённого течения заболевания. Использование совокупности клинико-лабораторных предикторов может служить основой для персонализированной стратификации риска и выбора хирургической тактики.

**Зокиров Р.А., Зубайдов Т.У., Абдурасулов Р.Н.
ОПТИМИЗАЦИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ЗАКРЫТИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

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

Цель исследования. Повышение эффективности реконструктивного этапа лечения глубоких ожоговых ран нижних конечностей у больных сахарным диабетом путём совершенствования способа окончательного закрытия подготовленного раневого дефекта.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование 80 пациентов с подготовленными глубокими ожоговыми ранами нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Пациенты были распределены на две группы по 40 человек. В V группе выполнялась традиционная аутодермопластика, в VI группе применялся разработанный усовершенствованный способ окончательного закрытия ожоговой раны. Оценивали степень приживления кожного трансплантата, частоту послеоперационных осложнений, необходимость повторной аутодермопластики, сроки эпителизации, сохранение конечности, продолжительность госпитализации и общую эффективность лечения.

Результаты исследования. Полное приживление кожного трансплантата ($>95\%$) достигнуто у 29 (72,5%) пациентов V группы и у 38 (95,0%) пациентов VI группы ($p = 0,007$). Средняя площадь приживления составила соответственно $88,7 \pm 8,9\%$ и $97,4 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$). Частота послеоперационных осложнений снизилась с 25,0% до 5,0%, необходимость повторной аутодермопластики — с 20,0% до 2,5%. Полная эпителизация в течение 30 суток отмечена у 72,5% пациентов традиционной группы и у 95,0% пациентов основной группы. Средняя продолжительность госпитализации сократилась с 29,8 до 22,6 суток, а доля хороших результатов лечения увеличилась с 75,0% до 95,0%.

Выводы. Разработанный способ окончательного закрытия глубоких ожоговых ран обеспечивает более благоприятные условия для приживления свободного кожного трансплантата и репаративной регенерации. Его применение позволяет повысить частоту полного приживления трансплантата, снизить послеоперационные осложнения и потребность в повторных реконструктивных вмешательствах, сократить сроки госпитализации и улучшить непосредственные результаты лечения.

Зокиров Р.А., Мамаджонов И.А., Абдурашулов А.А.
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2
ТИПА

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

Цель исследования. Определить клинико-метаболические и трофические факторы, ассоциированные с развитием гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической холецистэктомии у больных сахарным диабетом 2-го типа, и разработать модель прогнозирования индивидуального риска.

Материал и методы. Проведено гипотетическое ретроспективно-проспективное сравнительное исследование 120 больных сахарным диабетом 2-го типа, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. В основную группу вошли 60 пациентов с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями, в контрольную — 60 пациентов без инфекционных осложнений. Изучали длительность сахарного диабета, индекс массы тела, уровень HbA1c, наличие диабетической микроангиопатии, концентрацию С-реактивного белка (СРБ), общего белка и альбумина, локальную температуру тканей, показатели микроциркуляции и особенности заживления троакарных ран. Статистический анализ включал критерии χ^2 , Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена, многофакторную логистическую регрессию с расчетом OR и 95% ДИ, а также ROC-анализ с определением AUC, чувствительности и специфичности.

Результаты исследования. У пациентов с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями выявлены статистически значимо более высокие значения HbA1c — $9,1 \pm 1,4\%$ против $7,4 \pm 1,1\%$ в контрольной группе ($p < 0,001$), СРБ — $48,6 \pm 18,2$ против $19,7 \pm 9,5$ мг/л ($p < 0,001$) и более длительное течение сахарного диабета — $12,3 \pm 5,1$ против $8,1 \pm 4,3$ года ($p < 0,001$). Диабетическая микроангиопатия встречалась у 38 (63,3%) пациентов основной группы и у 18 (30,0%) контрольной ($\chi^2 = 13,24$; $p < 0,001$). Снижение показателей микроциркуляции в области предполагаемого троакарного доступа отмечено у 41 (68,3%) и 16 (26,7%) пациентов соответственно ($\chi^2 = 21,63$; $p < 0,001$).

По данным многофакторного логистического регрессионного анализа независимыми предикторами развития гнойно-воспалительных осложнений являлись HbA1c $\geq 8,5\%$ (OR=2,84; 95% ДИ 1,62–4,97; $p < 0,001$), диабетическая микроангиопатия (OR=3,71; 95% ДИ 1,74–7,92; $p < 0,001$), выраженное нарушение микроциркуляции тканей передней брюшной стенки (OR=4,26; 95% ДИ 2,01–9,03; $p < 0,001$) и СРБ ≥ 30 мг/л (OR=2,63; 95% ДИ 1,39–4,98; $p = 0,003$).

Наиболее сильная ассоциация выявлена между нарушением микроциркуляции и развитием послеоперационной инфекции ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Разработанная прогностическая модель продемонстрировала высокую диагностическую эффективность: AUC=0,914 (95% ДИ 0,859–0,969; $p < 0,001$). При оптимальном пороге ≥ 7 баллов чувствительность модели составила 88,3%, специфичность — 86,7%, положительная прогностическая ценность — 84,1%, отрицательная прогностическая ценность — 90,3%.

Выводы. У больных сахарным диабетом 2-го типа нарушение компенсации углеводного обмена, диабетическая микроангиопатия, повышение СРБ и снижение микроциркуляции тканей передней брюшной стенки являются значимыми факторами риска гнойно-воспалительных осложнений после лапароскопической холецистэктомии. Многофакторная прогностическая модель с AUC 0,914 позволяет с высокой точностью выделять пациентов группы повышенного риска. Использование прогностической шкалы с порогом ≥ 7 баллов может служить основой для индивидуализации профилактических мероприятий и послеоперационного наблюдения.

Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ И РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнить отдалённые результаты баллонной митральной вальвулопластики (БМВ), выполненной под рентгеноскопической и эхокардиографической (ЭхоКГ) навигацией.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 358 пациентов с ревматическим митральным стенозом, которым в 2014–2024 гг. выполнена БМВ по методике Inoue. В I группу вошли 219 пациентов, оперированных под рентгеноскопическим контролем, во II группу — 139 пациентов, которым вмешательство выполнено с использованием ЭхоКГ навигации (в том числе 5 — полностью без рентгеноскопии). Средняя продолжительность наблюдения составила $56,6 \pm 2,1$ месяца (2–115 месяцев). Первичной конечной точкой являлось сохранение эффективной площади митрального отверстия (МО) $\geq 1,5$ см² в отдалённом периоде. Вторичными конечными точками считали общую смертность, госпитализацию по поводу хронической сердечной недостаточности (ХСН), повторную БМВ, хирургическую коррекцию митрального клапана и комбинированную конечную точку. Анализ выживаемости проводили методом Каплана-Мейера.

Результаты исследования. В обеих группах достигнутый после вмешательства гемодинамический эффект сохранялся в течение всего периода наблюдения. В группе ЭхоКГ навигации площадь МО увеличилась с $0,98 \pm 0,17$ до $1,84 \pm 0,24$ см² непосредственно после вмешательства и составила $1,79 \pm 0,26$ см² в отдалённом периоде наблюдения. Аналогичная динамика отмечена в группе рентгеноскопической навигации (с $0,98 \pm 0,18$ до $1,88 \pm 0,27$ см² и $1,82 \pm 0,29$ см² соответственно), без статистически значимых различий между группами ($p > 0,05$). По данным анализа Каплана-Мейера общая выживаемость составила 92,6% в I группе и 94,7% во II группе. Свобода от госпитализации по поводу ХСН достигла 92,6% и 94,7%, а свобода от неблагоприятных сердечно-сосудистых событий — 76,0% и 80,0% соответственно. Статистически значимых различий между кривыми выживаемости не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. ЭхоКГ навигация при БМВ обеспечивает сохранение достигнутого гемодинамического эффекта в отдалённом периоде и характеризуется долгосрочными клиническими результатами, сопоставимыми с традиционной рентгеноскопической методикой. Использование ЭхоКГ контроля позволяет минимизировать лучевую нагрузку без ухудшения эффективности.

Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у пациентов с ревматическим митральным стенозом (МС), осложненным фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 115 пациентов с ревматическим МС и ФП, которым выполнена БМВ по методике Inoue. Перед вмешательством всем пациентам выполнялась трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), а при наличии ФП — транспищеводная ЭхоКГ для исключения тромбоза ушка левого предсердия. Показаниями к вмешательству являлись симптомный МС с площадью митрального отверстия (МО) $\leq 1,5$ см² и благоприятной морфологией клапана. Эффективность вмешательства оценивали по динамике площади МО, среднего трансмитрального градиента, давления в левом предсердии, систолического давления в легочной артерии и степени митральной регургитации.

Результаты исследования. Технический успех вмешательства достигнут у подавляющего большинства пациентов. После выполнения БМВ площадь МО увеличилась в среднем с $1,02 \pm 0,18$ до $1,98 \pm 0,29$ см², средний трансмитральный градиент снизился с $16,4 \pm 3,1$ до $5,2 \pm 1,6$ мм рт.ст. Среднее давление в левом предсердии уменьшилось с $53,3 \pm 5,2$ до $17,2 \pm 3,4$ мм рт.ст., а систолическое давление в легочной артерии — с $57,6 \pm 10,4$ до $34,5 \pm 7,8$ мм рт.ст. После вмешательства отмечено достоверное улучшение функционального состояния пациентов и уменьшение выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности. Развитие тяжелой митральной регургитации наблюдалось редко и не оказало существенного влияния на общий непосредственный успех процедуры.

Выводы. Баллонная митральная вальвулопластика по методике Inoue обеспечивает высокую непосредственную эффективность у пациентов с ревматическим митральным стенозом, осложненным фибрилляцией предсердий. Несмотря на более выраженные исходные гемодинамические нарушения, вмешательство сопровождается значительным улучшением внутрисердечной гемодинамики и может рассматриваться как эффективный метод лечения данной категории больных.

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Салиева С.А.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить независимые предикторы развития ранних неврологических осложнений (инсульт, ТИА, делирий, энцефалопатия, судороги) после хирургического лечения аневризм восходящего отдела и дуги аорты и оценить их дискриминационную способность.

Материал и методы. Из 54 пациентов, перенёвших операции на восходящем отделе и дуге аорты, у 19 (35,2%) развились неврологические осложнения; 35 пациентов составили группу без осложнений. Проведён сравнительный анализ групп по демографическим показателям, коморбидной патологии, интраоперационным временным параметрам, частоте гемодинамической нестабильности, дооперационным лабораторным показателям и интраоперационным гемодинамическим параметрам. Диагностическая значимость количественных предикторов оценивалась методом ROC-анализа с расчётом площади под кривой (AUC) и 95% доверительного интервала (ДИ). Для определения независимых предикторов выполнен многофакторный логистический регрессионный анализ.

Результаты исследования. Группы с осложнениями и без осложнений не различались по возрасту ($48,05 \pm 3,42$ против $46,51 \pm 2,37$ года; $p=0,713$), доле пациентов старше 65 лет (10,5% против 11,4%; $p=0,725$), женскому полу (31,6% против 17,1%; $p=0,382$), частоте фибрилляции предсердий (15,8% против 17,1%; $p=0,799$), атеросклероза (36,8% против 37,1%; $p=0,785$) и хронической болезни почек (10,5% против 11,4%; $p=0,725$), а также по дооперационным лабораторным показателям. Продолжительность ИК была статистически значимо выше у пациентов с осложнениями ($256,9 \pm 11,6$ против $206,7 \pm 9,6$ мин; $p=0,0016$), как и время окклюзии аорты ($140,95 \pm 8,2$ против $110,37 \pm 6,2$ мин; $p=0,0045$); длительность циркуляторного ареста имела лишь тенденцию к увеличению ($44,95 \pm 5,64$ против $33,8 \pm 3,21$ мин; $p=0,0918$). Частота гемодинамической нестабильности между группами значимо не различалась (21,1% против 11,4%; $\chi^2=0,302$; $p=0,583$). Максимальное интраоперационное систолическое АД было достоверно ниже в группе осложнений ($120,4 \pm 4,4$ против $132,0 \pm 3,3$ мм рт.ст.; $p=0,0399$). По данным ROC-анализа наибольшей дискриминационной способностью в отношении неврологических осложнений обладало время ИК: AUC=0,75 (95% ДИ 0,62–0,88; $p=0,00015$). Время окклюзии аорты характеризовалось AUC=0,72 (95% ДИ 0,47–0,97; $p=0,088$), а интегральный показатель времени ареста — AUC=0,63 (95% ДИ 0,46–0,79; $p=0,13$). Среди гемодинамических параметров максимальное систолическое АД имело наиболее высокое значение AUC=0,78 (95% ДИ 0,43–1,00; $p=0,112$). По результатам много-

факторного логистического регрессионного анализа независимыми предикторами развития неврологических осложнений оказались: длительность ИК (ОШ=1,018 на 1 мин; 95% ДИ 1,005–1,032; $p=0,008$), время окклюзии аорты (ОШ=1,012 на 1 мин; 95% ДИ 1,001–1,024; $p=0,041$) и максимальное интраоперационное систолическое АД (ОШ=0,962 на 1 мм рт. ст.; 95% ДИ 0,928–0,993; $p=0,027$).

Вывод. Независимыми предикторами развития ранних неврологических осложнений после хирургии аневризм восходящего отдела и дуги аорты являются длительность ИК, время окклюзии аорты и максимальное интраоперационное систолическое артериальное давление.

Ибадов Р.А., Азимова М.Т., Ибрагимов С.Х.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ТЯЖЁЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ, ПОТРЕБОВАВШИХ ПРОВЕДЕНИЯ SPAD-ТЕРАПИИ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-демографическую структуру и характер тяжёлых осложнений, потребовавших применения однопроходного альбуминового диализа (SPAD), у реципиентов трансплантации печени от живого родственного донора.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы клинические данные 19 реципиентов родственной трансплантации печени (2017–2026 гг.), у которых развились тяжёлые осложнения раннего послеоперационного периода, потребовавшие проведения SPAD-терапии. Оценивались демографические характеристики (возраст, пол), спектр зафиксированных осложнений по данным истории болезни, потребность в сочетании SPAD с диализом септической колонки как маркер тяжести полиорганной дисфункции, длительность госпитализации и итоговый 30-дневный госпитальный исход.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 41,4 года (диапазон 14–68 лет), преобладали женщины (14 из 19; 73,7%). Диагноз или анамнез, непосредственно связанный с трансплантацией печени или циррозом печени, зафиксирован у 12 из 19 пациентов (63,2%). В структуре зарегистрированных осложнений наиболее часто фигурировали дисфункция трансплантата и острая печёночная недостаточность, полиорганная недостаточность, а также сепсис и септический шок. У части пациентов дополнительно зарегистрированы тромбоз печёночной артерии или воротной вены, острое отторжение трансплантата, стриктура билиарного анастомоза с билиарным сепсисом и гепаторенальный синдром — то есть спектр осложнений включал как хирургические (сосудистые, билиарные), так и иммунологические и инфекционные причины дисфункции трансплантата. У 7 из 19 пациентов (36,8%) потребовалось сочетание SPAD с диализом септической колонки, что отражает наиболее тяжёлый вариант течения полиорганной недостаточности с выраженным септическим компонентом. Медиана длительности госпитализации в этой группе составила 14,5 суток (диапазон 5–67 суток). Госпитальная 30-дневная летальность составила 21,1% (4 из 19 пациентов).

Выводы. Реципиенты печени, у которых развиваются осложнения, требующие проведения SPAD-терапии, представляют собой крайне тяжёлую и гетерогенную по этиологии дисфункции трансплантата когорту, в клинической картине которой доминируют полиорганная недостаточность и сепсис на фоне хирургических, иммунологических и инфекционных причин повреждения трансплантата. Более трети пациентов нуждались в комбинированной экстракорпоральной поддержке (SPAD в сочетании с диализом септической колонки), что может служить маркером наибольшей тяжести состояния и потенциальным критерием стратификации риска при определении показаний к расширенной органной поддержке у реципиентов печени.

Идиев Н.М., Сараев А.Р., Факиров Х.З.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕГРАДНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

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

Цель исследования. Изучение осложнений антеградных холангиостомий для последующего улучшения качества оказания хирургической помощи больным с острым холангитом.

Материал и методы. Пациенты с острым холангитом находились на лечении в хирургических отделениях ГУ ЦСМП г. Душанбе в период с 2017 по 2026 гг. Пациентам при неэффективности эндоскопических методов выполнены 57 операций ЧЧХС. Антеградные вмешательства проводились под ультразвуковым и рентгенотелевизионным контролем. Дренирование проводили под местной анестезией. После установки по проводнику холангиостомы проводилась прямая холангиография с применением контрастного раствора для определения уровня и протяжённости блока желчных протоков. Сроки наблюдения за пациентами после выписки составили от нескольких недель до года.

Результаты исследования. Все осложнения ЧЧХС мы разделяем на интраоперационные и послеоперационные. Последние на осложнения раннего (1-е сутки после ЧЧХС) и позднего послеоперационного периодов. Также осложнения разделяем на общие, характерные для всех видов холангиостом, и специфические, характерные для конкретного вида оперативного пособия. В общих осложнениях выделяем ранние (в процессе операции или в течение первых суток после нее) и поздние (позднее первых суток после операции). К общим ранним осложнениям относятся: кровотечение, которое наблюдалось у 1 (1,75%) больного, повреждение стомируемого органа — у 1 (1,75%) больного, анафилактические реакции — также у 1 (1,75%), неправильная установка дренажа — у 2 (3,51%) больных. Общими поздними осложнениями являются: дислокация дренажа, наблюдавшаяся в 1 (1,75%) случае, кровотечение — в 1 (1,75%), закупорка стента — в 6 (10,53%) случаях. Специфическими осложнениями при антеградном билиарном дренировании являются: острый послеоперационный реактивный панкреатит — 8 (14,04%) случаев, острый холецистит — 2 (3,51%), продолжающийся холангит — 6 (10,53%), пролежень и перфорация холедоха — 1 (1,75%), обструкция сегментарного печеночного

протока – 1 (1,75%), подтекание желчи в свободную брюшную полость – 1 (1,75%) случай. Кроме того, у некоторых пациентов одновременно наблюдались несколько из перечисленных осложнений. Например, закупорка дренажа по той или иной причине (гноем, фибрином или сгустком крови), непременно поддерживающая холангит. В нашем исследовании летальность в сроки до 30 дней после операции составила 7% (4 пациента). Причиной летальности в одном случае явился панкреонекроз на фоне полиорганной недостаточности, 3 больных погибли от основного заболевания (полиорганной недостаточности), несмотря на адекватную декомпрессию билиарной системы и комплексную дезинтоксикационную, гепатопротекторную и заместительную терапию.

Нами изучен каждый конкретный случай осложнений, что позволило выработать алгоритм профилактики и лечения описанных осложнений. Одним из важных приоритетов профилактики осложнений на наш взгляд является необходимость проведения холангиостомии инкурабельных пациентов как можно раньше.

Выводы. Более широкое внедрение в хирургическую практику дренирующих желчные пути операций расширяет возможности оказания хирургической помощи больным с острым холангитом. Однако холангиостомия приводит к появлению специфических осложнений, анализ которых позволяет разработать алгоритмы их диагностики, лечения и профилактики, добиться лучших результатов в лечении тяжёлых больных.

Икромова П.Ф., Додхоева М.Ф., Абдуллоева Р.А.

ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

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

Цель исследования. Определить возрастные особенности репродуктивного анамнеза у беременных женщин.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 4018 историй родов женщин в возрасте 18–44 лет. В зависимости от возраста пациентки были распределены на шесть групп: ≤ 20 , 21–24, 25–29, 30–34, 35–39 и ≥ 40 лет. Оценивали частоту искусственных прерываний беременности, самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, преждевременных и срочных родов, а также гинекологической патологии в анамнезе. Межгрупповые различия оценивали с использованием критерия χ^2 Пирсона; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Выявлены выраженные возрастные различия в структуре репродуктивного анамнеза. Частота самопроизвольных выкидышей увеличивалась с 5,4% среди женщин ≤ 20 лет до 25,9% в возрасте ≥ 40 лет, то есть почти в 5 раз ($p < 0,001$). Частота неразвивающейся беременности возрастала с 0,9% до 6,9%, более чем в 7 раз ($p < 0,001$).

Частота искусственного прерывания беременности также увеличивалась с возрастом — с 16,0% в группе ≤ 20 лет до 41,4% среди женщин ≥ 40 лет ($p < 0,001$). Гинекологическая патология отмечалась более чем у 90% женщин во всех возрастных группах, достигая 98,2% в группе 35–39 лет ($p = 0,003$).

Статистически значимых различий по частоте преждевременных родов в анамнезе между возрастными группами не выявлено ($p = 0,558$).

Выводы. С увеличением возраста беременной отмечается более высокая частота отягощающих факторов репродуктивного анамнеза. Наиболее выраженные различия установлены для самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей, частота которых в группе ≥ 40 лет была почти в 5 и более чем в 7 раз выше соответственно, чем у женщин ≤ 20 лет. Полученные данные свидетельствуют о необходимости учета возраста и особенностей репродуктивного анамнеза при проведении прегравидарной подготовки и антенатального наблюдения.

Икромова П.Ф., Додхоева М.Ф., Кодирова С.Г.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

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

Цель исследования. Изучить возрастную зависимость неблагоприятных перинатальных исходов у женщин различных возрастных групп.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 4018 историй родов женщин в возрасте от 18 до 44 лет. Обследованные были распределены на шесть возрастных групп: ≤ 20 , 21–24, 25–29, 30–34, 35–39 и ≥ 40 лет. Оценивали частоту ранней неонатальной смертности, асфиксии новорождённых, рождения крупного плода, антенатальной и интранатальной гибели плода, низкой (< 2500 г) и очень низкой (< 1500 г) массы тела при рождении, а также оценки по шкале Апгар < 7 баллов на 1-й и 5-й минутах жизни. Статистическую значимость различий оценивали с использованием критерия χ^2 Пирсона; различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Выявлена неоднородная возрастная зависимость изученных перинатальных исходов. Наиболее выраженные различия отмечены в отношении ранней неонатальной смертности, асфиксии новорождённых и рождения крупного плода. Частота рождения крупного плода увеличивалась с 1,80% у женщин ≤ 20 лет до 13,33% в группе ≥ 40 лет ($p < 0,001$). Ранняя неонатальная смертность достигала 6,67% среди женщин ≥ 40 лет против 0,37% в возрасте 25–29 лет ($p < 0,05$). Частота асфиксии новорождённых в группе ≥ 40 лет составляла 5,00% против 0,19% среди женщин 25–29 лет ($p < 0,05$).

Для оценки по шкале Апгар < 7 баллов на 1-й минуте ($\chi^2 p = 0,012$) и на 5-й минуте ($\chi^2 p = 0,018$) выявлены статистически значимые межгрупповые различия. При этом последовательного увеличения показателя с возрастом не установлено. Для антенатальной и интранатальной гибели плода, а также низкой и очень низкой массы тела при рождении статистически значимой возрастной зависимости не выявлено.

Выводы. Материнский возраст ассоциирован с отдельными неблагоприятными перинатальными исходами. Наиболее выраженные возрастные различия установлены для ранней неонатальной смертности, асфиксии новорож-

дённных и рождения крупного плода, которые наблюдались в возрастной группе ≥ 40 лет. Полученные результаты подчёркивают необходимость дифференцированного акушерского и перинатального наблюдения женщин в период беременности и родов с учётом возраста, особенно в старших возрастных группах.

Ильхомова М.Р., Равшанов Ш.У.

ПРЕГРАВИДАРНЫЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра Акушерства и гинекологии №3 Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Цель исследования. Изучить структуру и частоту прегравидарных клинико-анамнестических характеристик у женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) и оценить особенности сочетания метаболических, соматических и репродуктивных факторов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 110 беременных женщин с диагностированным ГСД, находившихся под наблюдением и лечением в Родильном комплексе №1 г. Самарканда. Из историй болезни извлекались сведения о возрасте, индексе массы тела (ИМТ) до беременности, семейном анамнезе сахарного диабета, предыдущем ГСД, синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), хронической экстрагенитальной патологии, артериальной гипертензии, особенностях гинекологического и репродуктивного анамнеза, репродуктивных потерях и предшествующих внутриматочных вмешательствах. ИМТ рассчитывали по формуле Кетле; избыточную массу тела определяли при ИМТ $25,0\text{--}29,9\text{ кг/м}^2$, ожирение — при ИМТ $\geq 30,0\text{ кг/м}^2$. Отдельно учитывали осложнения текущей беременности. Статистический анализ носил описательный характер. Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$, качественные — абсолютных значений и процентов.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных составил $31,4 \pm 5,2$ года (21–43 года), средний ИМТ до беременности — $27,6 \pm 4,1\text{ кг/м}^2$. Избыточная масса тела выявлена у 46 (41,8%) женщин, ожирение — у 38 (34,5%); в целом ИМТ $\geq 25\text{ кг/м}^2$ отмечался у 84 (76,4%) пациенток. Хроническая экстрагенитальная патология зарегистрирована у 82 (74,5%) женщин, артериальная гипертензия — у 18 (16,4%). Семейный анамнез сахарного диабета отмечен у 29 (26,4%) пациенток, предыдущий ГСД — у 13 (11,8%), СПКЯ — у 15 (13,6%). Репродуктивные потери в анамнезе имели место у 39 (35,5%) женщин, предшествующие внутриматочные вмешательства — у 52 (47,3%), операции на органах малого таза — у 27 (24,5%). Инфекции, передаваемые половым путём, и/или воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе выявлены у 35 (31,8%) пациенток. Длительный приём лекарственных препаратов по поводу хронических соматических заболеваний отмечен у 29 (26,4%) женщин. У 68 (61,8%) пациенток выявлено сочетание двух и более прегравидарных клинико-анамнестических характеристик. Угроза прерывания беременности, потребовавшая госпитализации, зарегистрирована у 43 (39,1%) женщин и рассматривалась отдельно как осложнение текущей беременности.

Выводы. В исследуемой группе женщин с ГСД наиболее часто выявлялись повышенный ИМТ и хроническая экстрагенитальная патология. ИМТ $\geq 25\text{ кг/м}^2$ отмечался у 76,4% пациенток, включая 34,5% женщин с ожирением. Семейный анамнез сахарного диабета и предыдущий ГСД выявлялись у 26,4% и 11,8% обследованных соответственно. У большинства пациенток отмечалось сочетание нескольких прегравидарных клинико-анамнестических характеристик. Полученные результаты подчёркивают целесообразность комплексной оценки метаболического и соматического состояния женщин на этапе планирования беременности и своевременного выявления нарушений углеводного обмена.

Им В.М., Зуфаров М.М., Хамдамов С.К.

БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА ПО МЕТОДИКЕ INOUE У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ РЕВМАТИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдалённые результаты баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у пациентов с неосложнёнными формами ревматического митрального стеноза.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 243 пациентов с неосложнённым ревматическим митральным стенозом (синусовый ритм, отсутствие тромбоза левого предсердия и митральной регургитации более I степени), которым в 2014–2024 гг. выполнена БМВ по методике Inoue. Показаниями к вмешательству являлись клинические проявления заболевания, площадь митрального отверстия $\leq 1,5\text{ см}^2$ и средний трансмитральный градиент $> 10\text{ мм рт.ст.}$. Эффективность вмешательства оценивали по динамике площади митрального отверстия, трансмитрального градиента, давления в левом предсердии, степени митральной регургитации и результатам длительного наблюдения. Средняя продолжительность наблюдения составила $56,6 \pm 2,1$ месяца.

Результаты исследования. Баллонная митральная вальвулопластика сопровождалась выраженным улучшением внутрисердечной гемодинамики. Площадь митрального отверстия увеличилась с $0,97 \pm 0,18$ до $1,93 \pm 0,27\text{ см}^2$, средний трансмитральный градиент снизился с $15,5 \pm 3,2$ до $5,6 \pm 1,5\text{ мм рт.ст.}$, максимальное давление в левом предсердии — с $34,7 \pm 6,8$ до $12,5 \pm 3,4\text{ мм рт.ст.}$. Значимая митральная регургитация после вмешательства развивалась редко. В раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов отмечено значительное улучшение клинического состояния и уменьшение проявлений хронической сердечной недостаточности. В отдалённом периоде общая выживаемость составила 100%, а свобода от неблагоприятных сердечно-сосудистых событий — 88,5%. Полученные результаты свидетельствуют о стойком сохранении достигнутого гемодинамического эффекта после БМВ.

Выводы. Баллонная митральная вальвулопластика по методике Inoue является методом выбора у пациентов с неосложненными формами ревматического митрального стеноза, обеспечивая высокую непосредственную эффективность, благоприятные отдаленные результаты и длительное сохранение клинического и гемодинамического эффекта.

Исмаилов С.И., Умаров М.М., Камалов С.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.В. Вахидова». Узбекистан

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты эндоваскулярной реваскуляризации артерий голени у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 118 пациентов с критической ишемией нижних конечностей, которым выполнена транслюминальная баллонная ангиопластика артерий голени и стопы. Возраст пациентов составил от 52 до 86 лет (в среднем $64,0 \pm 3,8$ года). Мужчины составили 56,8% ($n=67$), женщины — 43,2% ($n=51$).

Степень поражения артериального русла оценивали согласно классификации TASC II (2007). Поражения типа C выявлены у 19 (15,8%) пациентов, типа D — у 101 (84,2%). Большинство пациентов имели мультифокальный атеросклероз и тяжелую сопутствующую патологию.

Окклюзионные поражения значительно преобладали над стенотическими. Окклюзия передней большеберцовой артерии диагностирована у 77,5% больных, задней большеберцовой — у 85,8%, малоберцовой — у 54,2%. Клинические проявления критической ишемии включали боли в покое у 66,9% пациентов и трофические нарушения у 72,0%.

Результаты исследования. Технический успех эндоваскулярного вмешательства достигнут в 97,5% случаев. Изолированная ангиопластика артерий голени выполнена 43,3% пациентов, комбинированная реваскуляризация бедренно-подколенно-берцового сегмента — 56,7%.

Имплантация стента потребовалась в 13 (10,8%) случаях вследствие гемодинамически значимой диссекции (в поверхностную бедренную артерию — 10 случаев, подколенную артерию — 3 случая).

Антеградный кровоток по артериям голени удалось восстановить у 108 (90%) пациентов, при этом прямой кровоток к стопе через переднюю или заднюю большеберцовую артерию достигнут у 76 (63,3%) больных. У 6 (5,0%) пациентов кровоснабжение стопы обеспечивалось через малоберцовую артерию. Лишь у 3 (2,5%) пациентов восстановить кровоток по артериям голени не удалось.

После вмешательства отмечено достоверное улучшение гемодинамических показателей: лодыжечно-плечевой индекс увеличился с $0,66 \pm 0,02$ до $0,88 \pm 0,05$ ($p < 0,05$).

Выводы. Эндоваскулярная реваскуляризация артерий голени является высокоэффективным и малоинвазивным методом лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Высокая техническая успешность вмешательства (97,5%) и восстановление антеградного кровотока у 90% больных сопровождаются значительным улучшением периферической гемодинамики. Полученные результаты подтверждают, что ангиопластика артерий голени может рассматриваться как метод первой линии при лечении пациентов с КИНК и тяжелым многоуровневым поражением артериального русла.

Исмаилова З.Э., Икромов М.К., Солиева Ш.А.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА

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

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость и возможности компьютерной томографии (КТ) височных костей в выявлении холестеатомы среднего уха на начальных этапах ее формирования для оптимизации тактики шагающего хирургического лечения.

Материал и методы. На базе Национального медицинского центра республики Таджикистан «Шифобахш» проведено комплексное обследование и динамическое наблюдение 30 пациентов с хроническими заболеваниями среднего уха, подозрительными на наличие холестеатомы. По характеру поражения анатомических структур пациенты распределились на три группы: хронический эптитимпанит — 15 человек (50,0%), хронический мезотимпанит — 10 человек (33,3%), сочетанный хронический эпимезотимпанит — 5 человек (16,7%). Всем больным в обязательный протокол предхирургического обследования включалась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) височных костей с шагом сканирования менее 0,5–1 мм с последующим сопоставлением результатов томографии с интраоперационными данными.

Результаты исследования. В ходе исследования МСКТ продемонстрировала высокую точность в диагностике ранних признаков холестеатомы во всех группах. У 15 пациентов с эптитимпанитом и 5 пациентов с эпимезотимпанитом на томограммах четко визуализировалось мягкотканное субстратное затенение в анатомически труднодоступных зонах — аттике (эпитимпануме), пространстве Пруссак и антруме. В группе с мезотимпанитом (10 человек) КТ позволила своевременно выявить скрытое распространение процесса в область синуса тимпани (барабанная пазуха). Благодаря ранней КТ-диагностике у всех 30 обследованных пациентов было установлено, что патологический процесс локализовался исключительно в пределах барабанной полости, без распространения в глубокие отделы сосцевидного отростка. Выявление холестеатомы на этой «докритической» стадии позволило кардинально изменить хирургическую

тактику в сторону щадящих подходов. Вместо травматичных радикальных операций объем хирургического вмешательства ограничивался только аттикотомией или бережной санацией барабанной полости с последующей одномоментной тимпанопластикой. Это позволило полностью санировать очаг инфекции, сохранив исходную анатомию наружного слухового прохода и добившись высоких слухосохраняющих результатов.

Выводы. Нужно отметить, что компьютерная томография височных костей по сегодняшний день остается золотым стандартом диагностики. Внедрение МСКТ в обязательный протокол обследования позволяет зафиксировать холестеатому на этапе ее изоляции в барабанной полости при всех формах отита (включая эпи-, мезо- и эпимезотимпаниты), и предупредить возникновение грозных осложнений. Это дает хирургу объективную возможность полностью отказаться от расширенных деструктивных вмешательств в пользу малоинвазивной санации (аттикотомии) с сочетанной одномоментной реконструкцией звукопроводящего аппарата.

Исмоилова М.А., Муродова П.Ф., Хасанова С.А.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость эндоскопического исследования полости носа и околоносовых пазух при выявлении воспалительных и структурных заболеваний ОНП.

Материал и метод. Исследование было проведено на базе ЛОР-клиники ГУ НМЦ «Шифобахш». В исследование были включены 28 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с подозрением на заболевание ОНП. Всем пациентам проводили сбор анамнеза и эндоскопическое исследование полости носа с использованием гибкого эндоскопа. В ходе эндоскопии оценивали состояние слизистой оболочки, наличие патологического отделяемого, выраженность отёка и гиперемии, состояние среднего носового хода и области естественных соустьев ОНП.

Результаты исследования. Эндоскопическое изменение в полости носа и области естественных соустьев ОНП выявлены у большинства обследованных пациентов. Наиболее часто определялись отёк и гиперемия слизистой оболочки – у 22 пациентов (78,5%), патологическое отделяемое – у 18 (64,2%) гипертрофия слизистой оболочки носовых раковин у 10(35,7%).

Выводы. Эндоскопическое исследование полости носа позволяет непосредственно оценить состояние слизистой оболочки, выявить патологическое отделяемое, отёк и структурные изменения в области среднего носового хода и естественных соустьев ОНП. Полученные данные свидетельствуют о высокой диагностической значимости эндоскопии как информативного метода выявления воспалительных и структурных изменений при заболеваниях ОНП.

Ишан-Ходжаева Ф.Р., Ниаури Д.А.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Акушерский отдел ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ.

Цель исследования. Выявить причины различий распространенности преждевременных родов (ПР) в Согдийской и Хатлонской областях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проанализированы данные официальной статистики по регионам Республики Таджикистан за 2016, 2019-2024 годы. При анализе использован метод двухфакторного детерминированного анализа чувствительности потенциального недоучета. Для оценки различий качественных медико-социальных и поведенческих характеристик использовали критерий χ^2 Пирсона, при наличии ожидаемых частот менее 5 – точный критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Распространенность ПР Согдийской области (4,8%; 6,4%; 5,7%; 6,1%; 5,5%), на протяжении всего периода наблюдения (2016, 2019-2024 годы) стабильно превышала аналогичные показатели Хатлонской области (3,8%; 4,2%; 4,1%; 5,4%; 4,4%).

Показано, что на недоучет ПР оказывают влияние частота домашних родов (8% – в Хатлоне и 2% - в Сугде). Поскольку частота ПР среди домашних родов и полнота их регистрации неизвестны, варьировали одновременно два параметра: частота ПР среди домашних родов: 5%, 7%, 10% и полнота регистрации домашних ПР: 50%, 60%, 70%, 80%, 90%. При самой высокой полноте регистрации (90%) домашних ПР потенциальный недоучет может составлять около 41–83 случаев в Хатлонской области и 6–12 случаев в Согдийской области.

Фактором, который может влиять на правильность регистрации ПР, является уровень организации, доступности перинатальной помощи и качественное антенатальное наблюдение. Установлено, что в Согдийской области охват квалифицированным АНУ был достоверно выше по сравнению с Хатлонской областью ($\chi^2=11\,513,9$; $p < 0,001$). Наиболее выраженные различия выявлены по соблюдению нормативной кратности антенатальных визитов ($\chi^2=27716,7$; $p < 0,001$). В Хатлонской области низкий показатель качества антенатального наблюдения может приводить к гиподиагностике ПР за счет ошибочной регистрации ПР как срочных.

На частоту ПР также оказывают влияние частота подростковой беременности, которая имела региональные различия (Сугд - 9,5%, Хатлон – 6,7%. (RR=1,41; 95% ДИ 0,94–2,12).

По данным TjDHS-2023, распространённость ожирения среди женщин репродуктивного возраста различалась между регионами: в Согдийской области ожирение выявлялось у 37,5% женщин (810 из 2160), тогда как в Хатлонской области — у 24,0% (632 из 2634) [301]. Различия были статистически значимыми ($\chi^2=98,6$; $p < 0,001$; $RR=1,56$; 95% ДИ 1,45–1,68).

Выводы. Более высокие показатели частоты ПР в Согдийской области ассоциируются с более эффективной реализацией перинатального патронажа, менее выраженным недоучетом, особенностями репродуктивного поведения женщин и более высокой частотой ожирения среди женщин репродуктивного возраста.

Кадырова З.У., Сангинов Д.Р., Рахматов М.Т.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ (ERAS)

1. ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

2. Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Анализ современных данных литературы о клинической, социальной и экономической эффективности внедрения протоколов ERAS при хирургическом лечении рака ободочной кишки.

Материалы и методы исследования. Аналитический метод: анализ публикаций из международных баз данных за 2012-2025 гг. (GLOBOCAN, Scopus, PubMed, Library, РИНЦ). Системный анализ: изучение результатов клинических исследований, систематических обзоров и метаанализов. Оригинальные исследования по применению ERAS в колоректальной хирургии. Результаты клинических испытаний и метаанализов. Данные региональных исследований по заболеваемости раком ободочной кишки.

Результаты исследования. Рак ободочной кишки занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и смертности населения. Согласно данным международной базы онкологической статистики GLOBOCAN (2022), ежегодно в мире регистрируется около 1,9 млн новых случаев колоректального рака, при этом смертность достигает около 935 тыс. случаев в год. Колоректальный рак занимает третье место по распространённости среди злокачественных новообразований и второе место среди причин смерти от онкологических заболеваний. Анализ данных современной литературы свидетельствует о том, что программа ускоренного выздоровления в хирургии рака ободочной кишки обладает доказанной клинической эффективностью, способствует улучшению социальной реабилитации пациентов и обеспечивает экономическую целесообразность её внедрения. По данным зарубежных исследований, внедрение ПУВ позволяет снизить прямые затраты на лечение одного пациента в среднем на 15–30 %. Сокращение койко-дня на 2–5 суток приводит к значительной экономии ресурсов стационара. В пересчёте на один хирургический койко-день экономический эффект может составлять от 200 до 500 условных единиц, в зависимости от уровня оснащённости клиники и структуры затрат. В масштабах отделения это позволяет увеличить оборот койки на 20–30 % без расширения коечного фонда. Снижение частоты послеоперационных осложнений также оказывает выраженный экономический эффект. Лечение одного осложнения увеличивает стоимость госпитализации в среднем на 30–60 %, а при развитии тяжёлых инфекционных осложнений — более чем в 2 раза. Использование ПУВ за счёт профилактики осложнений позволяет существенно снизить эти затраты. Даже частичная реализация адаптированных элементов ПУВ потенциально позволяет сократить длительность госпитализации на 2–3 суток, снизить частоту осложнений на 15–25 % и оптимизировать использование материальных и кадровых ресурсов без значительных дополнительных финансовых вложений.

Выводы.

1. Программа ERAS демонстрирует высокую клиническую эффективность при лечении рака ободочной кишки.
2. Экономическая целесообразность программы подтверждается снижением затрат на лечение.
3. Необходима адаптация протокола ERAS с учетом региональных особенностей здравоохранения в РТ.

Кадырова З.У., Рахматов М.Т., Юлдошев Р.З.

АДЕКВАТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ОСНОВА ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

ГУ «РОНЦ» МЗСЗН РТ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Анализ стадийной структуры РПК (рак прямой кишки) и оценка распространённости опухолевого процесса у пациентов, проходивших специализированное лечение в Республиканском онкологическом научном центре Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 140 больных РПК, находившихся на лечении в урологопроктологическом отделении РОНЦ Республики Таджикистан в 2024 году. Возраст пациентов составил от 20 до 79 лет. Комплекс диагностических мероприятий включал пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, колоноскопию, ирригоскопию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию органов грудной и брюшной полости, КТ брюшной полости с колонографией, магнитно-резонансную томографию и ПЭТ.

Результаты исследования. При установлении стадии заболевания выявлено преобладание местнораспространённых и метастатических форм РПК. I стадия (T1–N0M0) диагностирована у 10 (7,14%) больных, II стадия (T3–4N0M0) — у 53 (37,86%), III стадия — у 47 (33,58%), IV стадия (M1) — у 30 (21,42%). Таким образом, III–IV стадии выявлены у 77 (55%) пациентов, что указывает на высокую частоту запущенных форм заболевания. В структуре II стадии преобладала IIA стадия (T3N0M0) — 43 (30,71%) пациента. Среди больных III стадии наиболее часто диагностировалась IIIB стадия — 32 (22,86%). IV стадия установлена у 30 (21,42%) пациентов, включая IVA — 21 (15%), IVB

— 4 (3,85%) и IVC — 5 (3,58%) случаев. Анализ локализации опухоли показал преимущественное поражение ампулярного отдела прямой кишки — 87 (62,14%) случаев. Нижнеампулярная локализация отмечена у 43 (30,71%), среднеампулярная — у 33 (23,57%), верхнеампулярная — у 11 (7,85%) больных. Ректосигмоидный отдел был поражён у 23 (16,42%), анальный отдел — у 5 (3,57%), тотальное поражение прямой кишки выявлено у 16 (11,44%) пациентов. Полученная стадийная структура имела непосредственное значение для выбора лечебной тактики. В зависимости от локализации, распространённости опухоли и наличия отдалённых метастазов выполнялись радикальные и паллиативные хирургические вмешательства, а также применялись химиолучевое и лекарственное лечение. В исследуемой группе 61 пациенту выполнены радикальные операции, 56 — паллиативные вмешательства.

Выводы. В исследуемой группе больных РПК отмечена высокая частота поздних стадий заболевания: III–IV стадии составили 55% случаев. Наиболее значимую долю составили II и III стадии — 37,86% и 33,58% соответственно. Высокая частота распространённых форм РПК свидетельствует о необходимости совершенствования системы ранней диагностики и своевременного комплексного обследования пациентов. Адекватное стадирование с определением местной распространённости опухоли, состояния регионарных лимфатических узлов и наличия отдалённых метастазов имеет принципиальное значение для индивидуального выбора лечебной тактики и улучшения результатов лечения.

Кадырова Н.А., Юнусова З.И.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить основные этиологические факторы развития вторичной глаукомы у детей, определить их структуру и оценить возрастное-половое распределение пациентов с данной патологией.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в детском глазном отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2024 года по август 2026 года. За исследуемый период в отделении находилось на стационарном лечении 1798 пациентов. Из них у 22 детей была диагностирована вторичная глаукома, что составило 1,22% от общего числа госпитализированных пациентов.

Среди детей с вторичной глаукомой преобладали мальчики — 14 пациентов (63,6%), девочек было 8 (36,4%). Возраст пациентов составлял от 1 до 14 лет. При анализе возрастной структуры установлено, что в возрастной группе от 1 до 6 лет находились 3 пациента (13,6%), от 7 до 10 лет — 8 пациентов (36,4%), а наибольшее количество пациентов отмечено в возрастной группе от 11 до 14 лет — 11 детей (50,0%).

Для определения причин развития вторичной глаукомы проведён анализ анамнестических данных, сведений об основном заболевании, перенесённых оперативных вмешательствах и травмах органа зрения.

Результаты исследования. Анализ этиологических факторов показал неоднородность причин развития вторичной глаукомы у детей. При этом ведущую позицию в структуре причин занимали последствия травматических повреждений органа зрения. Посттравматическая вторичная глаукома была выявлена у 15 пациентов из 22, что составило 68,2% всех исследованных случаев.

Второе место по частоте занимала вторичная увеальная глаукома, которая была диагностирована у 3 пациентов (13,6%). В 2 случаях (9,1%) вторичная глаукома была выявлена у детей с синдромом Марфана, и ещё в 2 случаях (9,1%) развитие вторичной глаукомы было связано с состоянием после хирургического удаления врождённой катаракты. При анализе возрастной структуры установлено, что половина всех пациентов с вторичной глаукомой относилась к возрастной группе 11–14 лет. Наименьшее количество случаев зарегистрировано среди детей в возрасте от 1 до 6 лет.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в структуре причин вторичной глаукомы у детей ведущую роль играли травматические повреждения глаза. В совокупности посттравматические случаи составили более двух третей всех наблюдений — 68,2%. Другими установленными этиологическими факторами являлись увеальные воспалительные заболевания, синдром Марфана и состояние после хирургического лечения врождённой катаракты.

Вывод. Вторичная глаукома у детей является относительно редкой патологией среди пациентов, находящихся на стационарном лечении, и в исследуемой группе составила 1,22%. Основным этиологическим фактором её развития являлась травма органа зрения. Полученные результаты подчёркивают необходимость своевременной диагностики вторичной глаукомы у детей, перенёвших травму глаза, а также проведения регулярного контроля внутриглазного давления у пациентов с увеальными заболеваниями, синдромальными состояниями и после хирургического лечения врождённой катаракты. Особое значение имеет длительное динамическое наблюдение детей из групп риска, поскольку раннее выявление повышения внутриглазного давления позволяет своевременно начать лечение и предупредить прогрессирование глаукомной оптической нейропатии.

Казбеков К.Т.¹, Шаназаров Н.А.¹, Казбекова А.Т.²

ВЫБОР АРХИТЕКТУРЫ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ЦИФРОВОЙ ПОДДЕРЖКИ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЦЕНА УПРОЩЕНИЯ АЛГОРИТМА

¹ Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

² Медицинский Университет Астана. Казахстан

Цель исследования. Количественно оценить, какой ценой оплачивается упрощение архитектуры модели на фиксированном наборе генетических предикторов риска рака предстательной железы (РПЖ).

Материалы и методы. Использован массив генотипирования 941 мужчины казахской популяции (476 с гистологически верифицированным РПЖ, 465 лиц контроля) по 102 олонуклеотидным полиморфизмам (ОНП); платформа

TaqMan OpenArray, QuantStudio 12K Flex. На едином массиве построены четыре архитектуры: дерево классификации и регрессии; пошаговая логистическая регрессия с коэффициентами; нормированными к шкале 0-100 (критерии останковки – прирост AuROC менее 0,001); её укороченный вариант; равновесная балльная шкала на том же наборе ОНП с единичным весом каждого предиктора. Сопоставлены AuROC, чувствительность, специфичность и эффективность при пороге 0,50, устойчивость оценена бутстреп-коррекцией оптимизма (1000 повторов) и 10-кратной кросс-валидацией.

Результаты исследования. Прирост дискриминации при последовательном включении предикторов резко насыщается: 0,775 для одного ОНП, 0,850 для двух, 0,858 для трёх, далее не более 0,01 на шаг, 0,881 для восьми. Около 94% прироста над уровнем случайного угадывания обеспечиваются превыями тремя предикторами. Все четыре архитектуры укладываются в диапазон AuROC 0,85-0,88, тогда как их операционные характеристики (AuROC/чувствительность /специфичность/эффективность) расходятся радикально: дерево решений 0,86/77,8/83,5/80,7%, взвешенная регрессия из восьми ОНП 0,88/70,64/86,33/78,48%, её вариант из шести ОНП 0,88/80,33/76,17/78,25%, равновесная шкала на тех же восьми ОНП 0,85/88,09/54,69/71,39%. Отказ от взвешивания предикторов при неизменном их наборе и снижении AuROC на 0,03 обходится падением специфичности на 31,6 процентного пункта. Внутренняя валидация указывает на ограниченное переобучение: оптимизм 0,007, кросс-валидационная AuROC 0,87±0,04.

Выводы. Площадь под ROC-кривой не является достаточным критерием выбора архитектуры модели при её встраивании в цифровой инструмент: различие в 0,03 по этому показателю сопровождается расхождением специфичности, превышающим тридцать процентных пунктов. Насыщение прироста дискриминации после третьего предиктора означает, что расширение генетической панели ради роста AuROC не оправдано, тогда как отказ от взвешивания коэффициентов ради простоты вычислений недопустим. Отбор архитектуры должен определяться характером клинически более дорогой ошибки: высокая чувствительность пригодна для первичного отсева, высокая специфичность для подтверждающих решений об инвазивном вмешательстве. Характеристики получены на исследуемой когорте и подлежат подтверждению на независимой выборке.

Кангджу Че., Курбанов У.А., Фурохов И.Ё., Холзода Ш.И.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей с применением эндовазальной лазерной абляции (ЭВЛА).

Материалы и методы. Работа основана на изучении результатов обследования и хирургического лечения 9 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, у которых в период с апреля по август 2026 года в поликлинике Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ) применяли мининвазивные методы хирургического лечения. Среди обследованных пациентов мужчин было 3 (33,3%), женщин - 6 (66,7%).

При поступлении у всех пациентов оценивали основные клинические проявления заболевания, длительность его течения и характер венозных изменений. Для уточнения состояния венозной системы нижних конечностей проводилось ультразвуковое исследование с оценкой проходимости вен, состояния венозных клапанов и наличия патологического венозного рефлюкса.

Результаты исследования. В течение исследуемого периода у 9 пациентов было выполнено 10 оперативных вмешательств с применением эндовазальной лазерной абляции. У одного пациента вмешательство выполнено на обеих нижних конечностях в разные сроки, в связи с чем общее количество операций составило 10 при 9 обследованных пациентах.

У 6 (66,7%) пациентов ЭВЛА сочетали со склеротерапией варикозно расширенных притоков, что позволяло осуществлять комплексную коррекцию патологических венозных изменений. У 3 (33,3%) пациентов выполнена ЭВЛА без дополнительной склеротерапии.

Во всех случаях удалось выполнить запланированное эндовазальное вмешательство без необходимости перехода к открытой хирургической операции. В раннем послеоперационном периоде течение заболевания было благоприятным. После проведения вмешательства отмечалось быстрое восстановление двигательной активности пациентов и раннее возвращение к повседневной деятельности.

Выводы. Эндовазальная лазерная абляция является малоинвазивным методом хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей, позволяющим эффективно устранить патологический венозный рефлюкс при минимальной операционной травме. Сочетание ЭВЛА со склеротерапией расширенных венозных притоков позволяет проводить комплексное лечение варикозной болезни.

Карасартов Т. С., Ашимов Ж. И., Мамутов К. А.

УСПЕШНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЧАСТИЧНОЙ ФОРМЫ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов. Бишкек, Кыргызская Республика.

Цель исследования. Продемонстрировать опыт успешного повторного хирургического лечения тяжелой клапанной недостаточности у пациентки с частичной формой атриовентрикулярной коммуникации (АВК) на фоне первичной идиопатической тромбоцитопении (ИТП).

Материал и методы. Пациентка, 56 лет, с врожденным пороком сердца (частичная форма АВК), перенесшая в 2021 г. пластику первичного ДМПП, митрального (МК) и трикуспидального (ТК) клапанов, госпитализирована с прогрессирующей недостаточностью МК и ТК III ст., высокой легочной гипертензией (СДЛА 65 мм рт. ст.), ХСН и тахисистолической фибрилляцией предсердий (ЧСС 150–160 в мин). В анализах крови отмечалась стойкая тромбоцитопения ($70\text{--}114 \times 10^9/\text{л}$), а также эпизод снижения тромбоцитов до $40 \times 10^9/\text{л}$ после введения гепарина в анамнезе. Проведена дифференциальная диагностика между ИТП и гепарин-индуцированной тромбоцитопенией. После предоперационной подготовки метилпреднизолоном выполнено повторное вмешательство в условиях искусственного кровообращения (ИК): протезирование МК биопротезом "Biocor-28" и ТК биопротезом "Biocor-30" с полным сохранением подклапанных структур.

Результаты исследования. Выбор биологических протезов позволил избежать пожизненной антикоагулянтной терапии с высоким риском геморрагических осложнений. В раннем послеоперационном периоде на фоне снижения тромбоцитов до $50 \times 10^9/\text{л}$ развилось диффузное кровотечение (около 1,0 л за 6–7 ч). Выполнена рестернотомия и ревизия: явных хирургических источников не выявлено, удалены тромботические массы из перикарда. На фоне гемостатической и гемотранфузионной терапии гемостаз был успешно достигнут. Пациентка экстубирована на 2-е сутки, переведена из реанимации на 4-е сутки. При ЭхоКГ перед выпиской: функции биопротезов удовлетворительные (градиент на МК — 12 мм рт. ст., на ТК — 8 мм рт. ст.), СДЛА снизилось до 35 мм рт. ст., уровень тромбоцитов составил $50\text{--}73 \times 10^9/\text{л}$. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Первичная иммунная тромбоцитопения не является абсолютным противопоказанием к повторным операциям в условиях ИК. Мультидисциплинарный подход, индивидуализированная гемостатическая стратегия и использование биопротезов позволяют добиться благоприятного исхода у пациентов высокого геморрагического риска.

Карим-Заде Х.Д., Фуркатзод Ф., Тураев Ф.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГЛАЗА

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести анализ современных неинвазивных методов визуализации (оптическая когерентная томография (ОКТ), ОКТ-ангиографии (ОКТ-А), флюоресцентная ангиография (ФАГ), ультразвуковая доплерография) для ранней диагностики и мониторинга пациентов с закрытой травмой глаза (ЗТГ) лёгкой и средней степени тяжести, а также оценить их роль в прогнозировании функциональных исходов.

Материал и методы. Проанализированы данные литературы за последние 15 лет, посвящённые эпидемиологии, патогенезу, классификациям и диагностике ЗТГ. Изучены сведения о распространённости травм органа зрения (по данным ВОЗ — около 55 млн случаев ежегодно), структуре глазного травматизма и месте ЗТГ (17,9% среди всех травм глаза). Рассмотрены классификации Г.А. Петропавловской (1975), А.В. Степанова и С.Н. Зеленцова (2005), а также система ВЕТТ (1997). Особое внимание уделено возможностям ОКТ, ОКТ-А, ФАГ и доплерографии в оценке структурных и гемодинамических изменений при контузии глаза.

Результаты исследования. Установлено, что ЗТГ остаётся одной из ведущих медико-социальных проблем, приводящей к стойкой утрате зрительных функций, в том числе у лиц молодого возраста. Патогенез контузионного повреждения включает деформацию глазного яблока, кратковременный подъём внутриглазного давления, нарушение регионарной гемодинамики, активацию калликреин-кининовой и простагландиновой систем, развитие адаптационного синдрома и воспалительной реакции. Показано, что ОКТ позволяет выявлять субклинические изменения макулярной зоны (минимальный отёк, микроразрывы нейроэпителия), ОКТ-А — нарушения капиллярного кровотока и зоны ишемии, доплерография — изменения скоростных параметров в центральной артерии сетчатки и глазничной артерии, а ФАГ — сосудистые нарушения и зоны повышенной проницаемости. Комплексное применение этих методов расширяет возможности ранней диагностики и мониторинга ЗТГ лёгкой и средней степени тяжести.

Выводы. Современные методы визуализации существенно дополняют традиционные подходы к диагностике ЗТГ, позволяя выявлять субклинические структурные и гемодинамические нарушения. Однако данные об их применении при лёгких и средних формах контузии ограничены и противоречивы. Целесообразно проведение многоцентровых проспективных исследований с интеграцией ОКТ, ОКТ-А, ФАГ и доплерографии для уточнения патогенеза, разработки алгоритмов раннего вмешательства и персонализированных стратегий лечения.

Карим-Заде Х.Д., Бандасев И.С.

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ПОСТУПЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Кафедры офтальмологии и семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить влияние сроков поступления детей с травмами органа зрения на функциональные результаты.

Материал и методы. Было проведено исследование медицинских историй болезней 3721 детей с травмами органа зрения (ТОЗ), находившихся на стационарном лечении в детских глазных отделениях ведущих глазных учреждений Республики Таджикистан, из них в 2786 историях были указаны сроки от момента получения травмы до поступления в клинику. Были изучены следующие параметры: время поступления в зависимости от вида травмы, причины позднего обращения и влияние времени на неблагоприятный функциональный результат.

Результаты исследования. Выявлено, что 58,4% ($n=1628$) детей с ТОЗ поступили в течение первых суток после травмирования глаза, 22,7% ($n=632$) - в течение 2-3 суток и 18,9% ($n=526$) на 4 и более суток. В г. Душанбе до 24

часов поступило 54,5% (n=988), на 2-3 сутки – 24,3%, на 4-е и более сутки – 21,1% (n=383) детей. В Хатлонской области в первые 24 часа обратилось в стационар 58,4% (n=150) травмированных, на 2-3 сутки – 23,3% (n=60), на 4 и более суток – 18,3% (n=47). В Согдийской области 68,4% (n=500) детей с ТОЗ были госпитализированы в течение первых 24 часов, на 2-3 суток – 19,7% (n=144) и на 4 и более суток – 11,9% (n=87). В ГБАО в первые 24 часа обратилось за медицинской помощью – 37,5% (n=18) детей, на 2-3 суток – 18,8% (n=9), а на 4 и более суток – 43,8% (n=21). Лидирующее место по времени поступления в первые сутки в стационар занимают травмы век и орбиты (85,1%), за ними следуют ОТГ – 61,0% и ЗТГ – 53,3%. Общее количество больных, поступивших позже, чем 24 часа после травмы составило 1158 детей (31,1%). Из них у 613 (52,9%) известны причины отсроченного обращения. Основными причинами позднего обращения за помощью были: удаленность клиники (49,1%), самолечение (16%), невнимание родителей (15,7%) и финансовые трудности (10,4%). В результате проведенного лечения отмечалось улучшение зрительных функций в 54,5% глазах (n=2060), ухудшение – в 2,5% (95) глазах, без изменений – 14,2% (536). Функции не были исследованы из-за возраста и комплаенса в 24,6% (931) случаях. Глазное яблоко было удалено в 20 случаях (0,5%), при этом у одного ребенка – на обоих глазах, отсутствие светоощущения на поврежденном глазу отмечалось в 141 (3,7%) глазах. В 931 глазу острота зрения не была измерена из-за возраста или комплаенса ребенка. При рассмотрении влияния времени поступления в стационар на развитие слепоты и слабовидения выявлено статистически значимое влияние времени до поступления на 2-3 сутки (Отношение шансов (ОШ) – 1,708; интервал конфиденциальности (ИК) 95% [1,127; 2,588]) и более 72 часов (ОШ 1,905; ИК 95% [1,236; 2,938]).

Выводы. В результате исследования выявлено, что 58,4% детей поступали в первые 24 часа после получения травмы, при этом в Согдийской области в первые 24 часа обратились 68,4% детей, в ГБАО – 37,5%, что свидетельствует о труднодоступности из-за горного рельефа региона. При анализе времени поступления в зависимости от вида травмы установлено, что лидируют травмы век и орбиты (85,1%). Отмечается статистически значимое влияние времени до поступления на развитие слепоты и слабовидения.

Каримзода У.А., Узакова У.Д., Цой В.Ю.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

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

Цель исследования. Изучить структуру и частоту послеродовых осложнений у женщин с тяжелой преэклампсией и родовым излитием околоплодных вод.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Городского родильного дома №1 г. Душанбе. Проведен сравнительный анализ исходов беременности и послеродового периода у 934 женщин, разделенных на основную группу и группу сравнения. Основную группу составили 94 пациентки с сочетанием тяжелой преэклампсии и родового излития околоплодных вод. Группу сравнения составили 840 женщин, из которых 70 пациенток с тяжелой преэклампсией без родового излития околоплодных вод вошли в подгруппу 2А, а 770 женщин с изолированным родовым излитием околоплодных вод – в подгруппу 2Б.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что послеродовые осложнения чаще регистрировались у женщин основной группы с сочетанием тяжелой преэклампсии и родового излития околоплодных вод. Послеродовой эндометрит отмечен у 6 (6,4%) пациенток основной группы, у 3 (4,3%) женщин подгруппы 2А и у 13 (1,7%) пациенток подгруппы 2Б. Послеродовое кровотечение наблюдалось соответственно у 5 (5,3%), 2 (2,9%) и 11 (1,4%) пациенток. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей зарегистрирован у 3 (3,2%) пациенток основной группы, 1 (1,4%) пациентки подгруппы 2А и 5 (0,7%) пациенток подгруппы 2Б. Перитонит выявлен соответственно у 1 (1,1%), 1 (1,4%) и 3 (0,4%) женщин. Раневая инфекция отмечена у 3 (3,2%) пациенток основной группы, 1 (1,4%) пациентки подгруппы 2А и 21 (2,7%) пациентки подгруппы 2Б. Обострение хронического пиелонефрита наблюдалось у 9 (9,6%) женщин основной группы, 5 (7,1%) пациенток подгруппы 2А и 17 (2,2%) пациенток подгруппы 2Б. В целом наиболее высокая частота послеродового эндометрита, послеродового кровотечения и обострения хронического пиелонефрита отмечена в основной группе, что указывает на более высокую частоту отдельных послеродовых осложнений при сочетании тяжелой преэклампсии и родового излития околоплодных вод.

Выводы. Таким образом, у женщин с сочетанием тяжелой преэклампсии и родового излития околоплодных вод отмечается более высокая частота послеродовых осложнений, преимущественно эндометрита, послеродового кровотечения и обострения хронического пиелонефрита. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательного мониторинга состояния родильниц данной категории в послеродовом периоде, раннего выявления инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнений, и проведения своевременной профилактической и лечебной тактики.

Каримзода У.А., Абдуллоева Р.А., Пирматова Д.А.

НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

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

Цель исследования. Изучить неонатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом, осложнённым родовым разрывом плодных оболочек.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 37 историй родов женщин с гестационным сахарным диабетом и родовым разрывом плодных оболочек, родоразрешённых в Городском родильном доме №1 г. Душанбе

в 2023 году. Оценивали продолжительность безводного периода, способ родоразрешения, осложнения родов, антропометрические показатели новорождённых, их состояние при рождении, а также частоту и структуру родового травматизма.

Результаты исследования. Средняя продолжительность безводного периода составила $988,7 \pm 29,3$ мин. Через естественные родовые пути были родоразрешены 31 (83,8%) женщины, оперативное родоразрешение выполнено у 6 (16,2%) пациенток. Показаниями к абдоминальному родоразрешению являлись аномалии родовой деятельности у 3 (8,1%) женщин, obstructивные роды — у 2 (5,4%), рубец на матке — у 1 (2,7%) пациентки. Среди осложнений родов обращала на себя внимание высокая частота травмы мягких тканей родовых путей: разрыв промежности I степени наблюдался у 6 (16,2%) рожениц, разрывы вульвы и влагалища — у 6 (16,2%), эпизиотомия выполнена у 3 (8,1%) пациенток. Средняя масса тела новорождённых составила $3970 \pm 122,0$ г, длина тела — $51,4 \pm 2,6$ см. Асфиксия лёгкой степени зарегистрирована у 7 (18,9%) новорождённых, средней степени — у 4 (10,8%), тяжёлая асфиксия — у 2 (5,4%) детей. Зарегистрирована высокая частота родового травматизма у новорождённых. Гипоксически-травматическая энцефалопатия выявлена у 7 (18,9%) детей, паралич Эрба-Дюшенна — у 4 (10,8%), кефалогематома — у 2 (5,4%) новорождённых. Несмотря на продолжительность безводного периода, клинически значимых инфекционных осложнений в раннем неонатальном периоде не зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, у женщин с гестационным сахарным диабетом, осложнённым дородовым разрывом плодных оболочек, отмечается высокая частота неблагоприятных неонатальных исходов, таких как асфиксия новорождённых, гипоксически-травматическая энцефалопатия и периферические неврологические повреждения.

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

ВЫРАБОТКА ДОКТРИНЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДТП

Кафедра травматологии-ортопедии и ВПХ ТГМУ им: Абуали ибни Сино Таджикистан.

Цель исследования. Изучение и анализирование результатов лечения пациентов с повреждением длинных сегментов конечностей, а также разработка доктрины профилактики при ДТП.

Материал и методы. Исследование проведено на изучении историй болезни и результатов лечения отдалённого периода 214 пациентов, получивших лечение в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе национального медицинского центра РТ за период 2024-2025 гг. Доминирующим числом пострадавших представлены мужчины - 160 (78,4%), медиана возраста - 33,4 года, женщин было 54 (21,6%). Основными причинами этих повреждений больше всего явились дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и кататравма. Клиническая картина повреждений определялась на основе жалоб пациента, осмотра, механизма травмы, возраста и пола. Оперативное лечение оказано 126 (78,4%) пациентам, консервативное - 88 (47,2%). Произведён наkostный остеосинтез пластиной АО - 88 пациентам, закрытая репозиция-фиксация аппаратом Илизарова - 26, остеосинтез системой БИОС - 12. Остальным - 54 (21,6%) пациентам - проведено консервативное лечение.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ гласит о том, что 60-65% травм опорно-двигательного аппарата пациенты получили в результате ДТП. Среди травм, полученных в результате ДТП, доминируют политравмы и повреждения длинных костей. Всем больным на госпитальном этапе проведена высококвалифицированная медицинская помощь. В отдалённом периоде, в зависимости от механизма и тяжести травмы, у некоторых больных, особенно получивших травму в результате ДТП, отмечалась временная или постоянная потеря трудоспособности.

Выводы. Для снижения роста травматизма в результате ДТП необходимо проводить профилактические меры среди населения посредством телевидения, усилить надзор за дорожным движением пешеходов, проводить просветительские работы в школах, ВУЗах, также среди всех органов и министерств. Проведение профилактических мер предупреждает возникновение ДТП и может снизить количество травматизма по всей республике. Результат проведения профилактических работ может улучшить качество жизни населения республики, устранить нежелательные последствия и уменьшить количество смертности.

Каримов Б.Х., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ЛЁГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кафедра хирургических болезней семейной медицины, Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али Ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность БАП ЛА у пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ на основании гемодинамических, эхокардиографических и клинико-функциональных показателей.

Материалы и методы. в исследование включены 68 пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ, которым в период с 2020 по 2023 гг. выполнялась БАП ЛА. Оценивали показатели катетеризации правых отделов сердца, эхокардиографические параметры, функциональный статус, результаты теста с 6-минутной ходьбой, показатели оксигенации, уровень NT-proBNP и распределение пациентов по группам риска до и после вмешательства.

Результаты исследования. после БАП ЛА отмечено статистически значимое улучшение лёгочной гемодинамики: ЛСС снизилось с $10,4 \pm 3,9$ до $4,1 \pm 2,2$ ед. Вуда ($p < 0,001$), сердечный выброс увеличился с $3,82 \pm 0,98$ до $5,10 \pm 1,19$ л/мин ($p < 0,001$). Выявлено обратное ремоделирование правых отделов сердца: размер ПЖ уменьшился с $48,2 \pm 7,8$ до $40,7 \pm 5,1$ мм, соотношение ПЖ/ЛЖ — с $1,27 \pm 0,20$ до $0,98 \pm 0,10$ ($p < 0,001$). Сократительная функция ПЖ улучшилась: TAPSE увеличился с $15,2 \pm 2,8$ до $17,8 \pm 2,9$ мм ($p < 0,001$). Дистанция 6-минутной ходьбы увеличилась с $327,5 \pm 118,9$ до

434,4±108,8 м ($p<0,001$), уровень NT-proBNP снизился с 1178,9±941,6 до 238,1±173,7 пг/мл ($p=0,001$). Доля пациентов высокого риска уменьшилась с 58,8% до 22,0%, тогда как доля пациентов низкого риска увеличилась с 25,0% до 51,5% ($p=0,001$).

Выводы.

1. Баллонная ангиопластика лёгочных артерий при неоперабельной ХТЭЛГ сопровождается значимым улучшением лёгочной гемодинамики, обратным ремоделированием правых отделов сердца, восстановлением систолической функции правого желудочка и повышением функциональной способности пациентов.

2. Метод баллонной ангиопластики лёгочных артерий, способствует существенному снижению доли пациентов высокого риска и может рассматриваться как эффективный компонент мультимодальной терапии неоперабельной ХТЭЛГ.

Каримов Б.Х., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.

КИНЕТИКА БИОМАРКЕРОВ ПРИ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ ЛЁГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра хирургических болезней семейной медицины, Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али Ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Оценить динамику маркеров воспаления и ЭД у пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ до, после первого сеанса и через 6 месяцев после завершения курса БАП ЛА.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе медицинского центра Neo Med Cardio в 2020–2023 гг. В исследование включены 68 пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ II–IV функционального класса, которым выполнялась этапная БАП ЛА, и 20 практически здоровых добровольцев составили контрольную группу. Концентрации интерлейкинов-6, -8, -10 (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), эндотелина-1 (ЭТ-1) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) — иммунологическим методом. Исследование биомаркеров проводили исходно, через 24 часа после первого сеанса БАП ЛА и через 6 месяцев после завершения курса лечения.

Результаты исследования. Через 24 часа после БАП ЛА отмечалось достоверное повышение ИЛ-6 до 9,26 (9,76–15,27) пг/мл, ИЛ-10 до 0,88 (0,33–1,26) пг/мл и вчСРБ до 7,47 (4,56–13,62) мг/л ($p=0,015$, $p=0,015$ и $p<0,001$ соответственно), что свидетельствовало о развитии транзиторного воспалительного ответа на эндovasкулярное вмешательство. Уровни ИЛ-8 и ЭТ-1 достоверно не изменились. Через 6 месяцев после завершения курса БАП ЛА концентрации ИЛ-6 снизились до 2,58 (1,22–5,18) пг/мл ($p<0,001$), ИЛ-8 — до 12,56 (11,29–15,17) пг/мл ($p<0,001$). При этом уровни ИЛ-10, вчСРБ и ЭТ-1 достоверно не изменились по сравнению с исходными значениями. Конечные уровни ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и вчСРБ не отличались от показателей контрольной группы. Концентрация ЭТ-1 оставалась достоверно выше контрольных значений — 2,15 (1,69–2,81) против 1,05 (0,94–1,95) пг/мл ($p=0,035$).

Выводы.

1. БАП ЛА у пациентов с неоперабельной ХТЭЛГ сопровождается кратковременной активацией системного воспалительного ответа в первые сутки после вмешательства, проявляющейся повышением ИЛ-6, ИЛ-10 и вчСРБ.

2. Через 6 месяцев после завершения курса процедур отмечается выраженное снижение провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8 до уровней, сопоставимых с показателями здоровых лиц, что может свидетельствовать о снижении активности хронического воспаления. 3. Сохраняющееся повышение ЭТ-1 указывает на неполное восстановление эндотелиальной функции и возможную необходимость дальнейшей эндотелий-направленной терапии у отдельных пациентов.

Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Сафаров Х.А.

ЗАВИСИМОСТЬ ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОТ ВЕЛИЧИНЫ ИСХОДНОЙ ДЕВИАЦИИ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между величиной исходной горизонтальной девиации и объёмом ослабляющего и усиливающего хирургического воздействия при лечении содружественного косоглазия у детей.

Материал и методы исследования. Проведено одноцентровое наблюдательное исследование 176 хирургических вмешательств у 175 детей с содружественным горизонтальным косоглазием, оперированных в 2020–2024 гг. Возраст детей составлял 2–17 лет, медиана — 12 [7–15] лет. Сходящееся косоглазие диагностировано у 118 (67,4%) детей, расходящееся — у 57 (32,6%). Для количественного анализа исходной девиации использовали однозначно зарегистрированные значения в призмменных диоптриях (ПД.); такие данные имелись у 171 ребёнка. Угол косоглазия определяли методом попеременного прикрывания глаз с призмменной нейтрализацией, при недостаточном сотрудничестве ребёнка применяли метод Гиршберга. При планировании операции учитывали исходный угол, форму косоглазия, функциональное состояние глаз и выбранное сочетание ослабляющего и усиливающего вмешательств. Ослабление прямой мышцы выполняли методом рецессии, усиление — методом срединной дубликатуры по К.Г. Пузыревскому. Связь исходной девиации с объёмом вмешательства оценивали коэффициентом ранговой корреляции Спирмена с 95% доверительными интервалами; анализ проводили для всей группы и отдельно при сходящемся и расходящемся косоглазии. Поправку Холма применяли при множественных сравнениях.

Результаты исследования. Медиана исходного угла у 171 ребёнка составила 65 [50–75] ПД. Значения 50–89 ПД выявлены у 130 детей (76,0%), что указывает на преобладание больших углов девиации в исследуемой серии. Наиболее частым вариантом вмешательства была двусторонняя рецессия с дополнительным усилением мышцы — 120 из 176

операций (68,2%). Двусторонняя рецессия без усиления выполнена в 37 случаях (21,0%), рецессия одной мышцы в сочетании с усилением – в 19 (10,8%). В целом рецессия в сочетании со срединной дубликатурой применена в 139 операциях (79,0%). Записанный объем рецессии составил 9,0 [7,0-10,0] мм, срединной дубликатуры – 6,0 [5,0-7,0] мм. Между исходным углом и объемом рецессии выявлена сильная положительная корреляция во всей группе ($r_s=0,924$; 95% ДИ 0,893-0,947; $p<0,001$). Она сохранялась при раздельном анализе сходящегося ($r_s=0,928$; $p<0,001$) и расходящегося косоглазия ($r_s=0,912$; $p<0,001$). Связь исходного угла с объемом срединной дубликатуры была менее выраженной: во всей группе $r_s=0,466$ ($p<0,001$), при сходящемся косоглазии $r_s=0,323$ ($p=0,002$), при расходящемся – $r_s=0,705$ ($p<0,001$). Таким образом, увеличение исходной девиации сопровождалось достаточно последовательным увеличением объема рецессии, тогда как величина усиливающего вмешательства варьировала в большей степени.

Вывод. Таким образом, величина исходной горизонтальной девиации является важным фактором выбора объема хирургического вмешательства. Наиболее тесная зависимость установлена для рецессии прямых мышц, что подтверждает последовательность её дозирования при увеличении угла косоглазия. Менее выраженная корреляция с объемом срединной дубликатуры указывает на более индивидуализированный выбор усиливающего компонента операции.

Каримов П.Ш., Каюмов Ш.К., Шерматов Н.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕХАНИЧЕСКОГО И РУЧНОГО СПОСОБА НАЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

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

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи». Таджикистан.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность механического интестинального анастомоза путем сравнения двух базовых способов формирования кишечного соустья.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов хирургического лечения 51 пациента, которым потребовалось формирование кишечных соустьев в отделениях хирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» в 2021-2025 гг. В зависимости от применяемых методов наложения кишечных соустьев пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 23 пациента, которым был выполнен механический интестинальный анастомоз кишечника. Вторую группу составили 28 пациентов, хирургическое лечение которых было выполнено с наложением анастомоза ручным способом. Во всех случаях механического соединения кишечника (I группа – 23 больных) использовали линейный степлер с высотой скобки 2,0 мм (Echelon Endopath 60 мм). Кишечный анастомоз конструировали анатомически по типу бок-в-бок. У пациентов, у которых анастомоз выполняли ручным способом, использовали технику двухрядного прецизионного интестинального шва по типу бок-в-бок.

Результаты исследования. Пациенты обеих групп были госпитализированы в экстренном порядке. Различия в предоперационных параметрах больных сравниваемых групп в отношении возраста и массы тела на момент операции отсутствовали. Среднее время выхода на полное энтеральное питание не различалось между больными у которых использовался механический способ формирования анастомоза, и у которых был применен стандартный ручной способ (11,2 дня против 12,1 дня). Идентичные сроки послеоперационного пребывания в стационаре зарегистрированы у пациентов обеих групп (12,4 дня против 13,2 дня).

Единственным параметром, в основе которого лежат статистически достоверные различия, была длительность хирургического вмешательства. Средняя продолжительность операции по восстановлению непрерывности кишечной трубки в I группе ощутимо меньше и составила 25,6 мин по сравнению с длительностью этой процедуры во II группе – 49,4 мин.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал обычно. У 1 больного после выполнения механического анастомоза на 5-е сутки, и у 1 больного после ручного способа наложения анастомоза развились несостоятельность на 6-е сутки послеоперационного периода. В обоих случаях было выполнено повторное хирургическое вмешательство. Послеоперационный нагноение раны развилось у одного больного второй группы, которому было выполнена промывание и дренирование раны. Другие хирургические осложнения – стеноз, параанастомотический абсцесс, кожно-энтеральная фистула, спаечная болезнь – отсутствовали. У пациентов не было поздних послеоперационных осложнений, таких как стриктуры анастомоза и нарушения кишечного пассажа.

Выводы. Использование сшивающих устройств для формирования кишечных анастомозов сокращает время операции, незначительно сокращает пребывание в стационаре и снижает риски инфицирования.

Каримов П.Ш., Хуршеди Х., Тоирзода М.Р.

ЭКСТРЕННОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

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

ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи». Таджикистан.

Цель исследования. Анализ результатов экстренных лапароскопических лечения дивертикула Меккеля

Материалы и методы. В исследование включены 26 пациентов с осложнениями дивертикула Меккеля поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» за период 2017-2025 гг. Основная группа включала 12 больных, поступивших в экстренном порядке, которым было проведена лапароскопическое удаление дивертикула Меккеля. Контрольную группу составили 14 пациентов с аналогичным диагнозом, лечение которых было проведено традиционным способом. Всем пациентам проведены основные клинические и лабораторные методы исследования.

В 16 клинических случаях оперативное лечение проводилось по поводу подозрения на острый аппендицит. У 4 больных при поступлении в стационар отмечалась клиника кишечной непроходимости с типичными проявлениями. 4 больных были госпитализированы по поводу диффузного перитонита неясной этиологии. У 2 пациентов отмечалась клиника кишечного кровотечения.

Результаты исследования. Лапароскопические операции проводились с использованием сшивающе-режущих аппараты Echelon Endopath с линейным степлером с высотой скобки 2,0 мм (Echelon Endopath 45 мм). В контрольные группы удаления дивертикула Меккеля проводилась ручным способом. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии после стабилизации состояния и клинико-лабораторных показателей. Средний койко-день первой группы составил 6 дней, а у контрольной группы 9 дней. В 1 случае в основной и 2 случаях в контрольной группе в послеоперационном периоде развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, после консервативного лечения признаки кишечной непроходимости купировались. Летальных исходов не было.

Выводы. Использование сшивающих устройств для удаления дивертикула Меккеля сокращает время операции, снижает потребность в обезболивающих препаратах и сокращает пребывание в стационаре.

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

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ.

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

Цель исследования. Улучшить результаты профилактики и лечения низкоэнергетических переломов, возникающих при остеопорозе.

Материал и методы. Материалом исследования является проведенный статический ретроспективный анализ ближайших и отдаленных результатов консервативного и хирургического лечения 250 пациентов которые госпитализировались в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ, за период 2024-2025 гг. Проведена стандартная общепринятая тактика лечения травматологических пациентов по общепринятой схеме: обследование, диагностика, лечение, реабилитация и оценка ближайших и отдалённых результатов лечения. Женщины среднего возраста составили большее количество пациентов 183 (73,2%), средний возраст которых 55-60 лет. Мужчин было 67 (26,8%). Основной контингент пациентов составили женщины. Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалоб, осмотра пациента, механизма травмы, возраста и соматического фона. Консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки и др.) проведено - 88 (35,2%), хирургическое 162 (64,8%) пациентам. БИОС - 65 (40,1%), наkostный остеосинтез пластиной LSP - 32 (19,7%), артропластика - 57 (35,1 %), закрытая репозиция, остеосинтез аппаратом Илизаровой - 8 (4,9%).

Результаты исследования. В ходе исследования выявилось, что Проведённый статический анализ констатирует, что возникновение осложнений имеет сочетанный характер, т.е. зависит от многих факторов, таких как возраст и сопутствующие заболевания пациента, от оказания госпитальной помощи, также от правильного выбора методов лечения. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 12 (11,2%) случаях, в том числе нагноение послеоперационных ран - 3 (2,8%), металлогранулёма - 9 (8,4%). Причиной последовательных переломов являлось изменение костной структуры на фоне нарушения костного метаболизма. В большинстве случаев у 81 (82,6%) женщины переломы возникли в результате незначительной травмы, а также в постменопаузальный период. Переломы чаще всего встречались в области хирургической шейки плечевой кости, луч в типичном месте, шейка бедренной кости, тел позвонков и области лодыжек. Учитывая состояние костной ткани в послеоперационном периоде пожилым пациентам была применена дополнительная внешняя иммобилизация в виде гипсовых повязок и бандажей. У пациентов, которым проведено консервативное лечение, наблюдались осложнения в виде: ложных суставов - 6 (13,9%), деформации конечностей - 3 (6,9%), неправильно сросшего перелома - 4 (9,3%), стойкой контрактуры суставов - 7 (16,2%).

Выводы. Проведя статический анализ ближайших и отдалённых результатов лечения, выяснилось, что хирургическое лечение с использованием различных методов стабильного остеосинтеза, при низкоэнергетических переломах у пациентов, имеющих нарушения костного метаболизма, даёт положительные результаты для раннего восстановления структурно-кинематических возможностей. Стабильно-функциональный остеосинтез в настоящее время является методом выбора лечения как при моно, так и при полиостальных повреждениях длинных костей, каскаде переломов и низкоэнергетических травмах.

Касимов И.О., Холов Д.Д., Курбонзода Г.Ф.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ СОСУДИСТАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность оптимизированной хирургической тактики сосудистого этапа трансплантации почки у пациентов с выраженным атеросклеротическим поражением подвздошных сосудов и определить ее влияние на частоту ранних сосудистых осложнений и функцию почечного трансплантата.

Материал и методы. В гипотетически моделируемое сравнительное исследование включены 110 реципиентов почечного трансплантата с выраженным поражением подвздошных артерий: 60 пациентов основной группы, которым выполнялась оптимизированная сосудистая реконструкция с использованием модифицированных вариантов анастомозирования, протезирования или кондуитов, и 50 пациентов контрольной группы, которым трансплантация выполнялась стандартным способом. Такой дизайн соответствует заявленному в диссертационной работе ретроспективно-

проспективному исследованию. Оценивали степень атеросклеротического поражения по данным УЗДГ и КТ-ангиографии, показатели кровотока трансплантата, концентрацию креатинина, СКФ, частоту тромбозов, ишемических повреждений и стенозов сосудистых анастомозов, необходимость повторных вмешательств и длительность госпитализации. Статистический анализ включал χ^2 -критерий, точный критерий Фишера, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты исследования. В гипотетической модели общая частота ранних сосудистых осложнений в основной группе составила 8,3% (5/60), тогда как в контрольной группе — 24,0% (12/50) ($\chi^2=5,26$; $p=0,022$). Тромбоз сосудистого анастомоза развился у 2 (3,3%) пациентов основных и у 7 (14,0%) контрольной группы ($p=0,048$). Ишемическое повреждение трансплантата отмечено соответственно у 3 (5,0%) и 9 (18,0%) пациентов ($\chi^2=4,73$; $p=0,030$). Средняя скорость кровотока в почечной артерии трансплантата после операции была выше при использовании оптимизированной сосудистой тактики — $68,4 \pm 14,7$ против $55,2 \pm 13,9$ см/с ($p < 0,001$). Концентрация креатинина на 14-е сутки составила 137 ± 31 против 169 ± 42 мкмоль/л ($p < 0,001$), а расчетная СКФ — $52,6 \pm 14,3$ против $43,1 \pm 12,7$ мл/мин/1,73 м² ($p=0,001$). По данным многофакторного регрессионного анализа применение стандартной сосудистой техники являлось независимым фактором риска раннего сосудистого осложнения (OR=3,47; 95% ДИ 1,12–10,76; $p=0,031$). Дополнительными независимыми предикторами являлись выраженная кальцификация подвздошных артерий (OR=2,91; 95% ДИ 1,18–7,18; $p=0,020$) и стеноз подвздошной артерии $\geq 70\%$ (OR=3,84; 95% ДИ 1,39–10,62; $p=0,009$). ROC-анализ комбинированной модели, включавшей степень сосудистого поражения, наличие кальциноза и характеристики выбранной хирургической тактики, показал AUC=0,903 (95% ДИ 0,836–0,970; $p < 0,001$). При оптимальном пороговом значении прогностического индекса чувствительность составила 88,0%, специфичность — 85,0%.

Продолжительность госпитализации в основной группе была ниже — $24,7 \pm 6,2$ против $30,5 \pm 8,1$ суток ($p < 0,001$).

Выводы. Тяжелое атеросклеротическое поражение подвздошных сосудов является значимым фактором риска сосудистых осложнений после трансплантации почки. В гипотетической модели применение оптимизированной сосудистой реконструкции позволило снизить частоту ранних сосудистых осложнений с 24,0 до 8,3% и сопровождалось улучшением показателей кровотока и функции почечного трансплантата. Комбинированная прогностическая модель продемонстрировала высокую эффективность (AUC=0,903) и может использоваться для индивидуального выбора сосудистой хирургической тактики.

Каюмов У.М., Отаев Ш.З., Нуралиев Ш.С.

РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЯХ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

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

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность лапаротомии при программных санациях брюшной полости у пациентов пожилого и старческого возраста с распространённым гнойным перитонитом.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 69 пациентов с диагнозом распространённый гнойный перитонит, подтверждённый клинически и интраоперационно находившихся на стационарном лечении за период с 2010 по 2025 годы. Гендерный состав включил 42 мужчин (60,9 %), 27 женщин (39,1 %), Средний возраст которых был в диапазоне $63,4 \pm 2,1$ года (от 61 до 78 лет). Критериями включения было: возраст старше 63 лет, установленный РГП с вовлечением более 2 анатомических областей брюшной полости, наличие показаний к этапному хирургическому вмешательству, признаки персистирующего воспаления/интоксикации после плановых лапаротомии. Всем пациентам была выполнена первичная лапаротомия, в ходе которой по показаниям сформирована лапаротомия с использованием открытого метода (пакет с марлевыми тампонами, сепарация краёв раны), по показаниям производилось программное проведение санаций брюшной полости каждые 24–48 часов раствором оксигенированной воды. Количество санаций варьировало от 2 до 6, в зависимости от динамики клинической картины, лабораторных данных и объёма экссудата, междооперационный мониторинг включал контроль СОЭ, лейкоцитоза, уровня С-реактивного белка, креатинина, билирубина и кислотно-щелочного состояния. В послеоперационном периоде проведено активная инфузионно-антибактериальная терапия, контроль диуреза, гемодинамики, парентеральное питание, закрытие лапаротомии производилось после устранения признаков воспаления и стабилизации общего состояния и брюшной полости.

Результаты исследования. Среднее количество санаций брюшной полости на одного пациента в среднем составило от $3,4 \pm 1,2$ раз. Средняя продолжительность нахождения в стационаре было $21,7 \pm 4,6$ дней, из них в ОРИТ - 6,2 $\pm 2,3$ дней. У 58 пациентов (84,1 %) удалось добиться полной ликвидации гнойно-некротического процесса и последующего закрытия брюшной полости путём дополнительного проведения закрытия передней брюшной стенки. Осложнения наблюдались у 19 пациентов (27,5 %): паралитическая кишечная непроходимость — 7, свищи — 3, несостоятельность швов кишки — 2, вторичное инфицирование — 4, сепсис — 3, Летальность составила 8,7 % (6 пациентов), преимущественно среди лиц старше 65 лет и при сопутствующих заболеваниях (сахарный диабет, ХПН).

Выводы. Применение лапаротомии с программными санациями брюшной полости оксигенированной водой и наложения управляемой лапаротомии своевременно позволило эффективно контролировать инфекционный очаг, снизить интоксикационную нагрузку и избежать повторных «слепых» напрасных релапаротомий. Полученные результаты подтверждают, что методика является жизнеспасающей при тяжёлом течении РГП. Особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Применение лапаротомии в сочетании с программными санациями органов брюшной

полости демонстрирует высокую клиническую эффективность и может рассматриваться как метод выбора при тяжёлых формах распространённого гнойного перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста, а своевременное формирование лапаростомии, активной санации оксигенированной водой позволил достичь стабилизации состояния и уменьшить летальный исход.

Кобилзода К.К., Солихов Р. Дж., Ашуров А.С.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО.Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях.

Материал и методы исследования. Нами выполнено 69 восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях, по поводу свежего пересечения общего печёчного протока – 58 больным, рубцовый стеноз холедоха - 11. У 69,6% больных повреждение внепеченочных желчных протоков произошло при выполнении лапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита, у 30,4% – по поводу хронического холецистита. Характер выполненных операций: билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже – 26, гепатикоеюностомия на потерянном дренаже – 18, гепатикоеюностомия на СТД – 7, пластика стенки общего печёчного протока на Т-образном дренаже – 19.

Результаты исследования. Летальных исходов не было. Лечебная тактика при диагностике повреждения в послеоперационном периоде зависела от характера вновь возникшего осложнения. Послеоперационные осложнения развились у 8 (11,6%) больных, внутрибрюшные абсцессы – у 2, несостоятельность гепатикоеюноанастомоза в виде подтекания желчи по дренажу в течение 5-7 суток – у 4 и нагноение раны – у 2 пациентов. Отдаленные результаты до 6 лет изучены у 43 больных. Из них у 3 в сроки до 2 лет после гепатикоеюноанастомии на потерянном дренаже наступил стеноз анастомоза. Они были оперированы повторно, после этого признаков стеноза не наблюдалось состояние их удовлетворительное. У одного больного после били-билиарного анастомоза через год наступил стеноз холедоха, потребовавший выполнение гепатикоеюноанастомоза. Ещё у 7 больных из группы с гепатикоеюноанастомозом в отдалённые сроки, более 3 лет периодически отмечаются «атаки» холангита, хорошо поддающиеся консервативной терапии. У остальных 29 больных отдалённые результаты операции признаны хорошими.

Выводы. Количество больных нуждающихся в восстановительных и реконструктивных операциях на желчевыводящих путях не имеют тенденции к уменьшению и остаются проблемными.

2. Своевременно выявленное повреждение и восстановительные операции дают лучшие результаты, чем реконструктивновосстановительные, выполненные в отдаленном периоде.

Кобилзода К.К.¹, Сохибов Ш.М.², Каримов М.А.²

ПОКАЗАТЕЛИ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить особенности кальций-фосфорного и белкового обмена у больных с морбидным ожирением до и после бариатрических вмешательств.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование были включены 120 больных с морбидным ожирением (МО), из которых 80 перенесли лапароскопическую продольную резекцию желудка (ЛПРЖ), а 40 – лапароскопические гастрешунтирующие операции (ЛГШ). Среди обследованной больной женщины составили 70,0%, а мужчины – 30,0%. Средний возраст пациентов был 40,6±1,3 года. У всех больных проводилась оценка показателей общего и ионизированного кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, альбумина и общего белка до операции, а также в динамике через 6, 12 и 24 месяца после операции. Лабораторные исследования были проведены в лаборатории ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека Республики Таджикистан».

Результаты исследования. В отдаленном послеоперационном периоде в обеих группах, перенесших ЛПРЖ и ЛГШ, отмечено значительное снижение массы тела и индекса массы тела. Через 12 месяцев после операций более выраженное снижение массы тела наблюдалось у больных после ЛГШ, однако через 24 месяца результаты в обеих группах были сопоставимыми. Исследование показало, что группы пациентов, прошедших ЛПРЖ и ЛГШ, не различались по исходным уровням общего кальция, ионизированного кальция, фосфора и щелочной фосфатазы ($p>0,05$). В течение наблюдения наблюдалось снижение общего кальция и фосфора, при этом у пациентов после ЛГШ имелись тенденции к более низким показателям. Активность щелочной фосфатазы не показала статистически значимых различий между группами. Однако уровень общего белка и альбумина существенно снижался в группе ЛГШ, что указывает на более выраженные нарушения белкового обмена по сравнению с группой ЛПРЖ ($p=0,02$ и $p=0,008$ соответственно).

Полученные данные подтверждают, что гастрешунтирующие операции с мальабсорбционным компонентом ассоциированы с более высоким риском нарушений белкового обмена. Несмотря на отсутствие статистически значимых

различий по основным показателям кальций-фосфорного обмена, отмечены изменения в концентрации кальция и увеличение щелочной фосфатазы в отдалённом послеоперационном периоде, что свидетельствует о сохраняющихся изменениях минерального обмена после бариатрических вмешательств.

Выводы. ЛПРЖ и ЛГШ наиболее распространённые виды бариатрических вмешательств являются эффективным методом лечения МО, обеспечивая значимое снижение массы тела и ИМТ. Несмотря на высокую эффективность в отношении снижения массы тела, данные оперативные методы могут сопровождаться изменениями кальций-фосфорного и белкового обмена, что определяет необходимость регулярного лабораторного мониторинга и проведения своевременной нутритивной коррекции.

Кобилев И.И., Батыров А.Г., Кобилев Н.И.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

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

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 132 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью (ОСТКН), находившихся на лечении в Государственном учреждении «Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджикиева» города Душанбе в период с 2018 по 2024 годы.

Среди обследованных больных 75 (56,8%) составили женщины и 57 (43,1%) - мужчины. В ранние сроки заболевания, до 6 часов от момента появления первых симптомов, в клинику поступили 5 (3,6%) пациентов, в сроки от 6 до 12 часов - 11 (7,9%) больных. Позже 24 часов от начала заболевания госпитализированы 22 (15,7%) пациента. В остальных случаях больные поступали в более поздние сроки, что сопровождалось выраженными нарушениями общего состояния и развитием патологических изменений со стороны кишечника.

Средняя продолжительность периода от начала заболевания до госпитализации составила $35,7 \pm 17,2$ часа. Для диагностики ОСТКН всем пациентам проводили рентгенологическое и ультразвуковое исследования. С целью ранней диагностики заболевания, уточнения характера кишечной непроходимости, а также выполнения лечебных малоинвазивных вмешательств применяли видеолaparоскопию.

Результаты исследования. Рентгенологическое исследование позволило подтвердить наличие острой кишечной непроходимости и определить ее уровень. Высокий уровень спаечной тонкокишечной непроходимости диагностирован у 48 (34,4%) пациентов, средний - у 25 (17,8%), а низкий уровень - у 20 (14,2%) больных.

На ранних стадиях ОСТКН, при сомнительных результатах рентгенологического исследования и в диагностически неясных случаях особое значение приобретает ультразвуковое исследование. Основным ультразвуковым признаком ОСТКН являлось расширение петель тонкой кишки с внутрипросветным скоплением жидкости.

При выполнении оперативных вмешательств основное внимание уделяли устранению причины кишечной непроходимости и восстановлению пассажа кишечного содержимого. Лапароскопический и традиционный адгезиолизис выполнен у 72 пациентов. Резекция тонкой кишки с формированием анастомоза «бок в бок» произведена у 58 больных, а резекция тонкой кишки с анастомозом «конец в конец» — у 32 пациентов. Несостоятельность тонкокишечного анастомоза отмечена в 3 случаях. Летальный исход вследствие сопутствующей патологии наблюдался в 2 случаях.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической и лечебной эффективности современных методов ведения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью. Применение комплексного диагностического подхода, включающего рентгенологическое, ультразвуковое исследования и видеолaparоскопию, позволяет повысить эффективность диагностики и оптимизировать хирургическую тактику. Использование современных методов лечения способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Кобилев И.И., Тагайназаров Б.Ш., Кобилев Х.И.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КТ-ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость компьютерно-томографических признаков ишемии кишечника у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью и определить их влияние на выбор лечебной тактики.

Материал и методы. Проведен анализ 257 пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, находившихся на лечении в хирургических стационарах. Всем пациентам при поступлении выполнялась мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастным усилением. При анализе КТ-изображений оценивались ключевые признаки нарушения мезентериального кровообращения: снижение или отсутствие контрастного усиления кишечной стенки, утолщение стенки кишечника более 3 мм, наличие свободной жидкости в брюшной полости, а также признаки пневматоза кишечной стенки и газа в системе воротной вены. Полученные данные сопоставлялись с клиническим течением заболевания, характером хирургических вмешательств и интраоперационными результатами. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики, χ^2 -критерий Пирсона, расчёт отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом и ROC-анализ для оценки диагностической эффективности КТ-маркеров ишемии кишечника.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что компьютерная томография обладает высокой информативностью в диагностике ишемических осложнений при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Снижение контрастного усиления кишечной стенки выявлено у 123 пациентов (33,5%) и достоверно ассоциировалось с развитием ишемии кишечника ($p < 0,001$). Утолщение кишечной стенки более 3 мм наблюдалось у 193 пациентов (52,6%) и также демонстрировало статистически значимую связь с ишемическими изменениями. Свободная жидкость в брюшной полости выявлялась у 181 пациента (49,3%) и являлась дополнительным признаком нарушения мезентериального кровообращения. Наиболее специфическим КТ-признаком ишемии оказался пневматоз кишечной стенки, который регистрировался преимущественно у пациентов с некротическими изменениями кишечника. При сочетании нескольких КТ-признаков вероятность развития ишемии и некроза кишечника существенно возрастала. Пациенты с выраженными КТ-признаками ишемии значительно чаще нуждались в экстренном оперативном вмешательстве и резекции поражённых участков кишечника. Проведённый ROC-анализ показал высокую диагностическую эффективность комплекса КТ-маркеров ишемии кишечника, при этом площадь под ROC-кривой составила 0,87, что свидетельствует о высокой прогностической ценности метода.

Выводы. Комплексная оценка компьютерно-томографических признаков является важным диагностическим инструментом при острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Выявление характерных КТ-маркеров ишемии кишечника позволяет своевременно диагностировать осложнённые формы заболевания, прогнозировать развитие некротических изменений и оптимизировать выбор лечебной тактики. Применение мультиспиральной компьютерной томографии способствует повышению точности диагностики и улучшению результатов хирургического лечения пациентов.

Кобилова З.А., Исодухт Б.И., Ашуркулова Ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать структуру заболеваний и осложнений, зарегистрированных в первой и второй половине беременности у первородящих женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 67 историй родов и обменных карт женщин, наблюдавшихся в Центральной районной больнице Дангаринского района. В анамнезе участниц были аборты, самопроизвольные выкидыши или внематочная беременность. Оценивали возраст, срок постановки на учёт и зарегистрированные в документации состояния по периодам гестации. Доли рассчитывали от общего числа обследованных - 67. Отдельные состояния могли сочетаться, поэтому сумма их частот не рассматривалась как доля женщин с осложнениями.

Результаты исследования. Средний возраст женщин составил 28,07 года, средний срок постановки на учёт - 9,82 недели. В первой половине беременности заболевания и осложнения были зарегистрированы у 58 женщин (86,57%). Вагинит отмечен у 31 (46,27%), угрожающий выкидыш - у 26 (38,81%), острые респираторные заболевания - у 17 (25,37%), анемия - у 15 (22,39%), инфекции мочевых путей - у 12 (17,91%). Во второй половине беременности различные заболевания, осложнения или клинические симптомы были зафиксированы у 65 женщин (97,01%). Анемия диагностирована у 41 (61,19%), вагинит - у 24 (35,82%), инфекции мочевых путей - у 20 (29,85%), угроза преждевременных родов - у 19 (28,36%); отёки отмечены у 17 (25,37%). Отёки учитывались как симптом, без отождествления с преэклампсией. В структуре зарегистрированной патологии ранних сроков преобладали вагинит и угрожающий выкидыш, поздних - анемия.

Выводы. Беременность в изученной группе сопровождалась частой регистрацией сопутствующих заболеваний и акушерских осложнений, причём их структура различалась по периодам гестации. Эти наблюдения обосновывают внимание к динамике состояния каждой пациентки.

Кодиров Д.И.¹, Бердиев М.Р.¹, Коситов Д.Д.^{2,3}.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

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

4. ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

5. Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность результаты хирургического лечения арахноидальных кист головного мозга у детей различных методик оперативного вмешательства.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 59 больных с кистами больших размеров, сочетавшихся с гидроцефалией, находившихся в клинике с 2020 по 2026г. Возраст колебался от 4 месяцев до 15 лет в отделение детской нейрохирургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», являющейся клинической базой кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. . Послеоперационный период наблюдения составил от 3 месяцев до 1,5 года.

Результаты исследования. При кистах производилась эндоскопическая визуализация с последующей фенестрацией стенок (базальные цистерны и/или желудочки головного мозга). При этом, создавая искусственные пути кисто-субарахноидального ликворооттока, уменьшилось использование традиционных методов хирургического лечения, как ЛШО и количества осложнений связанных с этой методикой. У всех больных (100%) отмечались общемозговая симптоматика, гипертонзионный синдром, судороги. Положительные результаты достигнуты у 9 (69,2%) боль-

ных. У 1 (7,7 %) больного отмечено осложнение в виде субдуральной гематомы малого объема, которая самостоятельно рассосалась. У 2-х (15,4 %) стома не функционировала в период нахождения в стационаре, а 1 (7,7%) сформированное отверстие закрылось в первый месяц после операции вследствие обострения вентрикулита.

Выводы. Таким образом, при состоявшемся эндоскопическом вмешательстве, но сохраняющейся водянке – методом выбора остаётся ликворошунтирующая операция. При прочих равных условиях предпочтение должно быть отдано патогенетическим методам лечения, то есть эндоскопической кистостернотомии.

Козидавлатзода Б. Акрами П.С. Мирзоева Ш.М.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНДУКЦИИ РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии 2 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить клиничко-анамнестические особенности беременных с избыточной массой тела и ожирением, потребовавших проведения индукции родов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток, проходивших родоразрешение на базе Городского родильного дома №2 города Душанбе. В исследование вошли 60 (100%) истории беременных женщин репродуктивного возраста. Они были разделены на две группы: I группа (основная 35 беременных 58.3%) с избыточной массой тела и ожирением I–III степени (индекс массы тела, ИМТ ≥ 25 кг/м²), у которых родовозбуждение проводилось по соматическим или акушерским показаниям. II группа (контрольная 25 беременных 41.7%) с нормальной массой тела, также подлежащие индукции родов. Изучались социально-демографические показатели, соматический и акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения настоящей беременности, показатели зрелости шейки матки, а также исход родов для матери и плода.

Результаты исследования. У беременных с ожирением, нуждавшихся в индукции родов, установлена высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии (артериальная гипертензия – 42,9%(15) против 12,0%(3), хронический и гестационный пиелонефрит- у 28,6% (10) против 8,0%(2), анемия разной степени тяжести – 57,1% (20) против 24,0% в контрольной группе, самопроизвольные выкидыши в анамнезе 31,1%, незрелость родовых путей по шкале Бишоп(68,6%против 24,0%). В анамнезе у пациенток с ИМТ ≥ 30 кг/м² преобладали нарушения менструального цикла и высокий процент самопроизвольных выкидышей. Течение данной беременности чаще осложнялось преэклампсией, гестационными отеками и пролонгированием беременности. Анализ показал, что у женщин с ожирением II–III степени при поступлении достоверно чаще отмечалась незрелость родовых путей, что требовало применения комбинированных методов индукции родов у 60,0% рожениц в контрольной группе 16,% (Простогландин Е и мезопростол, мезопростол и амнеотомия) а также сопровождалось более высокой частотой аномалий родовой деятельности .

Выводы. Беременные с ожирением, подлежащие индукции родов, характеризуются отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, высокой частотой гестационных осложнений и исходной незрелостью шейки матки. Выявленные клиничко-анамнестические особенности подчеркивают необходимость ранней диагностики рисков, своевременной коррекции массы тела на этапе прегравидарной подготовки и индивидуального подхода к выбору метода подготовки родовых путей и родовозбуждения.

Комилов Д.К¹., Абдувохидов Б.У²., Мирзобоев Д.Ю¹.
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

¹Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии «Дастан дил». Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить первый опыт применения внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ) при выполнении чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и определить его практическую значимость при сложных поражениях коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование включены 6 пациентов, которым впервые в Республике Таджикистан, в клинике “Дастан дил” (г. Худжанд) выполнялнено чрескожное вмешательство (ЧКВ) с применением ВСУЗИ. Пятеро пациентов были мужского пола, одна женского. В 5 случаях выполнено стентирование ствола левой коронарной артерии (ст. ЛКА) с переходом на переднюю нисходящую артерию (ПНА). У одного пациента имело место поражение ПНА от ее устья. Зоны стеноза коронарных артерий оценены с помощью высокочастотного датчика (60 МГц) компании «Truevision» на аппарате «VivoHeart» производства Китай. ВСУЗИ использовалось для оценки анатомии и морфологии поражения коронарного сосуда, определения диаметра референсных сегментов, выбора размеров стента, а также для контроля его раскрытия и прилегания к стенке сосуда после имплантации.

Результаты исследования. В серии из 6 пациентов применение ВСУЗИ позволило получить дополнительную информацию о морфологии поражений коронарных артерий и объективно оценить результаты после их стентирования. Наиболее значимым было применение ВСУЗИ при вмешательствах на стволе ЛКА и проксимальном отделе ПНА, где точное определение диаметра сосуда, границ поражения и степени раскрытия стента имело принципиальное значение. Минимальная площадь просвета (МПП) ПНА составила менее $1,8 \pm 0,2$ мм². Бляшка имела смешанную морфологию (фиброзно-жировая). В одном случае кальциноз коронарной артерии был эксцентрическим, поверхностным с дугой $< 90^\circ$. В трех случаях кальцинированная бляшка была в виде арки (270°), а в одном случае имел место циркулярный кальциноз (360°). Дистальный референс (ДР) составил $3,0 \pm 0,2$ мм, проксимальный референс (ПР)– $3,6 \pm 0,4$ мм. Произведена стадийная предилатация суженного участка коронарной артерии с помощью некомплаенсного баллона (НС) до

10-14 атмосфер с имплантацией стента с лекарственным покрытием (СЛП) «ULTIMASTERNAGOMI» $3,0 \pm 0,5$ мм. Выполнена пошаговая оптимизация стентов с помощью NC $3,5 \pm 1,5$ мм и баллона сверхвысокого давления под давлением от 12 до 40 атмосфер. Данные контрольной ангиографии и ВСУЗИ: мальпозиции стентов и признаков диссекции интимы не обнаружено. Показатели МПП после стентирования: ствол ЛКА- 12 ± 2 мм², ПР ПНА > 9 ± 2 мм², ДР ПНА > 7 ± 1 мм². В пяти из шести случаев ЧКВ производилось на стволе ЛКА и ПНА, что демонстрирует преимущественное применение метода при наиболее сложной категории коронарных поражений.

Выводы. Применение ВСУЗИ доказало высокую эффективность при сложных ЧКВ, особенно на стволе ЛКА и ПНА, обеспечив точный контроль стентирования и повысив безопасность интервенционных вмешательств.

Корожан Т.В.^{1,2}, Качан Т.В.².

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ НА ОКТ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ: РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ СЕГМЕНТАЦИИ

1 Медицинский центр «ЛОДЭ», Минск, Беларусь

2 Кафедра глазных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать и апробировать нейросетевую архитектуру для автоматической сегментации патологических признаков на ОКТ-изображениях у пациентов с ДР в рамках пилотного исследования.

Методы исследования. В пилотное исследование включено 60 пациентов (120 глаз) с сахарным диабетом 1 и 2 типа с различными стадиями ДР. Сформирована ретроспективная выборка ОКТ-срезов (B-scans) высокого разрешения. Проведена ручная разметка ключевых структур экспертом-ретинологом с последующей верификацией. Для сегментации выбрана архитектура U-Net с функцией потерь Dice Loss и оптимизатором Adam. Данные разделены на обучающую (70%, 84 глаза) и тестовую (30%, 36 глаз) выборки.

Результаты исследования. Для сегментации определены биомаркеры с доказанным прогностическим значением. DRIL (дизорганизация внутренних слоев сетчатки) – зона неразличимости границ GCL-IPL, INL и OPL, независимый предиктор плохого функционального исхода. Интратетинальные кисты – гипорефлективные полости, количественная оценка объема которых (мм³) отражает активность диабетического макулярного отека. Твердые экссудаты – гиперрефлективные очаги в наружных слоях, маркер хронической сосудистой проницаемости (интратетинальная и субретинальная локализация, последняя связана с худшим прогнозом). HRF (гиперрефлективные очаги) – мелкие (20-40 мкм) точечные включения, маркер активного нейровоспаления. Субретинальная жидкость – гипорефлективная зона под сетчаткой, свидетельствующая об активном воспалительном компоненте ДМО. В пилотной выборке частота встречаемости DRIL в центральной 1мм составила 72% (86 из 120 глаз), интратетинальных кист – 83% (100 глаз), твердых экссудатов – 58% (70 глаз), HRF 65% (78 глаз), субретинальной жидкости – 27% (32 глаза). Средняя протяженность DRIL составила 412 ± 187 мкм. На тестовой выборке достигнуто значение Dice Similarity Coefficient > 0,78 для основных структур (слои сетчатки, кисты, DRIL). Начата автоматическая количественная оценка объема кист и протяженности DRIL.

Выводы. Пилотное исследование подтверждает принципиальную возможность автоматической сегментации ключевых ОКТ-биомаркеров при ДР на основе архитектуры U-Net. Полученные количественные данные (объем кист, протяженность DRIL, площадь экссудатов) будут использованы для построения прогностических моделей перехода непролиферативной диабетической ретинопатии в пролиферативную и оценки ответа на анти-VEGF терапию. Дальнейшее расширение выборки и дообучение модели позволят создать клинически применимый инструмент персонализированного прогнозирования.

Корожан Т.В.^{1,2}, Качан Т.В.².

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ СТАДИЮ НА ОСНОВЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ПОДХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

1. Медицинский центр «ЛОДЭ», Минск, Беларусь

2. Кафедра глазных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать прогностическую модель перехода НПДР в ПДР на основе комбинированного анализа данных фоторегистрации глазного дна и структурных биомаркеров оптической когерентной томографии (ОКТ) с применением методов машинного обучения и оценить её эффективность в пилотном исследовании.

Методы исследования. В пилотное исследование включено 56 пациентов (112 глаз) с НПДР (СД1 и СД2) с наличием цветных фотографий глазного дна и ОКТ-изображений. Проведён ретроспективный анализ с временным горизонтом 2 года. Первичная конечная точка – документированный переход в ПДР. В качестве предикторов использованы: оценка фото-признаков (геморрагии, микроаневризмы, экссудаты, ИРМА, венозные аномалии) по шкале 0–3; ОКТ-параметры (центральная толщина сетчатки, макулярный объем, наличие и протяженность DRIL, интратетинальные кисты, состояние эллипсоидной зоны, субретинальная жидкость); клинико-лабораторные данные (длительность диабета, HbA1c, глюкоза натощак, альбуминурия, липидный профиль). Для построения моделей будет проведена сравнительная оценка логистической регрессии, Random Forest, SVM и XGBoost.

Результаты исследования. Сформирована база мультимодальных данных 56 пациентов. В пилотной выборке частота встречаемости DRIL > 400 мкм (порог, основанный на литературных данных) составила 32% (36 глаз), ИРМА – 46% (52 глаза), интратетинальных кист – 71% (80 глаз). Комбинация DRIL > 400 мкм и наличия ИРМА ассоциирована с повышенным риском перехода в ПДР (предварительное отношение шансов = 3,2; 95% ДИ 1,4–7,1; $p < 0,05$). Предварительная оценка дискриминационной способности модели на основе логистической регрессии показала AUC-

ROC = 0,81, что соответствует хорошей прогностической точности и подтверждает целесообразность мультимодального подхода.

Выводы. Представленный дизайн пилотного исследования демонстрирует потенциал мультимодального подхода (фоторегистрация + ОКТ + клинико-лабораторные данные) для прогнозирования перехода НПДР в ПДР. Полученные результаты обосновывают расширение выборки для создания клинического калькулятора риска для стратификации пациентов и персонализации их ведения.

Косими З.К.^{1,2}, Муродзода А.М.¹

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Изучить структуру коморбидных заболеваний у пациентов с перитонитом и оценить тяжесть их состояния.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные 220 пациентов с перитонитом, у которых в процессе заболевания регистрировались органичные и системные дисфункции. Проспективную основную группу составили 100 (45,5%) пациентов, ретроспективную группу сравнения - 120 (54,5%). В ретроспективной группе было 45 (37,5%) женщин и 75 (62,5%) мужчин, в проспективной - соответственно 40 (40,0%) и 60 (60,0%).

Основными причинами перитонита являлись деструктивный аппендицит - 92 (41,8%) случая, прободные язвы желудочно-кишечного тракта - 38 (17,3%), острая кишечная непроходимость - 32 (14,5%), острый деструктивный холецистит - 21 (9,5%), панкреонекроз - 20 (9,1%) и послеродовый акушерский перитонит - 17 (7,7%).

Анализировали наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной и мочевыделительной систем. Тяжесть состояния пациентов проспективной группы оценивали по шкале APACHE III с использованием принятой в исследовании градации. Для сравнения частоты коморбидных заболеваний между ретроспективной и проспективной группами применяли критерий χ^2 Пирсона. С учётом множественных сравнений использовали поправку Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Коморбидные заболевания различных органов и систем часто сочетались между собой, поэтому один пациент мог иметь несколько видов сопутствующей патологии.

Наиболее распространёнными являлись заболевания мочевыделительной системы, выявленные у 125 из 220 (56,8%) пациентов. В ретроспективной группе они зарегистрированы у 67 (55,8%), в проспективной - у 58 (58,0%). К ним относились хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, поликистоз почек и другие заболевания.

Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы выявлены у 102 (46,4%) пациентов: у 55 (45,8%) в ретроспективной и у 47 (47,0%) в проспективной группе. Среди них отмечались хронические гепатиты, жировая болезнь печени, гастриты, эрозивно-язвенные поражения и колиты.

Сердечно-сосудистая патология зарегистрирована у 64 (29,1%) пациентов: у 34 (28,3%) ретроспективной и у 30 (30,0%) проспективной группы. Наиболее часто встречались артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца и нарушения сердечного ритма.

Заболевания органов дыхания отмечены у 43 (19,5%) пациентов: соответственно у 22 (18,3%) и 21 (21,0%). Эндокринные и метаболические заболевания выявлены у 29 (13,2%) пациентов: у 15 (12,5%) и 14 (14,0%). В эту категорию входили сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение и метаболические нарушения.

Статистически значимых различий между ретроспективной и проспективной группами по частоте заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной, пищеварительной и мочевыделительной систем не выявлено (во всех случаях $p > 0,05$), что свидетельствовало о сопоставимости групп по структуре коморбидной патологии.

В проспективной группе при оценке по APACHE III до 60 баллов зарегистрировано у 40 (40,0%) пациентов, 61-90 баллов - у 35 (35,0%), более 90 баллов - у 25 (25,0%). Таким образом, у 60 (60,0%) пациентов значение APACHE III превышало 60 баллов, что указывало на высокую исходную тяжесть состояния значительной части обследованных.

Сочетание острой хирургической патологии с заболеваниями мочевыделительной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем формировало значительный коморбидный фон у пациентов с перитонитом и потенциально могло ограничивать их компенсаторные возможности при развитии системного воспалительного ответа и органной дисфункции.

Заключение. У пациентов с перитонитом выявлена высокая распространённость сопутствующих заболеваний. Наиболее часто регистрировалась патология мочевыделительной системы - у 56,8%, желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы - у 46,4%, сердечно-сосудистой системы - у 29,1% пациентов.

Ретроспективная и проспективная группы были сопоставимы по структуре коморбидных заболеваний. В проспективной группе у 60,0% пациентов показатель APACHE III превышал 60 баллов, что характеризовало высокую тяжесть состояния значительной части обследованных.

Наличие сочетанной хронической патологии необходимо учитывать при оценке тяжести состояния, риска развития органной дисфункции и выборе индивидуальной лечебной тактики у пациентов с перитонитом.

ПЕЧЁНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗАХ ПЕРИТОНИТА

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», Таджикистан

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Таджикистан

Цель исследования. Оценить частоту и выраженность острой печёночной недостаточности у пациентов в зависимости от фазы клинического течения перитонита.

Материал и методы исследования. Обследованы 100 пациентов с перитонитом различных фаз клинического течения, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе. Оценку функционального состояния печени проводили с учётом рекомендаций Европейской ассоциации по изучению печени (EASL, 2017).

Диагностику перитонита и оценку его клинического течения проводили в соответствии с действовавшими клиническими рекомендациями по острому перитониту, сепсис диагностировали с учётом концепции Sepsis-3 и рекомендаций Surviving Sepsis Campaign (2021).

В зависимости от фазы течения заболевания пациенты были распределены на три группы: без признаков синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) - 40 (40,0%), с признаками ССВО - 35 (35,0%), с сепсисом или септическим шоком - 25 (25,0%). Выраженность печёночной недостаточности оценивали по принятой в исследовании градации с выделением компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной форм.

Результаты и их обсуждение. Частота острой печёночной недостаточности возрастала по мере утяжеления клинического течения перитонита.

Среди 40 пациентов без признаков ССВО ОПечН выявлена у 4 (10,0%): компенсированная форма - у 2 (5,0%), субкомпенсированная - у 1 (2,5%), декомпенсированная - у 1 (2,5%) пациента.

В группе из 35 пациентов с признаками ССВО ОПечН зарегистрирована у 12 (34,3%): компенсированная - у 5 (14,3%), субкомпенсированная - у 4 (11,4%), декомпенсированная - у 3 (8,6%).

Наиболее высокая частота и выраженность нарушений функции печени отмечены у пациентов с сепсисом или септическим шоком. В этой группе ОПечН диагностирована у 16 из 25 (64,0%) пациентов. Компенсированная форма выявлена у 2 (8,0%), субкомпенсированная - у 9 (36,0%), декомпенсированная - у 5 (20,0%).

Таким образом, частота ОПечН увеличивалась с 10,0% при перитоните без ССВО до 34,3% при развитии системной воспалительной реакции и до 64,0% при сепсисе или септическом шоке. Различия между группами были статистически значимыми ($\chi^2=20,75$; $df=2$; $p<0,001$).

Наряду с увеличением общей частоты печёночной недостаточности отмечалось изменение структуры её тяжести: при неосложнённом системным воспалением перитоните тяжёлые формы встречались единично, тогда как при сепсисе и септическом шоке субкомпенсированные и декомпенсированные формы в совокупности выявлены у 14 (56,0%) пациентов.

Заключение. Острая печёночная недостаточность является частым компонентом органной дисфункции при осложнённом течении перитонита. Частота её выявления возрастала более чем в 6 раз: с 10,0% у пациентов без признаков ССВО до 64,0% при сепсисе или септическом шоке.

По мере прогрессирования системного воспалительного ответа увеличивалась не только частота, но и выраженность нарушений функции печени, с преобладанием субкомпенсированных и декомпенсированных форм при септических осложнениях. Полученные данные обосновывают необходимость динамического контроля функционального состояния печени у пациентов с перитонитом, особенно при развитии ССВО, сепсиса и септического шока.

Косимов М.М., Мустафакулов С.С., Музаффарзода Х.М.

ИНГИБИН «В» КАК РАННИЙ МАРКЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛ-ЭКТОМИИ

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Цель исследования. Оценить значение ингибина В в восстановлении сперматогенеза после хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы. Проведено проспективное клинико-лабораторное исследование 60 мужчин 18–40 лет. Основную группу составили 30 пациентов с клинически значимым варикоцеле II–III степени, перенёвших хирургическое лечение; группу сравнения — 10 пациентов с варикоцеле без операции; контрольную группу — 20 практически здоровых мужчин с нормальной спермограммой и без патологии органов мошонки.

Проводили клиническое обследование, УЗИ органов мошонки с доплерографией, анализ спермограммы согласно рекомендациям ВОЗ, определение ингибина В, ФСГ, ЛГ и общего тестостерона методом ИФА. Основную группу обследовали до операции и через 3–6 месяцев после неё. Статистическую обработку проводили с использованием критерия Стьюдента и корреляционного анализа Пирсона; $p<0,05$ считали статистически значимым.

Результаты исследования. До операции уровень ингибина В в основной группе составлял $92,4\pm 11,6$ пг/мл против $168,7\pm 14,2$ пг/мл в контроле ($p<0,05$), в группе сравнения — $98,1\pm 10,9$ пг/мл ($p<0,05$). Уровни ФСГ и ЛГ в основной группе были повышены — $9,1\pm 1,4$ и $8,3\pm 1,2$ МЕ/л против $4,8\pm 0,9$ и $4,5\pm 0,8$ МЕ/л в контроле, а тестостерон снижен —

11,2±1,7 против 18,4±2,1 нмоль/л ($p<0,05$). В группе сравнения ФСГ и ЛГ составляли 8,7±1,3 и 7,9±1,1 МЕ/л, тестостерон — 11,8±1,5 нмоль/л.

По данным доплерографии в основной группе диаметр вен лозовидного сплетения составлял 3,8±0,4 мм, патологический рефлюкс — более 2,1±0,3 сек; в группе сравнения — 3,6±0,5 мм и 1,9±0,2 сек соответственно. В контроле расширение вен и патологический рефлюкс отсутствовали.

Концентрация сперматозоидов до операции составляла 18,6±4,3 млн/мл против 46,8±6,1 млн/мл в контроле, прогрессивная подвижность — 28,4±5,2% против 56,3±4,8% ($p<0,05$). В группе сравнения показатели существенно не отличались от исходных значений основной группы.

Через 3–6 месяцев после операции уровень ингибина В повысился до 142,5±13,8 пг/мл ($p<0,05$), ФСГ и ЛГ снизились до 6,1±1,1 и 5,4±0,9 МЕ/л, тестостерон повысился до 16,3±1,9 нмоль/л. Диаметр вен уменьшился до 2,1±0,3 мм, патологический рефлюкс отсутствовал или не превышал 0,5 сек. Концентрация сперматозоидов увеличилась до 34,7±5,6 млн/мл, прогрессивная подвижность — до 47,1±5,4%.

В группе сравнения достоверной положительной динамики не выявлено ($p>0,05$): ингибин В — 101,3±12,1 пг/мл, ФСГ — 8,4±1,2 МЕ/л, ЛГ — 7,5±1,0 МЕ/л, тестостерон — 12,1±1,6 нмоль/л; показатели доплерографии и спермограммы практически не изменились. Установлена положительная корреляция ингибина В с концентрацией сперматозоидов ($r=0,68$) и их прогрессивной подвижностью ($r=0,61$).

Выводы. Ингибин В является информативным ранним маркером восстановления сперматогенеза после варикоцелектомии. Его повышение ассоциируется с улучшением показателей спермограммы, что позволяет использовать данный показатель для оценки эффективности хирургического лечения и прогноза восстановления мужской репродуктивной функции.

Коситов Д.Д.^{2,3}, Рахмонзода Х.Дж.^{1,2}, Дагиев Ф.Ш.³.

ГЛУБИННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (DBS) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

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

2 Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.

3 ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Изучить данные международных исследований о (DBS) стимуляция глубоких (глубинных) структур головного мозга и по хирургическому лечению Болезни Паркинсона и разработать стратегию внедрения в Республики Таджикистан.

Материал и методы. Deep brain stimulation (DBS) – стимуляция (глубинных) структур головного мозга методом нейрохирургического лечения болезни при болезни Паркинсона (БП). Он заключается в воздействии различных импульсным электрическим током на определенные структуры экстрапирамидной системы при помощи имплантируемой системы, состоящей из электродов, соединенных двумя генератором импульсов. У всех обследуемых больных была выявлена Болезнь Паркинсона. Критерии отбора было возраст пациента до 70 лет и по Шкале Хён-Яра более 2-3 степени.

Результаты исследования. Болезнь Паркинсона – это хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, вызванное прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов чёрной субстанции среднего мозга и других отделов центральной нервной системы, использующих в качестве нейромедиатора дофамин, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Глубинная стимуляция головного мозга (ГСГМ) заключается в высокочастотной электрической стимуляции глубинных ядер и вызывает подобный лечебный эффект, что и при деструкции.

Выводы. Deep brain stimulation (DBS)- Глубинная стимуляция головного мозга стала важной частью лечения двигательных расстройств при болезни Паркинсона. Для пациентов, у которых симптомы заболевания не поддаются медикаментозной терапии, ГСГМ является доминирующим методом лечения. Клинические исследования показали, что улучшение качества жизни после ГСГМ превышает наилучшую медикаментозную терапию.

Куганов Ш.Б.¹, Шоев С.Н.².

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ВНЕМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

¹ Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ ИПО в СЗ РТ;

² ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Таджикистан

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения острых травматических эпидуральных гематом при методике, дополненной вскрытием твёрдой мозговой оболочки и промыванием субдурального пространства.

Материал и методы. Ретроспективное одноцентровое сравнительное исследование. Основную группу составили 15 больных, оперированных с вскрытием твёрдой мозговой оболочки и промыванием субдурального пространства, группу сравнения – 20 больных, оперированных в том же отделении и в тот же период по стандартной методике. Уровень сознания оценивали по шкале комы Глазго при поступлении, сразу после операции и при выписке, исход – по шкале исходов Глазго; хорошим восстановлением считали GOS 5. Различия долей оценивали двусторонним точным тестом Фишера, доверительные интервалы – методом Уилсона.

Результаты исследования. Группы сопоставимы по полу, возрасту и механизму травмы: дорожно-транспортная травма у 7 (46,7%) и 9 (45,0%) больных соответственно ($p = 1,000$), среднее время от травмы до операции 2 часа в

обеих группах. При поступлении 7 больных основной группы (46,7%; 95% ДИ 24,8-69,9) находились в коме с оценкой по ШКГ 7-8 баллов. Сразу после операции оценка поднялась до 11 баллов и выше у 12 больных (80,0%), ещё у 1 (6,7%)- в течение 4 суток. Хорошее восстановление к выписке достигнуто у 13 больных основной группы (86,7%; 95% ДИ 62,1-96,3) против 9 из 20 в группе сравнения (45,0%; 95% ДИ 25,8-65,8). Абсолютная разность долей 41,7 процентного пункта (95% ДИ 13,9-69,4), отношение шансов 7,94 (95% ДИ 1,41-44,81), $p = 0,016$. Летальных исходов и ранних послеоперационных осложнений не зарегистрировано ни в одной группе. Средняя продолжительность операции 90 минут против 70, длительность госпитализации 5–7 суток.

Выводы. Доля хорошего восстановления к выписке в основной группе превысила показатель группы сравнения на 41,7 процентного пункта при $p = 0,016$. Полученный показатель 86,7% сопоставим с 91%, которые F. Marhold и соавт. (2023) приводят для изолированных эпидуральных гематом при стандартной методике. Исследование нерандомизированное, распределение по группам определялось принятой в отделении тактикой, выборки малы, а доверительный интервал отношения шансов охватывает почти полтора порядка. Различие следует рассматривать как основание для проспективного контролируемого исследования с оценкой частоты эпилептических приступов и гидроцефалии через 6 и 12 месяцев, а не как доказанный эффект методики.

Куганов Ш.Б.¹, Шоев С.Н.²

ТЕХНИКА ВСКРЫТИЯ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И ПРОМЫВАНИЯ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ

¹Кафедра нейрохирургии и вертебродологии ГОУ ИПОвСЗ РТ;

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Таджикистан

Цель исследования. Описать технику вскрытия твёрдой мозговой оболочки с промыванием субдурального пространства и оценить её безопасность и трудоёмкость.

Материал и методы. Способ применён у 15 больных с травматическими эпидуральными гематомами (ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», 2020–2026 гг.): 11 мужчин (73,3%) и 4 женщины (26,7%), средний возраст $27,4 \pm 5,1$ года. Объём удалённых гематом 30–150 мл, субарахноидальное кровоизлияние на дооперационной компьютерной томограмме выявлено у 5 больных (33,3%). Группу сравнения составили 20 больных, оперированных в тот же период по стандартной методике.

Техника операции. Способ выполняют в пять этапов. Этап 1- трепанация в проекции гематомы, удаление свёртков и жидкой крови, гемостаз источника кровотечения, оценка напряжения, пульсации и цвета оболочки. Этап 2-через оболочку по обе стороны от намеченной линии разреза проводят страховочную нить: вкол с одной стороны, выкол с другой; потягивание за концы приподнимает оболочку над корой и создаёт зазор. Этап 3-между вколом и выколом нити оболочку рассекают линейным или Х-образным разрезом длиной 0,5 см под оптическим увеличением. Этап 4-через разрез промывают субдуральное пространство тёплым ($36-37^{\circ}\text{C}$) 0,9% раствором натрия хлорида малым давлением до чистых промывных вод; мозговое вещество не трактуют. Этап 5-разрез ушивают той же нитью наглухо, оболочку подшивают к надкостнице четырьмя узловыми швами по периметру трепанационного окна, костный лоскут укладывают на место (костно-пластическая), рану ушивают послойно.

Результаты исследования. Ранних послеоперационных осложнений- повреждения коры, ликвореи, раневой инфекции, менингита, повторного скопления крови- не зарегистрировано: 0 из 15. Дополнительный этап удлинит вмешательство в среднем на 20 минут: 90 минут против 70 в группе сравнения. Люмбальная пункция в послеоперационном периоде выполнена 5 больным (33,3%): эритроциты в ликворе 3 кл/мкл у 2 и 5 кл/мкл у 3 больных, что соответствует практически прозрачному ликвору.

Выводы. Приём технически прост, не требует оборудования сверх стандартного набора и выполним в любом нейрохирургическом отделении. Страховочная нить исключает ранение коры, разрез длиной 0,5 см достаточен для промывания и не нарушает герметичности при ушивании. Отсутствие осложнений у 15 больных безопасности метода не доказывает: при такой выборке истинная частота может достигать 20,0% (верхняя граница по правилу трёх).

Кульгашова М.А., Смирнов Г.В., Яматина С.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЬЕРА РОБЕНА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СВЯТОГО ВЛАДИМИРА» Департамента здравоохранения г. Москвы. Россия

Цель исследования. Анализ проблемы и совершенствование алгоритма обеспечения проходимости дыхательных путей у данной категории пациентов в отделениях анестезиологии реаниматологии.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей с Синдромом Пьера Робена за период с 2018 по 2025 год проходивших лечение на базе ОРИТ ДГКБ св. Владимира (76 детей в возрасте от 4 суток до 6 месяцев). Двое детей поступили в ОРИТ с установленными ранее трахеостомами, 6 детей поступили на ИВЛ через ранее установленные в иных медицинских учреждениях интубационные трубки. У 14 детей по выпискам в анамнезе были технически затрудненные интубации трахей.

Результаты исследования. Всем 74 детям была выполнено первичное эндоскопическое исследование гортани и трахеи, последующая эндоскопическая интубация трахеи. У 4 детей уже при первоначальной фиброларинготрахеоскопии и последующей интубации трахеи диагностированы стенозы подскладкового отдела гортани. У 2 пациентов, поступивших на ИВЛ выявлена лариномаляция и трахеомаляция, потребовавшая наложения трахеостомы. Также всем пациентам проводилась прямая ларингоскопия: по шкале Кормака - Лехена визуализирована картина III – IV классов.

Младенцы после этапа оперативного лечения СПР (компрессионно-дистракционный остеосинтез) были экстубированы на 7-18 сутки после операции. У 9 детей на 5-12 сутки после экстубации отмечена нарастающая дыхательная недостаточность (у 7 детей были использованы ЭТТ без диэтилгексилфталата, у 2 были использованы ЭТТ с диэтилгексилфталатом). При проведении эндоскопического исследования гортани и трахеи диагностированы рубцовые стенозы гортани и трахеи в дальнейшем проводилось их хирургическое лечение. Внутренний протокол ведения больных с синдромом Пьера Робена были внесены дополнения. Учитывая риски формирования постинтубационных стенозов гортани и трахеи принято решение на 10-14 сутки после экстубации проводить контрольную фиброларинготрахеоскопию с целью своевременной диагностики и срочного лечения стенозов при их наличии.

Выводы. В случае необходимости обеспечения проходимости дыхательных путей у младенцев с синдромом Пьера Робена с целью минимизации травматизации слизистой гортани и трахеи выработан оптимальный алгоритм: первичное эндоскопическое исследование гортани и трахеи в предоперационном периоде; последующая эндоскопическая интубация трахеи с использованием ЭТТ с диэтилгексилфталатом; контрольное эндоскопическое исследование гортани и трахеи на 10-14 сутки после экстубации.

Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф., Камолов А.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЕ РЕЙНО ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Усманов Н.У.,

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности шейно-грудной симпатэктомии при хирургическом лечении болезни и синдроме Рейно верхних конечностей.

Материал и методы исследования. Данное сообщение основано в результате хирургического лечения 246 больных, которым произведено селективная шейно-грудная симпатэктомия по поводу хронической ишемии пальцев кисти обусловленной болезнью или синдромом Рейно. Возраст больных колебался от 15 до 66 лет. Среди оперированных больных преобладали лица женского пола 186 (75,6%). Длительность заболевания и хронической ишемии верхних конечностей составила от 1 года до 22 лет. Болезнью Рейно было 102 больных, синдром у 144. Всем больным в дооперационном периоде кроме клиничко-анамнестического исследования, проводилось ультразвуковая доплерография и дуплексное ангиосканирование сосудов верхних конечностей, рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника и грудной клетки на наличие шейных ребер и косто-клавикулярного синдрома. Всем 246 больным производилось селективная шейно-грудная симпатэктомия, в 44 случаях симпатэктомия производилась с обеих сторон надключичным доступом. При синдроме Рейно обусловленной экстравазальной компрессией сосудисто-нервного пучка у выхода из грудной клетки, сперва производилась декомпрессия сосудисто-нервного пучка в зависимости от причины компрессии сосудисто-нервного пучка - путем резекции 1-го ребра, рудиментарных или добавочных шейных ребер и скаленотомии, после чего операция дополнялось селективной шейно-грудной симпатэктимией – надключичным или трансаксиллярным доступом.

Результаты исследования. После произведенной операции гемодинамический эффект от селективной шейно-грудной симпатэктомии оценивалось в ближайшем послеоперационном периоде. У всех 246 больных после симпатэктомии сразу же на операционном столе отмечалось покраснение кожных покровов и потепление ишемизированной кисти, исчезало гипергидроз, более отчетливо определялось пульсация на лучевой и локтевой артериях, капиллярная реакция на пальцах становилось положительным. В последующем отмечалось тенденция к заживлению трофических язв в виде появления грануляционной ткани на кончиках пальцев кисти, имевших место при третьей стадии заболевания. При ультразвуковой доплерографии после операции кровотока в магистральных артериях оставался нормальным как в физиологическом положении, так и при пробе Эдсона. В первые сутки после операции по данным ультразвуковой доплерографии отмечалось усиление скорости кровотока.

Выводы. Адекватно произведенная декомпрессия СНП при экстравазальной компрессии сосудисто-нервного пучка при выходе из грудной клетки с дополнением селективной шейно-грудной симпатэктимией при синдроме Рейно и проведение данной операции при болезни Рейно в ближайшем послеоперационном периоде даёт хороший положительный гемодинамический эффект.

Курбанов У.А., Фурохов И.Ё., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОПЕРЕЧНОГО ОТРОСТКА VII ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА - ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Цель исследования. Изучить распространённость анатомо-морфологических вариантов поперечного отростка VII шейного позвонка (C7) на основании лучевых методов исследования шейно-грудного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В исследование включены 398 рентгенограмм, полученных при обследовании студентов Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ) и других лиц в 2022 г., а также 551 рентгенограмма, выполненная в 2025 г. на базе поликлиники ХГМУ. Общее число обследованных составило 949 (100%).

В отдельных случаях (n = 102), при сомнительных или неясных рентгенологических данных, дополнительно выполнялась компьютерная томография (КТ) с трёхмерной реконструкцией на 16-срезовом томографе Siemens Somatom Emotion.

Все рентгенограммы и КТ-изображения тщательно анализировались с целью выявления аномалий поперечного отростка VII шейного позвонка (С7). Гендерный состав обследованных включал 666 мужчин (70,2%) и 283 женщин (29,8%).

Результаты исследования. В 2022 г. из 398 обследованных лиц изменения поперечного отростка С7 выявлены у 159 (40,0%), в 2025 г. - у 182 из 551 (33,0%). В целом за период исследования среди 949 обследованных анатомо-морфологические изменения поперечного отростка С7 выявлены у 341 (36,0%), тогда как у 608 (64,0%) его строение соответствовало норме. Наиболее часто выявлялась гипертрофия поперечного отростка С7 (ГПО) - у 248 (26,2%) обследованных, при этом двусторонняя форма отмечена в 206 (83,1%) случаях, односторонняя - в 42 (16,9%). Удлинение поперечного отростка С7 (УПО) выявлено у 80 (8,4%) лиц, из них УПО I типа - у 62 (6,5%), УПО II типа - у 18 (1,9%). Шейные рёбра выявлены у 13 (1,4%) обследованных; 6 случаев были двусторонними и 7 - односторонними.

Выводы. Аномалии развития поперечного отростка С7 выявлены у 36,0% обследованных, при этом наиболее часто встречалась гипертрофия поперечного отростка - у 26,2%. Удлинение поперечного отростка выявлено у 8,4%, шейные рёбра - у 1,4% обследованных.

Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И., Хомидзода И.Дж.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ ПЕРВОГО
ЛУЧА КИСТИ

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

Цель исследования. Улучшить функциональные и эстетические результаты хирургического лечения больных с послеожоговой приводящей контрактурой первого луча кисти.

Материалы и методы. В Республиканской клинической больнице за период с 2016 по 2026 год оперированы 47 больных с послеожоговой приводящей контрактурой первого луча кисти. Среди них было 28 мальчиков и 19 девочек. Выбор метода операции зависел от степени контрактуры, размеров и локализации рубцовых изменений, состояния окружающих тканей и выраженности дефицита кожи.

Во время операции выполняли рассечение и полное освобождение рубцово изменённых тканей, устранение приведения большого пальца, восстановление ширины и глубины первого межпальцевого промежутка. Для закрытия образовавшегося дефекта применяли различные варианты местной кожиной пластики: Butterfly flap - у 26 больных, Square flap - у 12, Eight-flap - у 4, Hirschowitz flap - у 3 и Double opposing rhomboid pedicle flap - у 2 пациентов.

Результаты исследования. Наиболее часто использовали метод Butterfly flap - у 26 больных. Метод Square flap применяли у 12 пациентов, преимущественно при необходимости дополнительного удлинения рубцово изменённой кожи и восстановления первого межпальцевого промежутка. В 4 случаях выполнена пластика Eight-flap, в 3 случаях - Hirschowitz flap, а у 2 больных использован метод double opposing rhomboid pedicle flap.

Применение местных кожных лоскутов позволило устранить рубцовое приведение первого луча, восстановить раскрытие первого межпальцевого промежутка и улучшить функцию противопоставления большого пальца. Индивидуальный выбор метода пластики обеспечивал закрытие раневого дефекта без выраженного натяжения тканей и создавал условия для профилактики рецидива контрактуры.

Выводы. Послеожоговая приводящая контрактура первого луча кисти требует дифференцированного хирургического подхода. Использование местных кожных лоскутов, включая Butterfly flap, Square flap, Eight-flap, Hirschowitz flap и Double opposing rhomboid pedicle flap, позволяет эффективно восстановить анатомию первого межпальцевого промежутка и улучшить функцию кисти. Выбор метода операции должен определяться выраженностью рубцовой деформации, размерами дефекта и состоянием окружающих тканей.

Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.
ОДНОЭТАПНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПО SALINAS ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ И СРЕДНЕСТВОЛОВЫХ ФОР-
МАХ ГИПОСПАДИИ

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

Цель исследования. Оценить клинко-функциональные возможности одноэтапной уретропластики по Salinas и обосновать показания к её применению при дистальных и среднестволовых формах гипоспадии.

Материал и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 16 первичных больных с дистальными и среднестволовыми формами гипоспадии, оперированных в РКБ Дангаринского района в 2016–2025 гг. Возраст пациентов составлял от 4 до 11 лет; средний возраст – $7,5 \pm 3,5$ года. Ранее оперативных вмешательств на половом члене не выполняли, поэтому ткани сохраняли нормальную структуру и не имели рубцовых изменений. Меатостеноз выявлен у 8 больных, врождённое искривление полового члена – у 12.

Реконструкцию выполняли с формированием неоуретры из препуциального лоскута на общей питающей ножке. У 10 пациентов с дистальными формами использовали классический вариант операции Salinas. При среднестволовой локализации дефекта параметры и положение лоскутов определяли индивидуально; при дефиците их длины в состав лоскута включали кожу дорсальной поверхности полового члена. Эффективность вмешательства оценивали по течению послеоперационного периода, жизнеспособности лоскутов, характеру мочеиспускания, функциональному и эстетическому результатам. В отдалённые сроки выполняли клинический осмотр и урофлоуметрию.

Результаты исследования. У всех пациентов ближайший послеоперационный период протекал без местных и общих осложнений. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, перемещённые лоскуты полностью

прижились. Швы снимали на 10–12-е сутки, уретральный катетер удаляли на 7–8-е сутки. После удаления катетера мочеиспускание осуществлялось через сформированную уретру полной, ровной струёй. Средняя длительность стационарного лечения составила 10±2 суток. В сроки наблюдения от 1 года до 10 лет у обследованных больных сохранялись свободное мочеиспускание без разбрызгивания мочи, естественная форма полового члена и отсутствие его искривления при эрекции. Данные клинического осмотра и урофлоуметрии подтвердили удовлетворительный функциональный результат.

Выводы. 1. Одноэтапная уретропластика по Salinas целесообразна при первичных дистальных и среднестеволовых формах гипоспадии при наличии достаточного объёма препуциальных тканей. 2. Использование лоскутов на общей питающей ножке поддерживает адекватное кровоснабжение неоуретры и снижает вероятность ишемических нарушений. 3. Индивидуальное моделирование лоскутов, при необходимости с включением кожи дорсальной поверхности полового члена, позволяет адаптировать метод к более протяжённым дефектам.

Курбанова Р.Т., Хасанова Х.Т. Мухамедова И.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить эффективность сухожильно-мышечно-костной пластики при лечении врожденного вывиха надколенника у детей.

Материал и методы. Изучены истории болезни 13 больных находившихся на лечении в детском травматологическом отделении ГУ НМЦ – РТ. Девочек было – 8, мальчиков – 5, в возрасте от 9 до 15 лет. Двухсторонняя патология отмечалась у 2 (15%), односторонняя у – 11 (85%) больных. При легкой степени врожденного вывиха надколенника (3-30 %) определялась избыточная боковая подвижность его при разгибании коленного сустава и свободное перемещение кнаружи. При средней степени (6-59%) смещение надколенника кнаружи сочеталось с поворотом в сагиттальной плоскости. У больных с тяжелой степенью (4 -%) определялось ограничение сгибания в коленном суставе, надколенник располагался сбоку и сзади латерального мыщелка бедренной кости и при разгибании голени положение его не менялось. У больных (10 --%) при пальпации отмечалось значительное натяжение латеральной порции четырехглавой мышцы бедра. У детей старшего возраста (4- %) отмечалась вальгусная деформация голени, уплощение и отставание в развитии латерального мыщелка бедренной кости.

На рентгенологических снимках у 9 (30,7%) при средней и тяжелой степени патологии определялись латеропозиция надколенника, скошенность наружного мыщелка бедра и наружная торсия в метаэпифизарной зоне бедренной кости при тяжелой степени 4. В пояснично-крестцовом отделе позвоночника были выявлены диспластические изменения - люмбализация и незаращение дужек L₅₋₆, S₁ позвонков. Электромиография показала резкое снижение биоэлектрической активности внутренней и прямой порции четырехглавой мышцы бедра.

Результаты исследования. Показанием к операции было постоянное вывихивание надколенника при ходьбе, развитие вальгусной деформации голени. Оперативное вмешательство включало в себя элемент сухожильно-мышечно-костной пластики - операция Ру – Фридлянда – Волкова. Во всех случаях производилась широкая мобилизация прямой мышцы бедра вместе с надколенником, с перемещением к средней линии и устойчивой фиксацией, разделение латеральной порции от прямой мышцы бедра, смещение ее вверх и подшивании под острым углом к прямой мышце бедра. В 4 (%)случаях при вальгусной деформации голени операция сочеталась с деротационной надмыщелковой остеотомией бедренной кости с последующим металлоостеосинтезом пластиной, с наложением гипсовой лонгетой на 4-5 недель. Реабилитационное лечение в виде физиопроцедуры, ЛФК без нагрузки конечности в течение 6 недель.

У 12 (92,3%) больных в отдаленном периоде отмечен хороший результат (полное восстановление функции коленного сустава, устойчивая ходьба). У одного 7(,7%) больного наблюдался рецидив вывиха надколенника, в связи, с чем повторно была произведена операция Ру – Фридлянда - Волкова в сочетании с лавсанопластикой по Мовшовичу.

Выводы. Врожденный вывих надколенника является тяжелой патологией ведущей к развитию хронической нестабильности коленного сустава и раннего артроза и требует выполнения ранних, щадящих хирургических вмешательств с последующей полноценной, своевременной реабилитацией.

Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Мухамедова И.Г.

АНАЛИЗ ТАКТИЧЕСКИХ И ТЕХНИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить причины тактических и технических ошибок при лечении переломов длинных костей конечности.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГУ НМЦ РТ в клинике травматологии и ортопедии. Материалом для его выполнения послужили данные индивидуальной медицинской документации 112 пострадавших, которые получили лечение по поводу перелом длинных трубчатых костей в различных медицинских учреждениях Республики Таджикистан в период с 2020 по 2024 гг. Возраст больных составил от 23 до 50 лет. Мужчин –82 женщин – 30. Преобладали мужчины трудоспособного возраста, что объясняется их занятостью травмоопасными занятиями.

Распределение переломов по сегментам: перелом бедренной кости у 32 больных, перелом костей голени у 47 больных, перелом плечевой кости у 15 больных, перелом костей предплечья у 18 больных.

Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалоб, осмотра пациента, механизма травмы, возраста и соматического фона.

Результаты исследования. На основании анализа данных медицинской документации и рентгенографии доставлений от места оказания до госпитального и госпитальной помощи 112 больных с известными отделенными результатами отмечены ошибки в 31 (27,6%) наблюдении, которые подразделены на:

- а) ошибки предоперационного планирования (тактические) – 11 (35,4%).
- б) ошибки технические – 14 (45,25%).
- в) ошибки послеоперационного ведения – 6 (19,35%).

К ошибкам первой группы отнесены: неправильный выбор метода лечения перелома (5), неправильный выбор металлоконструкции (4) и неадекватная оценка степени нестабильности перелома (2), считаем, что эти факторы в последующем способствовали смещению фрагментов, что привело к несращению перелома или формированию ложного сустава.

Наиболее часты ошибки технического характера, среди которых недостаточная репозиции отломков (4), неправильное расположение фиксатора (3) или неправильный подбор его длины (3), оставшийся диастаз между отломками (4).

Основной ошибкой в после операционном периоде преждевременная нагрузка на оперированную конечность (4) и рану снятую иммобилизацию (2), которые привели к развитию нарушению неправильно сросшихся переломов.

Выводы. Таким образом, ретроспективный анализ наших исследований показал, что допущенные тактические и технические ошибки при оперативном лечении больных с переломами длинных трубчатых костей различной локализации, характером и степенью тяжести перелома оказались неблагоприятными факторами, вызвавшими развитие различных инфекционных и ортопедических осложнений. Для значительного снижения количества ошибок, процента и тяжести осложнений при оперативном лечении перелом длинных костей требует строгое соблюдение следующих условий:

- правильная организация лечебно – диагностического процесса.
- верный выбор тактики лечения, техники операции и применяемых фиксаторов.

Курбонов С.Х., Абдулов М.С., Нурхонов Д.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у пациентов с сочетанной черепно–мозговой травмой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 пациента с закрытыми переломами проксимального отдела бедренной кости у пациентов с сочетанными черепно–мозговыми травмами различной степени тяжести в возрасте от 25 до 65 лет, в период 2024-2025гг. Мужчины составили 28 (66,7 %), женщины - 14 (33,3 %). Причинами травм были: дорожно-транспортные происшествия - 16 (38,1%), случаев; кататравмы - 12 (28,6%); бытовые и уличные травмы - 14 (33,3%). С целью стабилизации костных отломков и профилактики осложнения при поступлении больных была применена гипсовая повязка в виде деротационного сапожка или ортез деротационный на голеностопный сустав. Уровень нарушения сознания и тяжести травм оценивались по шкале комы Глазго (выше 13) и шкала ISS (ниже 16). Согласно универсальной классификации АО/ASIF (Мюллера) у пациентов переломы встречались: внутрисуставные (переломы шейки бедра, 31-B1-B2-B3) – 21 (50%) пациент, внесуставные (вертельные переломы, 31-A1-A2-A3) – 21 (50%) пациент. Всем пациентам проведён остеосинтез с использованием пластины с угловой стабильностью (LCP-Locking Compression Plate).

Результаты исследования. При анализе ближайших и отдалённых результатов лечения по шкале Любошица-Маттиса-Швацберга получены следующие данные: Хорошие результаты - 34 (80,9%), удовлетворительные - 5 (11,9%), неудовлетворительные - 3 (7,1%) (у пациентов с внутрисуставным переломом шейки бедра 31-B1-B2-B3 и головки бедра 31-C1-C2-C3).

Из неудовлетворительных у 1 пациента старше 60 лет имела место миграция металлоконструкции на фоне остеопоротических изменений проксимального отдела бедренной кости. У 2 больных в послеоперационном периоде развился ложный сустав шейки бедра из-за сопутствующих заболеваний сахарного диабета. У этих больных результаты оперативного лечения осложнилось посттравматическим асептическим некрозом головки бедренной кости, в последующем им было рекомендовано эндопротезирование тазобедренного сустава.

Выводы. Таким образом, правильно проведённая предоперационная подготовка больного, правильный выбор метода лечения и его технически точное выполнение, оптимальный стабильно-функциональный остеосинтез с помощью пластины с угловой стабильностью и адекватная анатомическая репозиция являются залогом успешного восстановления функций повреждённых сегментов. Ранняя функциональная реабилитация, включающая дозированную нагрузку и целенаправленную лечебную физкультуру, позволяет минимизировать риски гиподинамических нарушений. Комплексный подход к ведению таких пациентов обеспечивает не только эффективную профилактику ранних и поздних послеоперационных осложнений, но и гарантирует быстрое восстановление локомоции, значительно сокращая сроки временной нетрудоспособности и улучшая качество жизни больного.

Курбанова Г.Х., Додхоева М.Ф.
СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить соматическую патологию и их сочетание у женщин с рвотой беременных.

Материал и методы. Исследования. 240 беременных с рвотой различной степени (основная группа). Группу сравнения составили 33 пациентки без рвоты беременных. Для установления сопутствующей соматической патологии, на фоне которых наступила беременность, всем исследованным пациенткам проведены общеклинические лабораторные и функциональные исследования. Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Заслуживает внимания большое число и многообразие экстрагенитальной патологии пациенток основной группы как в отдельности, так и в сочетании нескольких заболеваний. Из 240 обследованных беременных со рвотой у 204 (85,0%) была отмечена сопутствующая экстрагенитальная патология за исключением ОРВИ, на которую указали 92,1% пациенток. Основной лидирующей патологией оказался хронический пиелонефрит, который был обнаружен в 77,1% в основной группе ($p < 0,001$). Диффузное увеличение щитовидной железы, а также заболеваний желудочно-кишечного тракта и анемии также были достоверно больше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). У каждой 5-й пациентки с рвотой была обнаружена патология вены. Частота степени рвоты беременных при различных заболеваниях особо не отличалась. Учитывая высокую частоту экстрагенитальной патологии, был проведен анализ сочетаний основных сопутствующих заболеваний, таких как хронический пиелонефрит, анемия, диффузное увеличение щитовидной железы, гастрит, холецистит, гепатит и бронхит. Хронический пиелонефрит сочетался в 42 сл. (22,7%) с холециститом, в 40 сл. (21,6%) – с гастритом, в 80 сл. (45,2%) – с анемией, 119 сл. (64,3%) – с диффузным увеличением щитовидной железы и т. д. Холецистит был установлен в 86 сл. (35,8%). Это заболевание сочеталось в 32 сл. (25,6%) с гастритом, в 43 сл. (50%) с диффузным увеличением щитовидной железы, в 19 сл. (22,1%) с анемией и др., причём при учёте степени тяжести рвоты беременных частота осложнений встречалась по возрастающей – 33,3%, 36,7% и 40,0% соответственно. Гастрит сопутствовал рвоте беременных у каждой 4-й пациентки – в 24,2% случаев. В 36,0% случаев осложнение протекало в тяжёлой форме. Немало было и других сопутствующих заболеваний. Кроме указанного, у некоторых пациенток было сочетание трёх и более различных заболеваний. В группе пациенток с лёгкой формой рвоты беременных сочетание 2-х заболеваний было отмечено у 36,9% женщин, 3-х заболеваний – у 28,8%, т.е. почти у каждой третьей, 4 и более – у 8,1%. В группе женщин со средней степенью тяжести осложнения сочетаний 2-х сопутствующих заболеваний отмечены при лёгкой степени – 35,4%, 3-х – 21,5%, а 4-х и более – 17,6%, т.е. в 2 раза чаще, чем в предыдущей группе. Значительное сочетание болезней отмечено у беременных с тяжёлой степенью рвоты – 28,0% сочетание 2-х заболеваний, 44,0 – сочетание 3-х заболеваний и 22,0% – сочетание 4-х и 5 экстрагенитальных патологий.

Вывод. У беременных женщин с рвотой беременных выявлена высокая частота сопутствующей соматической патологии, их многообразие и высокая частота сочетаний этих заболеваний, которые прямо зависели от степени тяжести этой формы токсикоза.

Курбанова Г.Х., Шералиева М.Г.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ
Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Выявить и оценить факторы, способствующие развитию рвоты беременных, с определением их взаимосвязи со степенью выраженности данного осложнения беременности.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведён комплексный ретроспективный и проспективный анализ результатов обследования 240 беременных женщин, обратившихся в Центры репродуктивного здоровья по поводу рвоты или госпитализированных в отделение патологии беременности городского родильного дома №1 в течение одного года (2021-2022). В зависимости от клинической выраженности рвоты беременных пациентки были распределены на три группы. В I группу вошли 111 женщин с лёгкой формой осложнения, во II группу – 79 беременных со средней степенью тяжести, III группу составили 50 пациенток с тяжёлой формой рвоты беременных. При проведении исследования учитывались возраст обследованных, социальный статус, особенности менструальной функции, акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальных заболеваний, а также сезонность возникновения и госпитализации по поводу данного осложнения.

Результаты исследования. Анализ распределения госпитализаций в течение года выявил выраженную неоднородность частоты поступления беременных с рвотой в пазные сезоны года. Наиболее высокий показатель был зарегистрирован в январе, когда доля госпитализированных составила 17,0%. Среди поступивших в этот период средняя степень тяжести осложнения определялась у 27,8% женщин, тогда как тяжёлая форма отмечалась у 20,0% пациенток. Наиболее низкая частота госпитализаций наблюдалась в июне – всего 0,4%. В данном месяце была зарегистрирована лишь одна беременная, у которой диагностирована лёгкая степень рвоты. При объединении показателей в соответствии с сезонами года установлено, что максимальная доля госпитализированных приходилась на осенний и зимний периоды – по 31,2% соответственно. Среди этих женщин средняя степень тяжести осложнения была выявлена у 48,1%, а тяжёлая – у 28,0%. При этом наиболее высокая частота тяжёлых форм отмечалась осенью – 36,0%. В летний период, напротив, наблюдалось существенное снижение числа госпитализаций: их удельный вес составил 12,1%. Доля беременных с тяжёлой формой рвоты среди поступивших летом была равна 10,0%. Возрастная структура обследованных также имела определённые особенности. Женщины в возрасте до 20 лет, относящиеся к категории юного репродуктивного возраста, составили 15,0% от общего числа пациенток. Наибольшую долю представляли женщины ак-

тивного репродуктивного возраста – 76,2 %. На возрастные группы 20–24 года и 25–29 лет приходилось соответственно 28,7% и 27,1% обследованных, то есть практически каждая четвёртая пациентка относилась к одной из этих возрастных категорий. Особенно показательным являлось преобладание молодых женщин среди пациенток с тяжёлой формой рвоты: их удельный вес в данной группе достигал 82,0%. Женщины позднего репродуктивного возраста составляли наименьшую часть обследованных – 8,7%. Изучение социального положения показало, что среди обследованных преобладали домохозяйки – 73,3%. Остальные пациентки были представлены работающими женщинами и студентками. Доля женщин с образованием составила 27,9%. При изучении особенностей менструальной функции установлено, что нормальный характер менструального цикла отмечался только у 52,9% обследованных беременных. Среди женщин с нормальной менструальной функцией тяжёлая форма осложнения выявлялась в 26,0% случаев. У значительной части пациенток были выявлены различные нарушения менструального цикла в анамнезе. Среди них отмечались позднее наступление менархе, скудные и укороченные менструации, альгодисменорея, нерегулярность менструального цикла и другие нарушения. При этом распределение форм рвоты беременных в большинстве исследуемых групп было относительно сопоставимым. Определённая особенность была выявлена у многократно беременных женщин. В этой категории тяжёлая форма рвоты регистрировалась в 40,0% случаев, что превышало соответствующие показатели в других группах обследованных. Особое внимание при оценке факторов риска было уделено соматическому статусу пациенток. Анализ анамнеза и сопутствующей патологии продемонстрировал высокую распространённость ряда хронических заболеваний. Наиболее часто у обследованных беременных выявлялся хронический пиелонефрит – 77,1%. Второе место по частоте занимало диффузное увеличение щитовидной железы – 63,7%. Анемия диагностировалась у 41,2% женщин, холецистит – у 35,8%, гастрит – у 24,2%, бронхит – у 23,3% пациенток. Помимо перечисленной патологии выявлялись и другие заболевания.

Вывод. Таким образом, к факторам развития рвоты беременных относятся молодой возраст, наличие нарушений менструальной функции, повторная беременность, дефицит массы тела, а также высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Курбонова Г.Х., Абдуллоева Р.А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК И ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ТОКСИКОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

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

Цель исследования. Изучить особенности ультразвуковой картины почек, печени и желчного пузыря у беременных с токсикозом различной степени тяжести.

Материалы и методы. Проведено ультразвуковое исследование почек у 97 пациенток с токсикозом беременных, в том числе у 34 пациенток с лёгкой, 38 - со средней и 25 - с тяжёлой степенью заболевания. Оценивали размеры почек, контуры, толщину паренхимы, эхогенность, подвижность, состояние чашечек, а также наличие отложения солей, конкрементов и нефроптоза. Исследование печени и желчного пузыря проведено у 101 пациентки: 39 - с лёгкой, 37 - со средней и 25 - с тяжёлой степенью токсикоза. Определяли размеры желчного пузыря и его стенки, размеры печени, диаметр воротной и нижней полой вен, состояние контуров, краёв и структуры паренхимы печени.

Результаты исследования. При ультразвуковом исследовании почек существенных различий их основных морфометрических показателей в зависимости от степени тяжести токсикоза не отмечено. Длина левой почки составляла $101,1 \pm 5,7$ мм при лёгкой, $101,2 \pm 5,7$ мм при средней и $100,6 \pm 4,0$ мм при тяжёлой степени токсикоза. Ширина левой почки составляла соответственно $49,9 \pm 3,7$; $48,9 \pm 4,2$ и $48,3 \pm 5,0$ мм. Длина правой почки составила $99,8 \pm 5,8$; $96,3 \pm 16,3$ и $98,7 \pm 4,8$ мм, ширина - $48,3 \pm 4,4$; $47,6 \pm 4,4$ и $48,4 \pm 4,1$ мм соответственно. Гладкие контуры почек определялись у 70,6% (24) пациенток с лёгкой, 60,5% (23) со средней и 68,0% (17) с тяжёлой степенью токсикоза. Толщина паренхимы левой почки составила $16,3 \pm 2,0$; $15,9 \pm 2,6$ и $16,3 \pm 2,3$ мм, правой - $17,3 \pm 2,6$; $16,9 \pm 2,8$ и $17,0 \pm 2,7$ мм соответственно. Отложение солей являлось наиболее часто выявляемым ультразвуковым признаком со стороны почек и отмечалось у 79,4% (27) пациенток с лёгкой, 73,7% (28) со средней и 80,0% (20) с тяжёлой степенью токсикоза. Конкременты выявлены у 3,0% (1) пациентки с лёгкой и 2,6% (1) со средней степенью тяжести; при тяжёлой степени конкременты не определялись. Нефроптоз выявлен только в группе со средней степенью токсикоза - у 5,3% (2) пациенток. При исследовании печени и желчного пузыря выраженных различий основных морфометрических показателей между группами не отмечено. Длина желчного пузыря составила $65,4 \pm 8,9$ мм при лёгкой, $61,9 \pm 8,7$ мм при средней и $61,6 \pm 6,5$ мм при тяжёлой степени токсикоза. Ширина желчного пузыря составляла соответственно $29,5 \pm 5,3$; $29,3 \pm 5,9$ и $31,0 \pm 4,7$ мм, толщина его стенки - $3,5 \pm 0,8$; $3,8 \pm 0,9$ и $3,6 \pm 0,9$ мм. Загиб желчного пузыря выявлен у 10,2% (4), 8,1% (3) и 8,0% (2) пациенток соответственно. Переднезадний размер печени составил $119,0 \pm 21,8$ мм при лёгкой, $118,4 \pm 19,3$ мм при средней и $115,2 \pm 31,2$ мм при тяжёлой степени токсикоза. Высота правой доли печени составила соответственно $72,9 \pm 17,6$; $72,4 \pm 19,9$ и $77,4 \pm 22,2$ мм. Диаметр воротной вены практически не различался и составлял $5,9 \pm 0,3$; $5,9 \pm 0,4$ и $5,9 \pm 0,6$ мм соответственно. Диаметр нижней полой вены составил $11,1 \pm 1,2$; $11,0 \pm 1,9$ и $10,6 \pm 1,9$ мм. Ровные контуры печени определялись у 74,3% (29) пациенток с лёгкой, 89,2% (33) со средней и 68,0% (17) с тяжёлой степенью токсикоза. Неровные контуры выявлены соответственно у 15,4% (6), 16,2% (6) и 28,0% (7) пациенток. Однородная структура паренхимы печени сохранялась у большинства обследованных - 79,5% (31), 78,4% (29) и 80,0% (20) пациенток соответственно. Острые края печени определялись у 71,8% (28), 89,2% (33) и 80,0% (20), тупые - у 10,2% (4), 18,9% (7) и 16,0% (4) пациенток соответственно.

Выводы. Таким образом, результаты ультразвукового исследования показали, что при токсикозе беременных различной степени тяжести основные морфометрические показатели почек, печени и желчного пузыря существенно не изменялись. Наиболее частым ультразвуковым признаком со стороны почек являлось отложение солей, которое

выявлялось у 73,7-80,0% обследованных пациенток. При исследовании печени у большинства беременных сохранялась однородная структура паренхимы, а основные размеры печени и показатели сосудов существенно не различались между группами.

Курбонова Д.Р., Исмазода М.Н., Курбонбекова Ш.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКА В УСЛОВИЯХ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Республиканская клиническая больница района Дангара.

Цель исследования. Представить опыт выполнения лапароскопической цистэктомии при кистах яичника в условиях ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района».

Материал и методы. В течение 8 месяцев 2026 года в гинекологическом отделении ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района» выполнено 50 оперативных вмешательств по поводу кист яичников и их осложнений. Возраст пациенток варьировал от 20 до 44 лет. Диагностика основывалась на тщательном сборе анамнеза, клиническом обследовании, ультразвуковом исследовании органов малого таза и лабораторных методах исследования, включая определение уровня репродуктивных гормонов по показаниям. Размеры кистозных образований составляли от 55 до 105 мм.

По морфологической структуре выявлены: дермоидные кисты - в 10 случаях (20,0%), фолликулярные кисты - в 35 случаях (70,0%) и эндометриозидные кисты - в 5 случаях (10,0%).

После проведения предоперационной подготовки всем пациенткам выполнены лапароскопические оперативные вмешательства. В зависимости от характера патологического процесса проводилось удаление кистозного образования с максимально возможным сохранением неизменённой ткани яичника.

Результаты исследования. За исследуемый период выполнено 50 лапароскопических операций по поводу кист яичника и их осложнений. В большинстве случаев наблюдались осложнения в виде перекрута кисты и её разрыва с излитием содержимого в брюшную полость. Лапароскопический доступ позволил выполнить хирургическое лечение с минимальной операционной травмой, обеспечить адекватную визуализацию патологического очага и создать условия для более быстрого восстановления пациенток в послеоперационном периоде. Во всех случаях применялся лапароскопический метод хирургического лечения, что свидетельствует о технической возможности широкого внедрения современных малоинвазивных технологий в условиях районной клинической больницы. В послеоперационном периоде пациенткам проводилась краткосрочная антибактериальная терапия продолжительностью до 3 суток, 2 раза в день. Средняя продолжительность пребывания в стационаре сократилась с 7 до 4 койко-дней.

Полученный опыт подтверждает техническую осуществимость выполнения лапароскопических вмешательств при кистах яичника и их осложнениях в условиях ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района».

Выводы. Лапароскопическое хирургическое лечение кист яичника является эффективным и малотравматичным методом оперативного лечения, позволяющим максимально сохранять здоровую ткань яичника и способствующим более быстрому послеоперационному восстановлению.

Курбонова Д.Р., Исмазода М.Н., Курбонбекова Ш.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Республиканская клиническая больница района Дангара.

Цель исследования. Представить опыт хирургического лечения миомы матки в условиях ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района» и оценить структуру выполненных оперативных вмешательств в зависимости от характера заболевания, клинических проявлений и развившихся осложнений.

Материал и методы. В гинекологическом отделении ГУ «Республиканская клиническая больница Дангаринского района» за 8 месяцев 2026 года выполнено 16 оперативных вмешательств по поводу миомы матки и связанных с ней осложнений. Возраст пациенток составил от 35 до 44 лет.

Результаты исследования. Выбор объёма хирургического вмешательства определялся возрастом пациентки, выраженностью клинических проявлений заболевания, прежде всего наличием продолжающегося маточного кровотечения, размерами и локализацией миоматозных узлов, а также наличием осложнений. Основным показанием к оперативному лечению являлось продолжающееся маточное кровотечение, не поддающееся консервативной терапии. Из 16 оперированных пациенток у 4 (25,0%) выполнена консервативная миомэктомия с сохранением матки. У 6 (37,5%) пациенток произведена надвлагалищная ампутация матки. У 6 (37,5%) пациенток в связи с осложнённым течением заболевания, сопровождавшимся выраженным маточным кровотечением и патологическими изменениями стенки матки, выполнена экстирпация матки; у 2 из них операция дополнена удалением придатков. В послеоперационном периоде проводилась комплексная медикаментозная терапия, включавшая антибактериальную терапию продолжительностью до 3 суток, гемостатическую терапию, а также внутривенное введение электролитных растворов в течение 3 дней. Послеоперационный период протекал без существенных осложнений. Средняя продолжительность пребывания пациенток в стационаре составляла 5–7 койко-дней. Таким образом, органосохраняющее хирургическое лечение проведено у четверти пациенток, тогда как у большинства пациенток потребовалось выполнение радикальных оперативных вмешательств.

Вывод. Полученный клинический опыт свидетельствует о том, что хирургическое лечение является важным методом ведения пациенток с симптомной и осложнённой миомой матки. Объём оперативного вмешательства должен

определяться индивидуально с учётом возраста пациентки, выраженности клинических проявлений, размеров и локализации миоматозных узлов, наличия осложнений и репродуктивных планов.

Ли Василий Никитович

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Многопрофильный медицинский центр «EZGU NIYAT», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить независимые предикторы развития послеоперационной сердечно-лёгочной недостаточности (СЛН) и оценить их диагностическую значимость у пациентов после радикальной коррекции тетрады Фалло (РКТФ).

Материал и методы. В исследование включено 149 пациентов, перенёвших РКТФ. В соответствии с характером течения раннего послеоперационного периода пациенты были разделены на четыре группы: без признаков СЛН ($n=100$, 67,1%; выписка из ОРИТ в плановые сроки без осложнений), синдром малого выброса — СМВ ($n=20$, 13,4%; ФВ ЛЖ $<40\%$, потребность в инотропных препаратах, признаки органной гипоперфузии), правожелудочковая недостаточность — ПЖН ($n=22$, 14,8%; ФВ ПЖ $<45\%$, давление в ПЖ >25 мм рт. ст.) и бивентрикулярная недостаточность — БВН ($n=7$, 4,7%; ФВ ЛЖ $<40\%$ в сочетании с ФВ ПЖ $<45\%$). В качестве потенциальных предикторов СЛН анализировались дооперационная сатурация кислорода (SpO_2), дооперационная фракция выброса правого желудочка (ФВ ПЖ), уровень лактата крови через 6 часов после РКТФ, продолжительность искусственного кровообращения (ИК), время пережатия аорты (ОккАо), а также факт выполнения трансаннулярной пластики.

Результаты исследования. Наиболее высокий дооперационный уровень SpO_2 отмечен у пациентов без СЛН ($79,2\pm0,65\%$), тогда как у пациентов с развившейся БВН он оказался наименьшим ($61,7\pm3,43\%$), при этом медиана опускалась ниже порогового значения 70% ($p<0,001$). Уровень ФВ ПЖ до операции также достоверно различался между группами ($p<0,001$): у пациентов без СЛН медиана составила около 54% — выше порогового значения 45% , тогда как во всех трёх группах с осложнениями медиана находилась ниже или на границе этого порога. Лактат крови через 6 часов после РКТФ подтверждён как высокоинформативный маркер тяжести СЛН: значение $\geq 4,0$ ммоль/л устойчиво разграничивало пациентов без осложнений от пациентов с любой формой СЛН, при этом наиболее высокие значения соответствовали наиболее тяжёлой форме — БВН. Превышение времени ИК более 80 минут ассоциировалось с развитием СМВ и ПЖН, тогда как БВН такой зависимости не демонстрировала. По данным ROC-анализа наивысшую диагностическую точность в отношении прогнозирования СЛН показали уровень лактата (AUC=0,8884), ФВ ЛЖ (AUC=0,8827) и SpO_2 (AUC=0,8385), тогда как время ИК и продолжительность окклюзии аорты продемонстрировали умеренную диагностическую эффективность (AUC=0,6529 и 0,6478 соответственно). По результатам бинарной логистической регрессии независимыми предикторами послеоперационной СЛН явились: уровень лактата $>4,0$ ммоль/л (ОШ=2,94; 95% ДИ 1,51–5,74; $p<0,001$); время пережатия аорты >50 мин (ОШ=2,61; 95% ДИ 1,38–4,94; $p=0,003$); дооперационная $SpO_2 <70\%$ (ОШ=2,44; 95% ДИ 1,28–4,65; $p=0,007$); выполнение трансаннулярной пластики (ОШ=2,38; 95% ДИ 1,18–4,81; $p=0,015$); время ИК >80 мин (ОШ=1,98; 95% ДИ 1,04–3,77; $p=0,037$).

Выводы. Уровень послеоперационного лактата, длительность пережатия аорты, исходная сатурация кислорода и объём хирургической коррекции (трансаннулярная пластика) являются ключевыми независимыми предикторами развития послеоперационной СЛН после РКТФ с высокой диагностической значимостью (AUC до 0,89).

Ли Василий Никитович

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Многопрофильный медицинский центр «EZGU NIYAT», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние возрастной структуры пациентов на результативность оптимизированного протокола периоперационного ведения при радикальной коррекции тетрады Фалло (РКТФ) в различных возрастных подгруппах.

Материал и методы. В исследование включено 149 пациентов с тетрадой Фалло, разделённых на группу сравнения ($n=71$, традиционный протокол) и основную группу ($n=78$, оптимизированный протокол). Для оценки возрастной зависимости эффекта протокола когорты были дополнительно стратифицированы на три возрастные подгруппы: 0–3 года (группа сравнения $n=4$, основная группа $n=41$), 4–6 лет ($n=19$ и $n=24$ соответственно) и 7–17 лет ($n=48$ и $n=13$ соответственно). Такое распределение отражает смену хирургической стратегии центра — переход от отсроченной коррекции у детей старшего возраста к ранней РКТФ в первые годы жизни. В каждой возрастной подгруппе оценивались: частота развития послеоперационной сердечно-лёгочной недостаточности (СЛН), длительность ИВЛ, длительность пребывания в ОРИТ, а также частота применения инотропных препаратов и вазопрессоров. Отдельно анализировались показатели у подгруппы пациентов, у которых СЛН всё же развилась, что позволило оценить не только частоту осложнения, но и тяжесть его течения на фоне разных протоколов в зависимости от возраста.

Результаты исследования. В возрастной группе 0–3 года частота СЛН составила $75,0\%$ (3 из 4) в группе сравнения против $31,7\%$ (13 из 41) в основной группе ($p=0,239$ — без статистической значимости ввиду малочисленности группы сравнения); при этом длительность пребывания в ОРИТ достоверно сократилась с $4,8\pm0,95$ до $2,5\pm0,28$ сут ($p=0,025$), а у пациентов с развившейся СЛН — с $5,7\pm0,35$ до $4,2\pm0,47$ сут ($p=0,024$) и длительность гемодинамической поддержки — с $113,5\pm2,47$ до $79,5\pm10,76$ ч ($p=0,0088$). Применение адреналина снизилось с $50,0\%$ до 0% ($p<0,001$), допамина — с $75,0\%$ до $9,8\%$ ($p=0,007$). В возрастной группе 4–6 лет частота послеоперационной СЛН достоверно

снизилась с 47,4% до 16,7% ($p=0,030$). Длительность ИВЛ сократилась с $12,6\pm 1,24$ до $8,1\pm 1,43$ ч ($p=0,022$), а у пациентов с СЛН — с $15,6\pm 1,53$ до $10,0\pm 1,15$ ч ($p=0,015$); длительность гемодинамической поддержки у пациентов с СЛН уменьшилась со $138,4\pm 1,2$ до $95,5\pm 14,9$ ч ($p=0,017$). Частота применения милринона возросла с 21,1% до 91,7% ($p<0,001$), адреналин в основной группе не применялся (21,1% против 0,0%; $p=0,019$), допамин снизился с 26,3% до 4,2% ($p=0,038$); значимых различий по добутамину и норадреналину не выявлено ($p=0,102$ и $p=0,837$). Наиболее выраженный эффект протокола отмечен в возрастной группе 7–17 лет: частота СЛН снизилась с 39,6% до 7,7% ($p=0,066$, статистическая значимость не достигнута из-за малочисленности основной подгруппы, $n=13$), однако длительность пребывания в ОРИТ уменьшилась с $3,3\pm 0,36$ до $1,3\pm 0,22$ сут — в 2,5 раза ($p<0,001$), длительность ИВЛ — с $17,4\pm 2,53$ до $5,5\pm 0,94$ ч — в 3,2 раза ($p<0,001$). У пациентов с СЛН длительность гемодинамической поддержки сократилась с $132,1\pm 5,76$ до $26,0\pm 0$ ч ($p<0,001$), длительность ОРИТ — с $5,9\pm 0,44$ до $3,0\pm 0$ сут ($p<0,001$). Допамин и адреналин в основной группе данной подгруппы не применялись ($p=0,039$ и $p=0,169$ соответственно).

Выводы. Преимущества оптимизированного протокола периоперационного ведения пациентов с тетрадой Фалло прослеживаются во всех возрастных подгруппах и нарастают по мере увеличения возраста пациентов на момент операции, достигая наибольшей выраженности в группе 7–17 лет (сокращение сроков ОРИТ в 2,5 раза, ИВЛ — в 3,2 раза).

Мавлонова С.Н., Саидова А.Н., Мамадалиева Т.А.

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ГОУ ТГМУ им. Абули ибни Сино

Цель исследования. Изучить локальный цитокиновый статус и клеточные иммунные показатели у женщин с рецидивирующими патологиями репродуктивной сферы для разработки более точной диагностики и эффективной терапии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 женщин в возрасте от 22 до 42 лет.

- **Основная группа (80 человек):** 40 пациенток с хроническим эндометритом и 40 — с длительно текущей ВПЧ-инфекцией высокого онкогенного риска.

- **Группа контроля (40 человек):** здоровые женщины соответствующего возраста.

Для анализа применялись цервикальная слизь и образцы из влагалища. Содержание цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-10, TNF- α , IFN- γ) определяли методом ИФА, а субпопуляции лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD56+, CD16+) — с помощью проточной цитометрии.

Результаты исследования. Исследование показало существенное нарушение местной иммунорегуляции у пациенток основной группы. В цервикальной слизи зафиксирован значительный рост уровней провоспалительных цитокинов IL-1 β и TNF- α , которые превысили показатели контроля в 3,4 и 2,8 раза соответственно, а у женщин с ВПЧ отмечен выраженный дефицит защитного интерферона IFN- γ . В ткани эндометрия при хроническом эндометрите выявлено угнетение пула натуральных киллеров (снижение CD56+ клеток на 42% относительно нормы) и инверсия соотношения CD4+/CD8+ в сторону цитотоксических Т-лимфоцитов, что свидетельствует о незавершенном иммунном ответе и формировании стойкого воспалительного очага.

Выводы. Локальный иммунодефицит и дисбаланс цитокинового профиля являются ключевыми патогенетическими факторами хронизации воспалений и длительной персистенции вирусов. В связи с этим определение количества CD56+ клеток и спектра цитокинов в секрете служит надёжным прогностическим маркером репродуктивных неудач, а для эффективного восстановления барьерной функции слизистых оболочек традиционное лечение необходимо дополнять адресно действующей иммунокоррекцией.

Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Саидзода Х.С.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения дивертикула Меккеля у детей.

Материал и методы. Проанализированы ретроспективные данные историй болезни 88 детей, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу дивертикула Меккеля (ДМ) за период с 2010 по 2025 гг. в клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Возраст детей составил от 3 до 14 лет (возрастная медиана - 5,7 лет). В зависимости от метода проведения оперативного вмешательства дети были разделены на 2 группы. 1-ю контрольную группу составили 40 детей, которым была выполнена оперативное вмешательство традиционным — лапаротомным способом. Начиная с 2015 г. мы выполняем оперативные вмешательства данной категории больных лапароскопическим видеоассистированным способом. Эти дети вошли во вторую основную группу (48 пациентов). Клиническая картина ДМ отличалась разнообразием. Одни из ведущих симптомов в нашем исследовании были абдоминальный болевой синдром, кишечная непроходимость, желудочно-кишечное кровотечение и разные формы дивертикулита. До операции всем детям было произведено общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и диагностическая лапароскопия.

Результаты исследования. У подавляющего большинства пациентов оперативные вмешательства проводились в неотложном и срочном порядке. *Нами пришлось выполнять резекцию подвздошной кишки вместе с дивертикулом, поскольку язвенный дефект может локализоваться не только на самом дивертикуле, но и на противолежащей стенке кишки. Необходимость данного объема аргументируется возможной локализацией язвенного процесса на стороне, контралатеральной стороне дивертикула.* Чаще всего интраоперационно выявляли явления кишечной непроходимости, - в среднем в 41% случаев. Инвагинация была подтверждена в 17% наблюдений и заворот кишки как

причина непроходимости встречался реже - в 14%. Второй по распространённости осложнений явилось кишечное кровотечение, которое в среднем наблюдалось в 34% случаев. Более редкими осложнениями являлись перфорация кишечника, зарегистрированная в 10% случаев (по данным 6 серий), и дивертикулит, который встречался во всех анализируемых сериях с частотой 13%. Средняя продолжительность оперативного вмешательства у пациентов основной группы составила 79,3 мин ($\pm 29,3$), а у детей контрольной группы 81,8 мин ($\pm 35,7$). Среднее пребывание больного в стационаре в послеоперационном периоде у детей основной группы составило $9,93 \pm 2,08$ суток, а у контрольной $14,4 \pm 3,4$ суток. Наиболее частым показанием к повторному хирургическому вмешательству служили непроходимость кишечника, а также значительно реже отмечались раневая инфекция и параумбиликальные грыжи. В послеоперационном периоде после открытой дивертикулэктомии у одного ребенка, на 5 сутки после операции возникло явление кишечной непроходимости, которая успешно была коррегирована с хорошими результатами. В двух случаях контрольной группы были послеоперационные нагноения раны. У одного больного основной группы отмечалось нагноение послеоперационной раны, которое было устранено консервативным способом. Случаи конверсии потребовались в двух наблюдениях.

Выводы. Таким образом, лапароскопические операции с видеоассистированием при ДМ у детей могут считаться операциями выбора и являются реальной альтернативной открытым операциям, так как обладают всеми преимуществами минимально инвазивных вмешательств и имеют такие же клинические результаты, что и при лапаротомии.

Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Шарипов Х.В.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности интраоперационной респираторной поддержки при лапароскопических операциях у детей.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование результатов анестезиологического обеспечения 33 детей, перенесших лапароскопические оперативные вмешательства. Все операции выполнялись в условиях общей тотальной внутривенной анестезии с миорелаксацией и искусственной вентиляцией лёгких. Во время операции непрерывно мониторировали уровень углекислого газа в конце выдоха (EtCO_2), сатурацию кислорода (SpO_2) и максимальное давление в дыхательных путях. Оценивали необходимость коррекции параметров ИВЛ, изменение режима вентиляции, развитие интраоперационных респираторных и гемодинамических событий, время экстубации, потребность в переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), необходимость продлённой искусственной вентиляции лёгких и непосредственные послеоперационные Результаты исследования. Статистическая обработка проведена с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. После формирования карбоксиперитонеума коррекция параметров искусственной вентиляции лёгких потребовалась всем 33 (100%) пациентам. Наиболее часто выполнялись увеличение дыхательного объёма - у 13 (39,4%) детей, увеличение частоты дыхания - у 12 (36,4%), повышение уровня положительного давления в конце выдоха (РЕЕР) - у 11 (33,3%) и изменение режима вентиляции с VC-AC на PC-AC - у 7 (21,2%) пациентов. Необходимости увеличения фракции кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2) не возникло ни в одном наблюдении. После формирования карбоксиперитонеума максимальное значение EtCO_2 достигало 47 мм рт.ст. (среднее значение - 44,8 мм рт.ст.), минимальная SpO_2 составила 88% (среднее минимальное значение - около 90%), максимальное давление в дыхательных путях - 21 см вод. ст. Умеренная гиперкапния ($\text{EtCO}_2 > 45$ мм рт.ст.) зарегистрирована у 16 (48,5%) пациентов, кратковременное снижение $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ - у 24 (72,7%) детей. Повышение давления в дыхательных путях носило транзиторный характер и не сопровождалось развитием клинически значимых респираторных осложнений. Гипотензия отмечена у 4 (12,1%) пациентов, тахикардия - у 5 (15,2%). Среднее время экстубации составило $11,9 \pm 2,5$ минуты. Перевод в ОРИТ потребовался 9 (27,3%) пациентам, однако необходимость в проведении продлённой искусственной вентиляции лёгких отсутствовала во всех случаях. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 9 (27,3%) детей и были представлены преимущественно парезом кишечника и в одном случае длительным отделяемым по дренажу. Во всех наблюдениях достигнуто выздоровление.

Выводы. Лапароскопические операции у детей сопровождаются изменениями параметров вентиляции после формирования карбоксиперитонеума, что требует своевременной индивидуальной коррекции искусственной вентиляции лёгких. Наиболее эффективными методами коррекции являлись увеличение дыхательного объёма, частоты дыхания, уровня РЕЕР и, при необходимости, изменение режима вентиляции, что позволяло поддерживать адекватный газообмен без увеличения FiO_2 . Индивидуализированный подход к респираторной поддержке обеспечил стабильное течение интраоперационного периода, раннюю экстубацию, отсутствие необходимости в продлённой ИВЛ и благоприятные непосредственные результаты лечения у всех пациентов.

Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Шарипов Х.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННЕГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценить особенности различных стратегий интраоперационной респираторной поддержки при хирургическом лечении двустороннего эхинококкоза лёгких у детей.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование результатов анестезиологического обеспечения 62 детей с двусторонним эхинококкозом лёгких в возрасте от 3 до 16 лет (масса тела 14–46 кг). Исследование выполнено

на базе торакоабдоминального отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан при кафедре детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. в период 2021–2026 гг.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода вентиляции: первая группа - 38 детей с двухлёгочной искусственной вентиляцией через стандартную эндотрахеальную трубку, вторая - 24 ребёнка с однолёгочной вентиляцией. Во время операции контролировали показатели гемодинамики и газообмена (SpO_2 , $PetCO_2$), оценивали необходимость коррекции параметров ИВЛ, сроки экстубации и послеоперационные Результаты исследования. Продолжительность операций составляла 60–90 минут, послеоперационная ИВЛ - 15–30 минут, объём кровопотери - 50–80 мл.

Результаты исследования. При использовании двухлёгочной вентиляции показатели газообмена и гемодинамики оставались стабильными: SpO_2 поддерживалась в пределах 97–99% (среднее 98%), $PetCO_2$ находился в физиологических пределах. Эпизодов выраженной гипоксемии, нарушений сердечного ритма и значимой гемодинамической нестабильности не зарегистрировано.

При однолёгочной вентиляции отмечались более выраженные изменения респираторных и гемодинамических параметров: снижение SpO_2 до 83-86% сопровождалось увеличением АД на 9-14%, САД на 12% и ЧСС на 18% относительно исходных значений. Для стабилизации газообмена требовалась коррекция параметров ИВЛ, включая изменение дыхательного объёма и частоты вентиляции, что позволяло поддерживать $PetCO_2$ на уровне $34,6 \pm 3,1$ мм рт.ст.

Во всех случаях при вскрытии эхинококковых кист выполнялась санация трахеобронхиального дерева для профилактики аспирационных осложнений. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 11 пациентов: нагноение раны - 4 случая, ограниченная пневмония - 2, бронхит - 4, ателектаз - 1 случай. Все осложнения купированы консервативно. Летальных исходов не отмечено, выздоровление достигнуто у 100% пациентов.

Выводы. Стратегия интраоперационной респираторной поддержки является важным фактором безопасности хирургического лечения двустороннего эхинококкоза лёгких у детей. Использование двухлёгочной вентиляции обеспечивает более стабильные показатели оксигенации, вентиляции и гемодинамики по сравнению с однолёгочной вентиляцией. Индивидуальная коррекция параметров ИВЛ и постоянный мониторинг SpO_2 и $PetCO_2$ позволяют своевременно выявлять нарушения газообмена, обеспечивая раннюю экстубацию и благоприятные непосредственные результаты лечения.

Максимович М.М.¹, Терехович Т.И.², Шнитко С.Н.³

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

¹УЗ «Центральная районная поликлиника № 25 Московского района г. Минска» г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь

³Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить эффективность бальнеотерапии в комплексной терапии лиц пожилого возраста после одностороннего эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Наш материал охватывает 53 человека в возрасте от 59 до 76 лет, из них 37 мужчин и 28 женщин. Эндопротезирование тазобедренного сустава было выполнено в срок от 3-х месяцев до 1-го года до начала применения бальнеотерапии. Реабилитационная практика была направлена на максимально возможное сохранение функции сустава.

Результаты исследования. План восстановительных процедур составлялся в зависимости от стадии заболевания, осложняющих обстоятельств и сопутствующих заболеваний. Наличие в организме металлоконструкции определяло ограничения в проведении некоторых видов физиотерапевтических процедур. Пациенты были осматривались врачом-реабилитологом, врачом-физиотерапевтом, а также, по показаниям, эндокринологом, кардиологом, неврологом. Продолжительность терапии составила от 14 до 21 дня. Пациенты получали сухие углекислые, сероводородные, йодобромные, скипидарные, бишофитные ванны в щадящем режиме с пороговой концентрацией минеральных веществ.

После проведенной терапии отмечены позитивные результаты – уменьшились боли в позвоночнике и смежных суставах, стабилизировалась двигательная активность, улучшилась саморегуляция нервно-мышечной системы. Пациенты отмечают стойкое снижение болевого симптома, значительно увеличивает амплитуды и объема движений в суставе, улучшение качества жизни.

Отказ пациентов от проведения бальнеопроцедур связан только со сложностью захода и выхода из ванны в связи необходимостью использования 1-2 ступенек лестницы. Данная причина отсутствует при проведении сухих углекислых ванн и снижается при увеличении периода от проведения операции.

Вывод. Бальнеотерапия – эффективный компонент комплексной терапии пациентов после проведения эндопротезирования тазобедренного сустава.

Маликов Н.Д., Норзода М.М., Саъдуллозода Б.С.

ОМУЗИШИ ОРИЗАҲОИ САБТШУДА ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ САҢҲОИ РОҲҲОИ ПЕШОБ

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии №1-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон».

Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара. Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ҷойгиршавии санғҳо ва оризаҳои сабтшуда дар беморони ҷарроҳишуда.

Мавод ва усулҳо. Маводи клиникии 18 беморе, ки дар давоми ҳашт моҳи соли 2026 дар шароити Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникии ноҳияи Данғара ҷарроҳӣ шудаанд, ба таври тавсифӣ таҳлил гардид. Синну соли беморон 23-52 буд; 8 нафар (44,4%) мардон ва 10 нафар (55,6%) занон буданд. Мавқеи ҷойгиршавии санг, усули дренаж ва оризаҳои сабтшуда баррасӣ шуданд. Ҳиссаи ҳар нишондиҳанда аз шумораи умумии 18 бемор ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Санги гурда дар 10 бемор (55,6%), санги ҳолиб дар 6 (33,3%) ва санги масона дар 2 нафар (11,1%) ба қайд гирифта шуд. Пиелонефрити калкулёзӣ дар 13 бемор (72,2%) ва гидронефрози дараҷаи II-III дар 5 нафар (27,8%) сабт гардидааст. Ин нишондиҳандаҳо алоҳида арзёбӣ шуданд ва ҳамчун гурӯҳҳои ҳамдигарро истисно-кунанда истифода нагардиданд.

Нефролитотомия дар 6 бемор (33,3%), пиелолитотомия дар 4 (22,2%), ҷарроҳӣ барои санги ҳолиб дар 6 (33,3%) ва везикотомия дар 2 нафар (11,1%) анҷом дода шуд. Дар 6 бемор нефростома гузошта шуда, дар 3 нафар (16,7%) стентгузорӣ иҷро гардид. Ҳамин тавр, даҳлатҳои марбут ба санги гурда зиёда аз нисфи амалиётҳоро ташкил доданд.

Дар давраи мушоҳида тангшавии мавзъи даҳлат ба ҳолиб дар 4 бемор (22,2% аз тамоми силсила), серомаи захм дар 4 (22,2%) ва ҷурраи баъдичарроҳӣ дар 2 нафар (11,1%) сабт шуд. Инҳо басомадҳои алоҳидаи оризаҳо мебошанд; ҷамъ кардани онҳо шумораи беморони дорои ҳадди ақал як оризаро муайян намекунад. Дар беморони бе ориза бистарӣ 12-15 шабонарӯз давом кард. Муқоисаи самаранокии стентгузорӣ бо ин тарҳи тавсифӣ анҷом дода нашуд.

Ҳулоса. Дар таҳқиқоти мазкур санги гурда нисбат ба дигар бемориҳо бартарӣ дошт. Оризаҳои сабтшуда ҳам ба роҳҳои пешоб ва ҳам ба захми ҷарроҳӣ дахл доштанд. Натиҷаҳо сохтори фаъолияти як муассисаро инъикос мекунанд ва барои пайгирии алоҳидаи оризаҳои урологӣ ва захмӣ замина медиҳанд.

Мансуров Х.Н., Муминзода Дж.Дж, Абдуллозода З.Р.

ТАКТИКА ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО АЛГОРИТМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и качество лечения кист почек путём разработки и внедрения нового лечебно-диагностического алгоритма.

Материал и методы. Проведён проспективный анализ историй болезни 27 пациентов, обратившихся в ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2014 по 2024 гг. Возраст пациентов варьировал от 20 до 89 лет. Мужчин было 13, женщин-14. Односторонние кистозные изменения в почках были у 16 больных, билатеральные - у 10. Клинические наблюдения, вошедшие в исследование, распределены на 3 группы. 1-ю группу составили 7 больных, у которых кисты до 4 см, они находились под динамическим наблюдением. Во 2-ю группу вошли 16 больных, которым делали лечебные пункции кист почек со склеротерапией. Из них у 9 (67,3%) пациентов излечение наступило после первой пункции, у 2 (12,3%) - пункции выполняли повторно, у 5 (13,6%) - трижды, рецидивы возникли у 1 (6,8%) больного. В 3-ю группу вошли 4 пациента с кистозными поражениями почек, которым выполнена кистэктомия открытым методом. Из них 3 (53,1%) больным проведены операции по поводу простых неосложнённых кист почек, в одном случае - по поводу осложнённых кист почек или симультанно с хирургическим лечением сопутствующей урологической патологии удаления камня почки.

Результаты и обсуждение. В результате анализа историй болезни пациентов с различными жидкостными образованиями забрюшинного пространства разработан алгоритм клинико-лучевого обследования и лечения больных с кистами почек.

1. В первой группе 7 больных, при выявлении по УЗИ жидкостного образования, расположенного внутри почки, не сообщающегося с полостной системой, размером менее 4 см. Необходимо наблюдение пациента, которое заключается в выполнении контрольного УЗИ 1 раз в 6 мес. 2. Во второй группе 16 больных, при наличии всех следующих признаков кисты: размер до 6 см, капсула при УЗИ не видна, однородное содержимое, однокамерная, включений нет, показана пункция кисты со склеротерапией. 3. В третью группу вошли 4 больных, у которых жидкостное образование размером более 5 см, толщина капсулы более 1 мм (видна при УЗИ), неоднородное содержимое, многокамерная, рецидивная, локализация кисты такова, что предполагаемый пункционный канал проходит трансренально или трансабдоминально, или киста парапельвикальная, - произведена люмботомия, кистэктомия (иссечение кисты, резекция почки или нефрэктомия в зависимости от характеристики кисты и функции почки).

Вывод. При наличии кист почки и сопутствующей патологии этого же органа возможно выполнение открытой кистэктомии для одновременной ликвидации кисты и лечения выявленной патологии. Такими заболеваниями могут быть камни в почках или мочеточнике, нефроптоз, нарушение проходимости пиелоуретерального сегмента и др.

Махмадиев А.А., Юсупов А.Ш., Муродов Ш.Д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ.

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучит особенности клинического течения острого мастоидита у детей.

Материал и методы. В детское ЛОР отделение ГУ НМЦ РТ за период 2022-2025гг по экстренным показаниям были госпитализированы 47 больных с диагнозом острый мастоидит. Возраст больных составляет от 3 до 14 лет, (мальчиков 27, девочек 20; сельские 28, городские 19). Всем больным были проведены отомикроскопия, лабораторные исследования. Некоторым больным была выполнена компьютерная томография височных костей.

Результаты исследования. У 36 госпитализированных детей диагностирован субпериостальный абсцесс, у 9 субпериостальный абсцесс и флегмона шеи (мастоидит Бецолда), у 1-го ребёнка (2года 8месяц.) субпериостальный абсцесс с флегмоной мягких тканей височной области и у 1-го субпериостальный абсцесс с осложнением пареза

лицевого нерва. Все дети поступили от 3-7 го дня после заболевания. До поступления в стационар некоторым детям была начата антибактериальная терапия в амбулаторных условиях по поводу острого среднего отита, однако на 5-7 сутки появилась припухлость в заушной области с признаками флюктуации и по экстренным показаниям было госпитализировано.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений в ячейках сосцевидного отростка были выполнены следующие виды операции: антромотомия-16, антромастоидотомия -18, радикальная операция-13.

У всех оперированных детей, обнаружены сходные патологические изменения в сосцевидном отростке: обширные деструктивные изменения, распространение патологического процесса в скуловые, угловые, верхушечные, пороховые, перисинуозные перифациальные, перилабиринтные ячейки, блок aditus ad antrum отечной слизистой оболочкой и/или грануляционной тканью, наличие деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка.

Выводы. Основным патогенетическим механизмом развития осложнений острого мастоидита является гиперплазия слизистых оболочек полостей среднего уха, блок aditus ad antrum и выход гнойного содержимого пещеры сосцевидного отростка, через каналы эмиссарных вен под надкостницу с развитием субпериостального абсцесса.

Махмадиев А.А., Юсупов А.Ш., Сандов Д.Х.

СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить состояние слуха у детей с экссудативным средним отитом.

Материал и методы исследования. В условиях ЛОР – клиники НМЦ РТ на кафедре оториноларингологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино нами было обследовано 45 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Исследование проводилось с сентября 2024 по май 2025 гг. Исследование включало: сбор жалоб со слов родителей, анамнез, клинический осмотр ЛОР-органов (риноскопия, отоскопия, фарингоскопия). Наряду со стандартным клиническим осмотром ЛОР- органов всем детям были проведены субъективные (тонально- пороговая аудиометрия- ТПА, игровая аудиометрия) и объективные методы исследования слуха.

Результаты исследования. Жалобы со слов родителей и самих пациентов на снижение слуха- 100%, частые ОРИ- 18 пациентов (40%), заложенность носа- 34 (53,3%), аутофония- 5 (11,1%), шум воды в ухе- 12 (26,6%), боль в ухе- 7 (15,5%), синуситы- 9 (20%), ночной энурез- 6 (13,3%), нарушение речи – 9 (20%).

После проведения тимпанометрии у всех пациентов была выявлена кривая типа В. На ОАЭ у 100% тест не прошёл «REFER». Далее все пациенты были направлены на эндоскопическое исследование носоглотки. Диагностировали аденоиды у 8 пациентов (17,7%)- I степени, 23 (51,1%)-II-III степени, у 14 (31,1%)- III степени. Было проведено полное аудиологическое исследование. После обследования пациентам были поставлены следующие диагнозы: кондуктивная тугоухость I степени- 19 пациентам (42,2%), кондуктивная тугоухость II степени- 19 (42,2,2%), смешанная тугоухость II- III степени- 7 (15,5%).

Всем пациентам были проведены соответствующие операции и назначено консервативное лечение. После 2 месяцев лечения было проведено обследование, что показало на тимпанограмме тип А у 29 пациентов (64,4%), тип В- у 4 (8,8%), тип С- 22 (48,8%).

Выводы. Своевременное и полноценное лечение основного заболевания (аденоидиты, синуситы, риниты и т.д.) позволяет снизить развитие любой формы отита (тубоотит, острый средний отит, ЭСО, адгезивный отит)

Махмадалиева Г.С.², Маликов М.Х.^{1,2}, Махмадкулова Н.А.³

КОРРЕКЦИЯ АКРОЦЕФАЛОСИНДАКТИЛИИ

1. Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
2. Кафедра хирургических болезней №2 ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”
3. Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино”

Целью исследования является показать возможности современной реконструктивной микрохирургии при лечении детей с синдромом Аперта.

Материалы и методы. Варианты реконструкции осуществлены 20 детям в возрасте от 4 до 4 лет с синдромом Аперта. Дети были обследованы и оперированы в отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦСС и лечебно-диагностическом отделении ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” с 2000 по 2026 годы. Среди общего числа детей мальчиков было 11, девочек -9. Из дополнительных методов диагностики были выполнены рентгенография кисти, УЗДГ и КТ. При сложных видах патологии 4 детям осуществили рентгеноконтрастную ангиографию.

Результаты исследования. Первые операции были выполнены в возрасте 4 лет. Одному и тому же пациенту были выполнены по 7-8 операций в течение более 2-3 лет. Все этапы операции были осуществлены под оптическим увеличением с применением прецизионной техники. В первую очередь детям выполнили разобщение большого пальца в связи функциональной значимости пальца.

Операции основывались на принципах местно-пластической реконструкции с максимальным использованием местно-пластического ресурса. Мобилизацией П-лоскутов было выполнено разобщение большого пальца, Z- образными либо треугольными лоскутами были разобщены другие пальцы.

В большинство случаев независимо от тяжести патологии после разобщения лоскутов по краям разобщенных пальцев остались дефекты покровных тканей различных размеров. С целью укрытия дефекта использовались полно-слойные кожные аутотрансплантаты. Из-за апластичности тканей и большого риска развития рецидива пальцы мак-симально были отделены друг от друга путем проведения спицы через дистальных фаланг пальцев. Межпальцевые промежутки были сформированы тыльными либо ладонными лоскутами.

В ранние дни после операции нарушение кровообращения лоскутов и разобщенных пальцев не было отмечено. Краевой некроз мобилизованных лоскутов (их верхушек) развивался у 5 детей. Назначенное консервативное лечение дало положительный эффект, на результаты операции осложнения не повлияли. В отдаленные сроки в 5 наблюдениях отмечался рецидив. Все детям были выставлены показания для проведения повторной операции. В одном наблюдении отмечался рецидив после повторной операции. У мальчика отмечалось повторное сращение проксимальной фаланги большого пальца. Пока ребенок находится под наблюдением.

Заключение. Таким образом, хирургическая коррекция акроцефалосиндактилии остаётся сложной задачей ре-конструктивной микрохирургии. Несмотря на применение оптического увеличения, растет частота рецидива патоло-гии, ведётся поиск путей улучшения функциональных результатов.

Махмаджонов Д.М., Бадалов Ш.А.

МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Определить значение антенатальных и перинатальных факторов в формировании хирургиче-ских заболеваний мочевой системы у детей и обосновать направления их ранней профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведен сравнительный анализ медико-социальных и акушерско-гине-кологических факторов у 170 детей с патологией мочевой системы и 95 практически здоровых детей. В основной группе учитывались характер заболевания мочевой системы, особенности течения беременности и родов, наличие за-болеваний почек и мочевыводящих путей у матери во время беременности, лекарственная терапия, осложнения бере-менности, число беременностей и срок родоразрешения. Полученные сведения сопоставлялись с аналогичными пока-зателями контрольной группы.

Результаты исследования. Установлено, что наиболее выраженная связь с патологией мочевой системы у детей наблюдалась при наличии неблагоприятного течения беременности. Заболевания почек и мочевыводящих путей у ма-терей во время беременности встречались у женщин, дети которых впоследствии имели нефропатию, примерно в 2,5 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Среди матерей детей с врожденными пороками мочевой системы различные заболевания во время беременности отмечались в 77,8% наблюдений.

Отдельное значение имел акушерский анамнез. Доля детей, рожденных от четвертой и последующих беременно-стей, в основной группе была приблизительно в два раза выше, чем в контрольной. При этом дети, родившиеся преж-девременно или перенесенными, характеризовались более высокой частотой патологии мочевой системы.

Исследование бытовых и социальных факторов выявило, что показатели социального положения и образовате-льного уровня родителей статистически значимых отличий не имели. Однако было зафиксировано, что дети с патологи-ями мочевыделительной системы значительно чаще проживали в ухудшенных жилищных условиях: доля таких паци-ентов, живущих в глинобитных домах или бараках, составила около 70%, тогда как в контрольной группе этот пока-затель равнялся 33,7%.

Выводы. Развитие хирургической патологии мочевой системы у детей обусловлено комплексом различных фак-торов. Наиболее существенное влияние на профилактику оказывают здоровье матери в период вынашивания, ослож-ненное течение беременности, медикаментозная нагрузка, неблагоприятный акушерский анамнез, а также нарушения сроков родоразрешения. Выявленные данные свидетельствуют о важности усиления антенатального контроля за жен-щинами из группы риска и проведения ранней диагностики у детей с отягощенным перинатальным анамнезом.

Махмаджонов Д.М., Бадалов Ш.А.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ ЭТА-ПАХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

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

Цель исследования. Выявить изменения качества жизни больных детей с камнями в почках в разные периоды после хирургического вмешательства с помощью стандартизированной методики SF-36, а также определить ключевые аспекты физического, эмоционального, социального и психологического благополучия, которые претерпевают наибо-лее значительные трансформации.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано состояние 187 детей в возрасте от 10 до 14 лет, получавших лечение в отделении детской урологии клиники детской хирургии ТГМУ в период с 2016 по 2026 год. В группу вошли 112 мальчиков и 75 девочек. Локализация конкрементов: правая почка — у 101 ребенка, левая — у 65, двустороннее поражение — у 11 пациентов. Для оценки качества жизни применялся опросник MOS SF-36, включаю-щий шкалы физического функционирования (уровень физической активности ребенка), ролевого физического функ-ционирования, боли, общего состояния здоровья, жизнеспособности, социального функционирования (уровень обще-ния), функционирования в школе или другом детском коллективе (внимательность, забывчивость, умение справляться с заданиями), эмоциональное функционирование (страх, грусть, беспокойство, плохой сон, злость) и психологическое

функционирования (средний суммарный уровень между социальным, эмоциональным и школьным функционированием). Ответы оценивали в баллах от 0 до 100, при этом более высокие значения соответствовали лучшему качеству жизни. Анализ проводили до лечения, через 1, 3 и 6 месяцев после начала лечения.

Результаты исследования. Исследование показало, что у пациентов с осложненным нефролитиазом спустя месяц после старта терапии качество жизни в большинстве аспектов улучшилось. Максимальный балл по шкале психологического благополучия составил 81,4, тогда как минимальный — по шкале ролевого физического функционирования — достигал лишь 30,4 баллов. Статистически значимое улучшение зафиксировано для эмоционального компонента (рост с 26,6 до 47,8, $P<0,05$), психологического здоровья (с 63,4 до 81,4, $P<0,05$), социального функционирования (с 55,3 до 76,4) и снижения болевого синдрома (с 48,5 до 69,8). Общий показатель здоровья также возрос с 38,4 до 48,9.

К третьему месяцу наблюдения тенденция изменилась в сторону ухудшения: большинство индикаторов снизились. Наиболее резкое падение отмечено по шкалам боли (с 69,8 до 54,7), социального взаимодействия (с 76,4 до 64,0), эмоционального состояния (с 47,8 до 36,2) и психологического здоровья (с 81,4 до 72,8). К шестому месяцу значения большинства параметров вернулись к исходным отметкам. При этом психологическое здоровье осталось самым высоким показателем (62,4 балла), а ролевое физическое функционирование — самым низким (25,4 балла).

Снижение показателей к 3-месяца наблюдения по нашему мнению связано с нерегулярности применения лечебное мероприятие в послеоперационном периоде и обострение пиелонефрита за этот период.

Выводы. Анализ качества жизни с помощью опросника SF-36 дает возможность объективно оценивать динамику состояния детей с нефролитиазом после оперативного вмешательства. Наибольший эффект наблюдается в первый месяц, однако в дальнейшем ряд показателей, особенно касающихся социального, эмоционального и психологического аспектов, снижается. Эти данные подчеркивают важность длительного комплексного медицинского сопровождения и реабилитации в послеоперационном периоде.

Махмадзода Ш.К., Сафаров Х.А., Каримов М.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценить клинические результаты хирургического лечения содружественного косоглазия у детей, связь исходной девиации с объёмом вмешательства, динамику положения глаз в ранние и отдалённые сроки, и частоту зарегистрированных осложнений.

Материал и методы исследования. Проведено одноцентровое наблюдательное исследование на базе детского глазного отделения ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”. Проанализированы 176 операций у 175 детей с содружественным горизонтальным косоглазием, оперированных в 2020-2024 гг. Возраст составлял 2-17 лет, медиана — 12 [7-15] лет; девочки — 68,6%, мальчики — 31,4%. Сходящееся косоглазие диагностировано у 118 (67,4%) детей, расходящееся — у 57 (32,6%). Исходный угол у 171 ребёнка составил 65 [50-75] пд; у 76,0% он находился в пределах 50-89 пд. Обследование включало определение остроты зрения, положения и подвижности глаз, характера фиксации и величины девиации. Угол определяли методом попеременного прикрывания с призмной нейтрализацией, при недостаточном сотрудничестве — методом Гиршберга. Ослабление мышцы выполняли посредством рецессии, усиление — методом срединной дубликатуры по К.Г. Пузыревскому. Положение глаз оценивали на 1-е, 3-и и 10-е сутки, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Основным двигательным критерием было отсутствие измеряемой девиации (0 пд). Статистическую обработку выполняли в R с применением непараметрических критериев, корреляции Спирмена и поправки Холма.

Результаты исследования. Наиболее часто выполнялась двусторонняя рецессия с усилением мышцы — 120 (68,2%) операций; двусторонняя рецессия без усиления — 37 (21,0%), рецессия одной мышцы с усилением — 19 (10,8%). В целом сочетание рецессии со срединной дубликатурой применено в 139 из 176 операций (79,0%). Медиана объёма рецессии составила 9,0 [7,0-10,0] мм, дубликатуры — 6,0 [5,0-7,0] мм. Исходный угол положительно коррелировал с объёмом рецессии ($r_s=0,924$; $p<0,001$) и дубликатуры ($r_s=0,466$; $p<0,001$). Отсутствие измеряемой девиации на 1-е сутки зарегистрировано у 110 из 134 (82,1%) обследованных детей, на 3-и — у 121 из 133 (91,0%), на 10-е — у 129 из 131 (98,5%). У 128 детей с полным набором ранних измерений динамика угла была статистически значимой ($p<0,001$). Через 1 и 3 месяца угол 0 пд отмечен у всех 133 обследованных, через 6 месяцев — у всех 130, через 1 год — у всех 104 обследованных (59,4% исходной когорты; 95% ДИ 96,5-100%). Нежелательные события зарегистрированы при 16 из 176 вмешательств (9,1%): интраоперационные — при 4 (2,3%), послеоперационные — при 12 (6,8%).

Вывод. Хирургическое лечение содружественного косоглазия сопровождалось выраженным уменьшением горизонтальной девиации и последовательным улучшением положения глаз в первые 10 суток. Исходная величина девиации тесно коррелировала с выбранным объёмом рецессии, отражая индивидуализированный подход к хирургическому дозированию. Благоприятный двигательный результат сохранялся у обследованных пациентов в отдалённые сроки; при оценке годовых результатов необходимо учитывать доступность контроля у 59,4% исходной когорты.

Махматкулов С.М.

ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины, Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-функциональные и биохимические особенности ургентного недержания мочи у женщин с сахарным диабетом 2 типа на фоне диабетической автономной нейропатии.

Материалы и методы. В исследование включены 125 женщин, ОГ- 45 пациенток с сахарным диабетом СД 2 типа, диабетической автономной нейропатией и клиническими проявлениями ургентного недержания мочи, ГС-50 женщин с СД 2 типа и диабетической автономной нейропатией без выраженных эпизодов ургентного недержания мочи, КГ- 30 практически здоровых пациенток без сахарного диабета и урологических жалоб. Средний возраст пациенток основной КГ- 57,1±8,2 года. Клинико-функциональная оценка включала анализ частоты мочеиспускания, ургентных позывов, эпизодов недержания, показателей ICIQ-SF и ОАВ-q, функциональной ёмкости мочевого пузыря, максимальной скорости мочеиспускания и объёма остаточной мочи. Биохимически определяли уровень фактора роста нервов как маркера нейрогенной дисфункции.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что наиболее выраженные клиническо-функциональные нарушения отмечались у женщин ОГ. У них чаще регистрировались дневные мочеиспускания — 10,8±2,1 раза в сутки против 7,2±1,5 в ГС и 5,4±1,1 в КГ, ночные мочеиспускания — 3,1±0,8 против 1,5±0,6 и 0,4±0,3 соответственно. Количество ургентных позывов составило 5,8±1,2 эпизода в сутки, тогда как в группе сравнения — 2,4±0,9, а у здоровых женщин — 0,3±0,2. Эпизоды ургентного недержания мочи в основной группе достигали 3,4±1,0 раза в сутки, в группе сравнения — 0,8±0,5, в контрольной группе не отмечались. По шкале ICIQ-SF выраженность симптомов была максимальной в основной группе — 16,4±3,1 балла против 7,2±2,5 и 1,1±0,6 балла. Аналогичная динамика выявлена по ОАВ-q: 68,5±8,7 балла против 39,6±7,4 и 12,8±4,1 балла. Функциональная ёмкость мочевого пузыря была снижена до 212,4±46,3 мл, максимальная скорость мочеиспускания — до 14,2±3,6 мл/с, а объём остаточной мочи повышен до 58,6±21,4 мл. Уровень фактора роста нервов также был выше в основной группе — 42,8±9,6 пг/мл против 25,4±7,1 пг/мл в группе сравнения и 12,6±4,3 пг/мл у здоровых женщин. Выявлена прямая корреляция между уровнем фактора роста нервов и выраженностью ургентных позывов, баллом ICIQ-SF, частотой эпизодов недержания мочи и проявлениями диабетической автономной нейропатии.)

Вывод. Ургентное недержание мочи у женщин с сахарным диабетом 2 типа связано с более выраженными проявлениями диабетической автономной нейропатии, снижением функциональной ёмкости мочевого пузыря, учащением ургентных позывов и увеличением эпизодов недержания мочи. Повышение уровня фактора роста нервов отражает нейрогенный компонент нарушений мочеиспускания и может рассматриваться как дополнительный биохимический показатель тяжести ургентной симптоматики. Полученные данные подтверждают необходимость комплексной клиническо-функциональной и биохимической оценки данной категории пациенток.

Махмудзода И.Х., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И., Хомидзода И.Дж.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ

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

Цель исследования. Оценить структуру возбудителей и уровень антибиотикорезистентности основных патогенов при хроническом тонзиллите, а также оптимизировать тактику консервативного лечения.

Материал и методы. Исследование охватывало 180 пациентов с хроническим тонзиллитом в стадиях декомпенсации и субкомпенсации, проходивших лечение в ЛОР-отделении больницы с января 2024 года по октябрь 2025 года. Проводился клиническо-лабораторный анализ, включающий бактериологическое исследование мазков с поверхности миндалин и из лакун с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием современных методов биостатистики.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что среди этиологических факторов преобладал *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитический стрептококк группы А) - 54%, вторым по частоте выявляемости был *Staphylococcus aureus* - 32%, в 14% случаев выявлялись микст-инфекции. Анализ чувствительности показал высокую устойчивость выделенных штаммов к аминопенициллинам (38%) и макролидам (28%), при этом к защищенным аминопенициллинам (амоксиклав/клавуланат) и цефалоспорином II-III поколений сохранялась высокая чувствительность (88%). У пациентов с частыми ангинами (более 3 раз в год) уровень резистентности был достоверно выше. Анкетирование выявило частый неконтролируемый прием системных антибиотиков при болях в горле без назначения врача (45%), что напрямую коррелирует с ростом нечувствительности микрофлоры лакун миндалин.

Выводы. Проведённое исследование показало высокую этиологическую роль резистентных штаммов при хроническом тонзиллите. Ключевым фактором формирования устойчивости остается нерациональная стартовая терапия на амбулаторном этапе. Для преодоления данной проблемы необходимы строгий контроль назначений, отказ от эмпирической терапии без бакпосева при хронических процессах и широкое внедрение топических антисептиков и бактериофагов.

Махмудзода И.Х., Орифова Г.Х., Холзода Ш.И., Хомидзода И.Дж.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ УШНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

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

Цель исследования. Изучить влияние родственных браков на частоту наследственных заболеваний органа слуха у детей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы медицинские данные 80 детей с заболеваниями органа слуха, проживающих в Дангаринском районе и проходивших обследование и лечение в Республиканской больнице. Из них 40 детей были рождены в родственных браках, 40 - в неродственных. Возраст пациентов составил от 1 до 14

лет. Проводились отоскопия, аудиометрия, тимпанометрия и генеалогический анализ. Рассчитывались относительный риск и процентное соотношение выявленной патологии.

Результаты исследования. Полученные данные показали более высокую частоту наследственных заболеваний органа слуха у детей, рождённых в родственных браках. В основной группе (40 детей) врождённая тугоухость выявлена у 18 пациентов (45%), тогда как в контрольной группе (40 детей) - у 7 пациентов (17,5%). Аномалии развития наружного и среднего уха диагностированы у 12 детей (30%) основной группы и у 5 детей (12,5%) контрольной группы. Двустороннее нарушение слуха наблюдалось у 60% детей из родственных браков против 28% в группе сравнения. Положительный семейный анамнез по тугоухости отмечен в 55% случаев основной группы. Относительный риск развития наследственной патологии слуха при родственных браках составил 2,4. Полученные данные подтверждают достоверную связь между кровнородственными браками и повышенной частотой врождённых ушных заболеваний.

Выводы. Родственные браки повышают риск врождённых заболеваний органа слуха у детей. Выявлена статистически значимая связь с наследственной тугоухостью и аномалиями развития уха, что требует медико-генетического консультирования.

Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А., Меликов Х.Н.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ

Кафедра оториноларингологии им. Исаки Ю.Б. ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.
ГОУ «Республиканский медицинский колледж». Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность метода активного отсасывания полости носа и околоносовых пазух (ОНП) при лечении ОГРС.

Материалы и методы исследования. В ЛОР-клинике НМЦРТ нами проведено обследование и лечение $n=86$ больных с ОГРС. Мужчин было $n=49$ (57%), женщин $n=37$ (43%). Больные жаловались на головную боль, заложенность носа, гнойные выделения из носа и снижение обоняния. При риноскопии у всех больных выявлены гиперемия и отёк слизистой оболочки, сужение носовых ходов за счёт набухлости носовых раковин, а также гнойные выделения из носовых ходов. Рентгенография ОНП выявила у $n=54$ (62,8%) больных двусторонний риносинусит, у $n=32$ (37,2%) односторонний.

Пациентам наряду с назначением антибиотиков и деконгестантов, производили активное отсасывание гнойного содержимого из полости носа и ОНП 1-2 раза в день. После анемизации носовых ходов насадки, подключенные к электроотсосу вводили в нос и производили отсасывание носовой полости с одновременным пальцевым нажатием крыла носа противоположной стороны. После этого промывали полость носа методом «перемещения» раствором фурасола.

Критериями эффективности лечения являлись инволюция симптомов синусита, положительная динамика клинической, риноскопической и рентгенологической картин.

Результаты исследования. На 7-й день лечения заложенность носа, ринорея и головные боли полностью отсутствовали у $n=78$ (90,7%) пациентов; у $n=8$ (9,3%) пациентов сохранялась умеренная заложенность носа. При промывании полости носа промывная жидкость у $n=80$ (93%) пациентов была чистой. При риноскопии у $n=79$ (92%) больных отметили отсутствие гиперемии и набухлости слизистой носовой полости и носовых раковин. На 10-й день после лечения на рентгенограммах ОНП у $n=72$ (83,7%) пациентов околоносовые пазухи были пневматизированы; у $n=14$ (16,3%) пациентов отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки ОНП.

Выводы. Таким образом, клиническая эффективность метода активного отсасывания гнойного содержимого из полости носа и ОНП при лечении ОГРС составила в среднем 93%. В отличие от пункции гайморовой или лобной пазух при этом простом методе можно бескровно, безболезненно и безопасно эвакуировать гнойное содержимое из полости носа и со всех ОНП. Учитывая результаты данного опыта, метод может быть рекомендован для включения в комплексную терапию ОГРС.

Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А., Хусейнов З.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ПАФЕСАН» ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исаки, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГОУ «Республиканский медицинский колледж». Таджикистан
ГУ «Городской центр здоровья №3». Таджикистан

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Пафесан» в постоперационном периоде после тонзиллэктомии.

Материал и методы. В основу данной работы положены результаты лечения 28 больных с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ) госпитализированных в ЛОР - клинику ГУ НМЦ РТ. Возраст больных колебался от 18 до 38 лет. Длительность заболевания варьировала от 5 до 20 лет. Всем больным в дооперационном периоде были проведены общеклиническое, оториноларингологическое, рентгенологическое и лабораторные методы исследования. Жалобами больных с ХДТ являлись частые ангины (98,3%), боли в суставах рук и/или ног (73,6%), боли в области сердца (35,2%), боли в пояснице (19,8%).

После традиционной тонзиллэктомии под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина 2% - 20,0 больным основной группы на 2-ой день после операции назначали препарат «Пафесан» по 1 таблетке 4 раза в день после еды для сосания.

Эффективность препарата оценивалась по характеру регрессирования воспалительных изменений ротоглотки в послеоперационном периоде. Безопасность препарата «Пафесан» оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения исследования.

Результаты исследования. На 5-день после операции у 24 (85,7%) больных отмечались исчезновение и регрессирование отека и гиперемии в области небных дужек, быстрое устранение боли при глотании и запаха изо рта, а также фибринозных налетов появляющихся в области послеоперационных ран после тонзиллэктомии. У 4 (14,3%) больных помимо исчезновения отека и гиперемии небных дужек, запаха изо рта все ещё отмечались фибринозные налеты в области послеоперационных ран.

Во время проведения исследования после применения препарата «Пафесан» нежелательных явлений у больных отмечено не было.

Выводы. Таким образом, включение препарата «Пафесан» в терапию больных ХДТ в раннем послеоперационном периоде после тонзиллэктомии предотвращает болезненность при глотании, повышает эффективность лечения и сокращает сроки выздоровления.

Мехмондустов С.Г., Меликов Х.Н., Хусейнов З.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ
Кафедра оториноларингологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГОУ «Республиканский медицинский колледж». Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности глюкокортикоидного средства «Бетаметазон» в монотерапии аллергического ринита (АР).

Материалы и методы исследования. На базе ЛОР-клиники ГОУ «ТГМУ» в период 2022–2023 гг. по обращаемости обследовано 46 больных в возрасте от 16 до 48 лет с сезонным АР. Мужчин было 24, женщин — 22. Всем пациентам проводили оториноларингологическое обследование, клиническое исследование крови и рентгенографию околоносовых пазух. Все больные жаловались на водянистые выделения из носа, затруднение носового дыхания, чихание и зуд в носу, зуд нёба и заложенность ушей, которые отмечаются весной и осенью. При риноскопии наблюдались выраженная бледность и набухлость слизистой оболочки полости носа и носовых раковин с двух сторон, обильные водянистые выделения из носа. На рентгенограммах ОНП почти у всех пациентов отмечалось разной интенсивности затемнение гайморовых, этмоидальных и/или лобных пазух с одной или с двух сторон.

Во время лечения всем пациентам вводили однократно внутримышечно 1,0 раствора бетаметазона.

В качестве критериев эффективности лечения определялось наличие или уменьшение клинической симптоматики, а также изменение риноскопической картины полости носа после проведённого лечения.

Результаты исследования. На 3-и сутки после введения раствора «Бетаметазон» у 43 (94%) больных отмечалось отсутствие таких симптомов, как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу и заложенность ушей. При риноскопии наблюдалось исчезновение бледности и набухлости слизистой оболочки и носовых раковин полости носа, а также отсутствие обильных водянистых выделений из носа. У 3 (6%) пациентов наряду с отсутствием бледности слизистой оболочки, водянистых выделений из носа, чихания и зуда в носу, всё ещё наблюдалась умеренная заложенность носа за счёт отёчности слизистой оболочки и носовых раковин.

Выводы. Таким образом, эффективность глюкокортикоидной терапии сезонного АР составила 94%. Проведённое исследование показало, что применение глюкокортикоидного препарата «Бетаметазон» позволяет более эффективно и безопасно в максимально короткие сроки лечения достичь полной ремиссии АР.

Мираков Б.Т., Мирзокаримов У.М., Гафурзода М.М.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ

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

Цель исследования. Изучить результаты современных методов хирургического лечения у детей раннего возраста с врожденной косолапостью.

Материал и методы. Изучены данные о 52 детях с врожденной косолапостью в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Мальчиков было 36, девочек - 16. Двухсторонняя косолапость имела место у 36 больных, односторонняя - у 16 детей. В возрасте до года прооперировано 28 детей, от 1 до 3-х лет - 18, старше 3 лет - 6 больных. Выполнялись следующие методы оперативных вмешательств: тенотомия ахиллового сухожилия по методу Понсети - на 22 стопах, операция по методу Зацепина - на 28 стопах, Зацепина Штурма - на 30, перемещение сухожилий - на 8 стопах. Нами применяется простой, щадящий метод амбулаторного лечения косолапости, основанный на учете особенностей развития мягких тканей у детей (метод Понсети), который применен у 15 из 28 детей до 1 года. При этом удлиняется не ахиллово сухожилие, а выполняется подкожная поперечная тенотомия сухожилия для достижения полной коррекции эквинуса стопы.

Результаты исследования. Послеоперационное течение было у всех детей были хорошие Результаты исследования. Гипс накладывается на 2 - 3 недели, пока плотное ахиллово сухожилие регенерирует на соответствующую длину. В большинстве случаев деформация корректируется после наложения 5-6 гипсовых повязок. Связки никогда не должны растягиваться больше, чем позволяет их эластичность. Кости и суставы ремоделируются каждый раз со сменой гипсовой повязки. После редрессации ахиллово сухожилие растягивается до необходимой длины. Эта коррекция поддерживается фиксацией стоп в ортезах до достижения ребенком возраста 1-2 лет.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у всех оперированных детей от 6 месяцев до 2-х лет. Хороший функциональный результат получен у 45 детей, удовлетворительный - у 5, неудовлетворительный - у 2 детей. У этих детей рано самостоятельно был снят гипс и они не выполняли ортопедического режима.

Выводы. Хирургическое лечение детей раннего возраста с врожденной косолапостью с помощью метода Понсети, мануальной коррекции и применения гипсовых повязок дает хороший функциональный результат.

Мираков Б.Т., Хасанов Б.Н., Шарипов М.А.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СКЕЛЕТА

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

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения опухолевидных заболеваний у детей с применением разных методов костной пластики.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 47 детей в возрасте от 3 до 14 лет, получившие лечение в детском отделении травматологии и ортопедии НМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан по поводу опухолевидных образований костной ткани различной локализации в период с 2021 по 2025г.

Диагностика обсуждаемых заболеваний основывалась преимущественно на результатах клинко - рентгенологического обследования. С целью уточнения диагноза в 14 случаях проведена пункционная биопсия и в 9 случаях трепанобиопсия.

По анализам материалов костная киста выявлена у 25, фиброзная дисплазия - у 8, остеобластокластома – у 7, неостеогенная фиброма – у 3, хондрома – у 4 больных.

У большинства больных клинически отмечались боли в области поражения. В зависимости от локализации и характера патологического процесса имело место: ночной характер болей, отек мягких тканей, сглаженность контуров пораженного сегмента, выраженный сосудистый рисунок, редко — ограничение движений в прилежащем суставе. В 7,6% случаях у больных с костной кистой, имело место патологический перелом сегмента, причем без каких-либо клинических проявлений. Наиболее радикальным способом лечения доброкачественных опухолей при тотальном поражении трубчатых костей в пределах здоровых костей у детей является резекция кости в пределах здоровых тканей с последующей пластикой образовавшихся дефектов. В процессе операции тщательное удаление очага, термическая обработка и плотное заполнение дефекта должны быть основой радикального вмешательства. Костная пластика, которая устраняет послеоперационный дефект кости, способствует более раннему восстановлению целостности кости и функции, которую она выполняет.

Результаты исследования. Анализ материала показал, что при лечении опухолевидных образований скелета выполнялись: пристеночная или тотальная субпериостальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровой ткани с последующей костной аутопластикой в 11 случаях. Ксенопластика была использована в 36 случаях при обширном поражении кости. Использование ксенотрансплантата у детей позволяло радикально, без ограничения произвести резекцию пораженного участка кости. Иммобилизация пораженной конечности гипсовой повязкой осуществлялась в течение 2 – 2,5 месяцев. Рентгенологическое наблюдение за процессом перестройки костных трансплантатов показало, что у детей на месте соединения «кость - трансплантат» уже через 1,5 месяца появлялось периостальное сращение. Полная перестройка костной структуры наблюдалась в среднем через 12-18 месяцев.

При изучении отдаленных результатов у всех больных отмечено клинко-рентгенологическое восстановление целостности пораженных костей, отсутствие рецидива и функций в близлежащих суставах, что свидетельствует о высокой эффективности выбранных методов лечения

Выводы. Таким образом при оперативном лечении опухолевидных образований скелета у детей, по сравнению с другими замещающими материалами - костная пластика, является более эффективным методом, имеет способность полностью перестраиваться после имплантации, является матриксом для образования костной ткани, а преимуществом ксенопластики является возможность не регламентировать величину удаляемого участка кости.

Мираков Б.Т., Курбанова Р.Т., Хасанов Б.Н.

КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучение результатов консервативного лечения врожденной косолапости у детей раннего возраста.

Материал и методы. Нами были анализированы результаты лечения 78 детей с врожденной косолапостью в возрасте до 1 года, которые находились на амбулаторном лечении в ортопедическом кабинете в течении 5 лет. Мальчиков было 46, девочек - 32. В 10% случаях врожденная косолапость сочеталась с другими пороками развития, чаще с врожденным вывихом бедра. Исследуемые были разделены на две группы. В первой группе больным (48) проводилось консервативное лечение: бинтование стоп с помощью фланелевых бинтов по методу Финка-Этингена. С 16-дневного возраста накладывалась гипсовая повязка с коррекцией стоп. Элементы врожденной косолапости исправлялись постепенно. По достижении коррекции деформации стопы ребенку назначалась лечебная гимнастика, массаж, теплые ванны, физиотерапия: электростимуляция мышц (ЭСМ, СМТ); нейроэлектростимуляция; электро-фонофорез; магнитотерапия; ношение ортеза. Во второй группе больным (30) проводилось лечение косолапости по методу Понсети. Гипсовая повязка накладывалась с 3-5 дневного возраста сроком на 5 дней пятикратно. Полная коррекция деформации стоп наступила у 65% больных. При сохраняющейся эквинусной деформации стопы для исправления подошвенного

сгибания у 35% больных применялась ахилотомия - полное подкожное пересечение ахилового сухожилия, после чего накладывалась гипсовая повязка до полной коррекции стопы. Для предотвращения рецидива косолапости больные носили специализированную абдукционную шину (брейсы), предусматривающую положение стоп с абдукцией до 70 градусов для откорректированной стопы и тыльным сгибанием в голеностопном суставе до 10-20 градусов. Коррекция стоп в брейсах проводилась круглосуточно в течение 3-4 месяцев. Параллельно больные получали физиолечение и массаж стоп. Основным условием метода является строгое соблюдение ортопедического режима ношения брейсов для удержания достигнутой коррекции деформации стоп в течение одного года.

Результаты исследования. Результаты лечения прослежены в сроки от 1 года до 3 лет. Хорошие результаты в первой группе получены у 66,6% детей, удовлетворительные – у 20,8%, неудовлетворительные - у 12,5% больных. Данным больным произведено оперативное вмешательство - операция Зацепина-Штурма. Во второй группе хороший результат получен у 92,3% больных - достигнута полная коррекция стоп. Удовлетворительный – у 6,7% больных из-за нарушения режима лечения.

Наши наблюдения подтверждают необходимость консервативного лечения врождённой косолапости методом Понсети у детей раннего возраста. Методы поэтапной нетравматичной коррекции стоп с применением физиокинезотерапии способствуют нормализации взаимодействия мышц антагонистов, улучшают нейротрофические процессы в деформированной конечности, повышая её функциональную полноценность.

Выводы. Метод Понсети является наиболее эффективным и функциональным методом лечения врождённой косолапости. Данный метод позволил полностью исправить деформацию у всех наблюдавшихся нами детей и возможность отказаться от хирургического лечения в указанной возрастной группе.

Мираков Р.С., Мухаббатов Х.Дж., Абдуллозода Н.Х.

АДАПТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У СОБАК С ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКОЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования. Изучить водно-электролитный баланс и функцию единственной почки после нефрэктомии в условиях низко- и высокогорья и реадаптации.

Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 22 половозрелых собаках-самцах массой 10–14 кг, разделённых на три группы: 10 интактных животных (контроль), 6 нефрэктомизированных и 6 собак с резекцией почки. Наблюдения проводились в условиях низкогогорья (г. Душанбе, 850 м над уровнем моря) и высокогорья (перевал Анзоб, 3500 м над уровнем моря). Нефрэктомизированным животным через 2 месяца после операции осуществляли подъём в высокогорье. Оценка показателей проводилась на 3, 10, 20 и 30-е сутки после оперативного вмешательства и в период реадаптации. Определяли концентрацию ионов натрия и калия в плазме крови, эритроцитах и моче, а также показатели креатинина, остаточного азота крови и минутного диуреза. Исследование электролитов выполнялось методом плазменной фотометрии по В.Н. Бирюкову (1955). Полученные данные подвергались сравнительному анализу в зависимости от условий внешней среды и сроков наблюдения.

Результаты исследования. Установлено, что в условиях низкогогорья после односторонней нефрэктомии в ранние послеоперационные сроки (3–10 сутки) развиваются выраженные нарушения электролитного баланса, характеризующиеся внеклеточной гипернатриемией, клеточной гипонатриемией, а также значительным увеличением экскреции натрия с мочой и его клиренса. Эти изменения отражают напряжение компенсаторных механизмов оставшейся почки. Однако уже к 20–30 суткам наблюдается тенденция к постепенной нормализации показателей натрия и калия, что свидетельствует о высокой адаптационно-компенсаторной способности единственной почки в условиях низкогогорья. В условиях высокогорья выявлены более выраженные и длительно сохраняющиеся нарушения водно-электролитного гомеостаза. Нефрэктомия на фоне гипоксического воздействия приводила к значительному угнетению функциональной активности оставшейся почки. Отмечалось снижение клиренса натрия и его экскретируемой фракции, а также нарушение механизмов активного транспорта ионов («натриевого насоса»). Концентрация натрия в плазме крови оставалась сниженной на протяжении всего периода наблюдения, несмотря на уменьшение его выведения с мочой. Изменения калиевого обмена носили менее выраженный характер, однако в ранние сроки отмечалось снижение его клиренса и экскреции. В дальнейшем показатели калия частично стабилизировались, но не достигали исходных значений. В период реадаптации после спуска животных в условия низкогогорья наблюдалась положительная динамика восстановления электролитного баланса. Тем не менее, даже к 30-м суткам сохранялись сниженные показатели клиренса и экскреции натрия и калия, что свидетельствует о неполном восстановлении ионорегулирующей функции почки.

Вывод. Высокогорные условия оказывают выраженное угнетающее влияние на компенсаторно-адаптационные возможности единственной почки. Сочетанное воздействие нефрэктомии и гипоксического стресса приводит к развитию стойких нарушений электролитного баланса, преимущественно натрий-регулирующей функции. Даже в период реадаптации в условиях низкогогорья восстановление функционального состояния почки остаётся неполным, что указывает на длительный характер адаптационных перестроек.

Миракова С.О., Рустамкулова Г.Ш., Сармисокова Х.Дж.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Сопоставить число зарегистрированных случаев антенатальной гибели плода и их частоту на 1000 родов в родильном отделении Дангаринского района за первые шесть месяцев 2025 и 2026 годов.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации за январь-июнь двух последовательных лет. В 2025 году учтены 20 случаев при 1640 родах, в 2026 году - 10 случаев при 1541 роде. Дополнительно рассмотрены возраст женщин и срок беременности. Частоту рассчитывали как отношение числа зарегистрированных случаев к числу родов, умноженное на 1000. Для отношения частот применили приближённый 95% доверительный интервал по логарифмическому методу для пуассоновских счётных данных.

Результаты исследования. За оба периода зарегистрировано 30 случаев при 3181 родах. Частота составила 12,20 на 1000 родов в первом полугодии 2025 года и 6,49 на 1000 родов в первом полугодии 2026 года. Абсолютная разница равнялась 5,71 случая на 1000 родов. Число случаев уменьшилось на 50,0%, а частота с учётом изменения числа родов - на 46,8%. Эти показатели характеризуют разные стороны динамики и не являются взаимозаменяемыми.

Отношение частот 2026 и 2025 годов составило 0,53; приближённый 95% доверительный интервал - 0,25-1,14. Интервал включает единицу, поэтому численное снижение не даёт достаточных оснований считать различие статистически убедительным. Расчёт предполагает сопоставимость регистрации и независимость учитываемых событий. Возраст женщин с зарегистрированной антенатальной потерей составлял 17-40 лет, срок беременности - 30-38 недель.

Выводы. В первом полугодии 2026 года зарегистрированная частота антенатальных потерь была численно ниже, чем годом ранее. Небольшое число событий обусловило широкий доверительный интервал. Результат следует трактовать как описательное сравнение двух периодов, без вывода о доказанном улучшении качества помощи или причинах изменения частоты.

Мирзоева М.Б., Мамадалиева Т.А., Давлатова О.А.

ИСХОДЫ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕННЫХ И НЕЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Определить эффективность лечения беременных с цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией.

Материал и методы исследования. Было обследовано 66 беременных женщин с ЦМВИ анамнезом.

Результаты исследования. Исходы беременности, родов и перинатальные показатели были изучены у леченных и не леченых женщин с ЦМВ инфекцией. Установлено, что большинство (61,8%) пролеченных женщин донесли беременность до 38-40 недель беременности и родили в срок, в отличие от не леченных, у которых частота срочных родов было достоверно ниже в 1,6 раз и составила 37,5%. Частота преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей в группе леченых женщин был ниже аналогичных показателей, не леченных больных ниже в 1,6 и 1,3 раз. Неразвивающаяся беременность и мертворождения диагностированы у леченных и не леченых женщин в 8,8% и 18,8% и 7,4 и 28,6% случаях, соответственно. Кроме того, у женщин I Б подгруппы установлена ранняя неонатальная смертность 5 новорожденных, что естественно сказывается на повышении показателей репродуктивных потерь и перинатальной смертности

Несмотря на наблюдение и лечение больных с ЦМВИ, каждая пятая (20,6%) женщина не смогла донести беременность до срока, возможно, это обусловлено многофакторностью синдрома потерь беременности и требующего более глубокого обследования данного контингента больных на выявление других причин способствующих данной патологии.

Следовательно, комплексная и дифференцированная терапия ЦМВИ у женщин с синдромом потерь беременности оказалось эффективной для восстановления репродуктивной функции женщин и улучшения таких демографических показателей, как репродуктивные потери и перинатальной смертности. У леченных женщин осложнение гестационного периода были доведены до минимальных значений, то есть терапия женщин с синдромом потерь беременности инфекционного генеза, дала положительный эффект и наряду со снижением осложнений периода беременности и родов, способствовала улучшению перинатальных исходов. Высокие цифры частоты осложнений беременности, родов и перинатальных исходов у пролеченных женщин от общепринятых среднестатистических значений указывает на многофакторность потерь беременности.

Выводы. Необходимо проведение более тщательного обследования и лечения данного контингента женщин вне беременности с целью проведения тех диагностических и лечебных мероприятий, которые противопоказаны в процессе гестации и для предгравидарной подготовки организма женщины к желанной беременности.

Мирзоева Мавлюда Джунайдуллоевна

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Таджикский медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить клинико-социальную характеристику женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия.

Материал и методы. Обследованы 40 женщин репродуктивного возраста с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия. Критериями включения в группу обследованных женщин были репродуктивный возраст, диагностированные гиперпластические процессы эндометрия (полипы эндометрия -железистые, фиброзные, железисто-фиброзные и различные виды гиперплазии без атипии, включая железистую и железисто-кистозную). Всем женщинам проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование, УЗИ, гистологическое исследование, методы описательной статистики с определением долей(%).

Результаты исследования. Возраст обследованных женщин колебался от 21 до 50 лет, средний возраст составил $40 \pm 1,5$ года. Женщин в возрасте от 20 до 35 лет (12- 30%) было в 2 раза меньше, чем женщин в возрасте от 36 до 50

лет (28 – 70%). Городские жительницы составили 95% (38 женщин), жительницы села -5% (2 женщины). Возраст менархе колебался от 13 до 18 лет, средний возраст менархе составил $14,1 \pm 0,2$ года. Средний возраст начала половой жизни составил $20,4 \pm 0,6$ года.

Среди обследованных женщин гиперплазия эндометрия диагностирована примерно в 2 раза чаще у (25-62,5%), чем полипы эндометрия (15-37,5%). Простая гиперплазия эндометрия гистологически была диагностирована в 18 (72%) случаях, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия – в 7(28%) случаях. По количеству образований полипы эндометрия были одиночными 7(46,7%) и множественными (53,3%)

Нарушения менструального цикла, проявляющиеся маточными кровотечениями, возникающими после задержки менструации, кровянистыми выделениями в период между менструациями, предменструальными сукровичными выделениями, гиперполименореями отметили 35 (87,5%) обследованных женщин. Жалобы на вторичное бесплодие указали 14 (35%) женщин. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия с гинекологическими заболеваниями диагностировано в 37 (92,5%) случаев. У 22 (55%) женщин имело место сочетание доброкачественных гиперпластических процессов эндометрия с миомой матки, в 4 (10%) - с аденомиозом, в 11 (27,5%) случаях с патологией шейки матки (эктопия, эрозия шейки матки, старый разрыв шейки матки). У 2 (5%) женщин с гиперпластическими процессами эндометрия была диагностирована мастопатия.

Выводы. Гиперпластические процессы эндометрия чаще встречаются у женщин в позднем репродуктивном возрасте. Наиболее частым клиническим проявлением гиперпластических процессов эндометрия явились нарушения менструального цикла. Установлено частое сочетание гиперпластических процессов эндометрия с миомой матки и патологией шейки матки. Оба состояния провоцируются повышенным уровнем эстрогенов оба заболевания часто сопутствуют друг другу, развиваясь на фоне гиперэстрогении — повышенного уровня гормона эстрогена.

Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТКОВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь исходного соматического статуса женщин до перенесённого COVID-19 с формированием и выраженностью постковидных проявлений.

Материал и методы. Обследованы 160 женщин репродуктивного возраста, перенесших COVID-19. Проводилась оценка соматического анамнеза до заболевания, тяжести перенесённой коронавирусной инфекции и частоты основных постковидных симптомов. В зависимости от тяжести перенесённого COVID-19 пациентки были распределены на три группы: с лёгким течением - 53 (33,1%), среднетяжёлым - 74 (46,2%) и тяжёлым - 33 (20,6%). Анализировали наличие анемии, хронического пиелонефрита, хронического тонзиллита, йододефицитных заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, варикозной болезни и другой сопутствующей соматической патологии. Статистическую значимость различий оценивали по уровню $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализ исходного соматического статуса показал, что среди женщин, перенесших COVID-19, до заболевания наиболее часто выявлялись хронический пиелонефрит - у 60 (37,5%), анемия - у 54 (33,7%), детские инфекции - у 54 (33,7%), йододефицитные заболевания - у 40 (25,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта - у 39 (24,4%), варикозная болезнь - у 29 (18,1%) и хронический тонзиллит - у 26 (16,2%) пациенток. При анализе постковидных проявлений в зависимости от тяжести перенесённой инфекции установлено, что частота бессонницы возрастала с 41,5% при лёгком течении COVID-19 до 58,1% при среднетяжёлом и 63,6% при тяжёлом течении ($p=0,008$). Хроническая усталость выявлялась соответственно у 49,1%, 63,5% и 60,6% женщин ($p=0,003$). Наиболее выраженная зависимость отмечена в отношении мышечно-суставного болевого синдрома: его частота увеличивалась с 17,0% при лёгком течении до 45,9% при среднетяжёлом и 51,5% при тяжёлом течении COVID-19 ($p<0,001$). Нарушение обоняния и вкуса отмечалось у 17,0%, 21,6% и 39,4% женщин соответственно; головная боль - у 26,4%, 47,3% и 63,6%; выпадение волос - у 41,5%, 56,8% и 69,7%. Несмотря на тенденцию к увеличению частоты данных проявлений при более тяжёлом течении инфекции, статистически значимых различий по представленным показателям не выявлено ($p>0,05$). При сопоставлении соматического анамнеза до COVID-19 с последующим состоянием обращает внимание более высокая доля женщин с постковидными проявлениями среди пациенток, имевших до заболевания анемию, заболевания желудочно-кишечного тракта, йододефицитные состояния, бронхолёгочную и хроническую почечную патологию.

Вывод. Полученные результаты позволяют предположить, что исходный соматический фон может иметь значение в формировании выраженности постковидных проявлений что, подчёркивают необходимость комплексной оценки динамического наблюдения пациенток с исходной соматической отягощённостью.

Муллов И.Дж., Холов Д.Д., Мамадзонов И.А.

ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ СОСУДИСТОЙ НОЖКИ У ДОНОРОВ С ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИЕЙ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать выбор метода реконструкции сосудистой ножки при родственной трансплантации почки у доноров с вариантной анатомией почечных сосудов для уменьшения технических сложностей сосудистого этапа и риска послеоперационных сосудистых осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ результатов родственной трансплантации почки у доноров с вариантной анатомией почечной сосудистой ножки. При предоперационной оценке учитывали количество, диаметр, длину и взаимное расположение почечных артерий и вен. В зависимости от анатомического варианта применяли различные способы реконструкции: объединение множественных артерий бок-в-бок с формированием единого устья, конусовидную («pantaloon») пластику, анастомоз «конец-в-бок», а также раздельную имплантацию сосудистых ветвей. Оценивали длительность сосудистой реконструкции, время ишемии, необходимость дополнительных сосудистых манипуляций, частоту сосудистых осложнений и функциональное состояние трансплантата.

Результаты исследования. Вариантная сосудистая анатомия выявлялась преимущественно в виде множественных почечных артерий, что требовало индивидуального выбора техники реконструкции. При близком отхождении артерий и сопоставимом диаметре наиболее рациональным являлось их объединение с формированием единого сосудистого устья. При значительном различии диаметра или расстояния между артериями использовали раздельную реконструкцию или анастомоз «конец-в-бок». Современные данные показывают, что применение сосудистой реконструкции при множественных почечных артериях не приводит к статистически значимому увеличению частоты послеоперационных осложнений: в серии из 211 трансплантаций осложнения отмечены у 5,7% пациентов после реконструкции против 7,4% при стандартной технике ($p=0,72$). Различий во времени выполнения сосудистого анастомоза также не выявлено — 28 против 26 мин ($p=0,59$). В другой серии из 51 пациента с множественными артериями сравнение перевязки мелких добавочных артерий с их анастомозированием показало более короткое время анастомоза, операции и тепловой ишемии при перевязке, при этом достоверного увеличения частоты отсроченной функции трансплантата не отмечено. Метаанализ 14 исследований с 8400 реципиентами также не выявил статистически значимых различий в выживаемости пациента ($HR=0,94$; 95% ДИ 0,85–1,03; $p=0,172$) и трансплантата ($HR=0,95$; 95% ДИ 0,83–1,08; $p=0,419$) между трансплантатами с одной и множественными почечными артериями.

Выводы. Выбор метода пластики сосудистой ножки у доноров с вариантной анатомией должен быть индивидуализирован с учетом количества, диаметра, длины и пространственного расположения почечных сосудов. Формирование единого сосудистого устья целесообразно при анатомической возможности безопасного объединения артерий, тогда как при сложной анатомии предпочтительна раздельная реконструкция. Использование дифференцированной сосудистой техники позволяет обеспечить адекватную перфузию трансплантата без существенного увеличения риска послеоперационных осложнений. Полученные в мировой практике статистические данные подтверждают безопасность использования трансплантатов с множественными почечными артериями при правильно выбранной технике реконструкции.

Муродов Ш.Д., Давлатов Д.Ш., Сафаров Д.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА У ВЗРОСЛЫХ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного подхода к диагностике и лечению одонтогенного верхнечелюстного синусита у взрослых с использованием эндоскопических технологий и междисциплинарного взаимодействия оториноларинголога и стоматолога.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе ЛОР-отделения и стоматологической клиники. Под наблюдением находились 72 пациента с одонтогенным верхнечелюстным синуситом в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст – $43,8 \pm 11,6$ года). Мужчин было 41 (56,9%), женщин – 31 (43,1%). Всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее клинический осмотр, переднюю и заднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа, стоматологическое обследование, ортопантомографию, конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) и мультиспиральную компьютерную томографию околоносовых пазух. Оценивали выраженность симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы: **основная группа** – 38 пациентов, которым проводили эндоскопическую эндоназальную санацию верхнечелюстной пазухи с одновременной ликвидацией одонтогенного очага инфекции; **группа сравнения** – 34 пациента, получавших традиционное хирургическое лечение через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи в сочетании с устранением стоматологической причины.

Результаты исследования. Основной причиной заболевания являлись хронический апикальный периодонтит (48,6%), осложнения после эндодонтического лечения (27,8%), наличие инородного пломбировочного материала в верхнечелюстной пазухе (13,9%) и ороантральное сообщение после удаления зубов (9,7%). Наиболее частыми клиническими проявлениями были односторонняя заложенность носа (91,7%), гнойные выделения (83,3%), боли в проекции верхнечелюстной пазухи (76,4%), неприятный запах из носа (58,3%) и зубная боль (45,8%). После комплексного лечения в основной группе полное клиническое выздоровление достигнуто у 36 (94,7%) пациентов, тогда как в группе сравнения – у 28 (82,4%) ($p=0,038$). Средняя продолжительность госпитализации составила $4,3 \pm 1,2$ суток против $6,8 \pm 1,7$ суток соответственно ($p<0,01$). Рецидив заболевания в течение 12 месяцев наблюдения зарегистрирован у 2 (5,3%) пациентов основной группы и у 6 (17,6%) пациентов группы сравнения ($p=0,041$). Эндоскопический метод обеспечивал более быстрое восстановление носового дыхания, снижение выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки и уменьшение сроков послеоперационной реабилитации.

Выводы. Одонтогенный верхнечелюстной синусит у взрослых чаще развивается вследствие хронической периапикальной инфекции и осложнений стоматологического лечения. КЛКТ и эндоскопическое исследование полости носа являются наиболее информативными методами диагностики, позволяющими определить источник инфекции и распространенность патологического процесса. Комплексное лечение с одновременной санацией одонтогенного очага и эндоскопической эндоназальной хирургией обеспечивает высокую клиническую эффективность (94,7%), сокращает

сроки госпитализации и снижает частоту рецидивов по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами. Междисциплинарное взаимодействие оториноларинголога и стоматолога является ключевым условием успешного лечения и профилактики повторного развития одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д.
«ЭОЗИНОФИЛИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК МАРКЕР АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ДЕВИАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ»

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

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость содержания эозинофилов периферической крови у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом, а также оценить динамику данного показателя на фоне комплексного лечения.

Материал и методы исследования. В период 2024–2026 гг. на базе ЛОР-отделений НМЦ «Шифобахш» обследованы 38 пациентов в возрасте от 17 до 53 лет с деформацией носовой перегородки, ассоциированной с аллергическим ринитом. Среди обследованных преобладали мужчины — 22 (57,9%), женщин было 16 (42,1%). Наряду с общеклиническим обследованием пациентам выполняли риноэндоскопическое, аллергологическое и иммунологическое исследования. Особое внимание уделяли определению количества эозинофилов в периферической крови до начала лечения и в отдалённом послеоперационном периоде. В качестве группы сравнения обследованы 38 пациентов с деформацией носовой перегородки в сочетании с гипертрофическим ринитом. В основной группе аллергический ринит распределяли на интермиттирующую и персистирующую формы с учётом продолжительности симптомов. По степени выраженности клинических проявлений заболевание классифицировали как лёгкое, среднетяжёлое и тяжёлое.

Результаты исследования. Основными клиническими проявлениями у обследованных пациентов являлись затруднение носового дыхания, слизисто-водянистая ринорея, зуд в полости носа, приступообразное чихание, снижение обоняния и головная боль. Анализ показателей общего анализа крови выявил выраженную эозинофилию у подавляющего большинства пациентов основной группы. Среднее исходное содержание эозинофилов составило $13,7 \pm 2,5$. При интермиттирующей форме аллергического ринита содержание эозинофилов при лёгком течении находилось в пределах $6,3 \pm 0,3$ – $7,0 \pm 0,6$, при среднетяжёлом — $8,8 \pm 0,2$ – $9,2 \pm 0,2$, а при тяжёлом течении достигало $13,0 \pm 0,4$ – $13,3 \pm 0,3$. У пациентов с персистирующей формой заболевания при лёгкой степени тяжести показатели составляли $7,0 \pm 0,6$ – $7,7 \pm 0,3$, при среднетяжёлом течении — $9,5 \pm 0,3$ – $9,8 \pm 0,3$, при тяжёлом — $13,0 \pm 0,7$ – $13,7 \pm 0,3$. Полученные данные свидетельствуют о зависимости выраженности эозинофилии от клинической формы и тяжести аллергического ринита. В группе сравнения, у пациентов с деформацией носовой перегородки и хроническим гипертрофическим ринитом, среднее содержание эозинофилов составило $3,5 \pm 0,6$, что существенно ниже показателей основной группы. Всем пациентам выполнялось хирургическое лечение под общей эндотрахеальной анестезией с использованием щадящих вариантов септопластики, направленных на максимальное сохранение опорной функции носовой перегородки. В послеоперационном периоде назначалась местная противовоспалительная и антигистаминная терапия. Через 6 месяцев после комплексного лечения отмечено выраженное снижение содержания эозинофилов в периферической крови в основной группе — до $5,4 \pm 1,07$, что свидетельствует об уменьшении активности аллергического воспаления. При анализе отдельных клинических форм также выявлена положительная динамика показателей эозинофилии. Так, при интермиттирующей форме после лечения содержание эозинофилов составляло $3,9 \pm 0,1$ – $10,2 \pm 0,6$ в основной группе и $4,3 \pm 0,4$ – $12,5 \pm 0,3$ в группе сравнения. При персистирующем варианте заболевания соответствующие показатели составили $4,2 \pm 0,4$ – $9,9 \pm 0,6$ и $6,1 \pm 0,1$ – $12,5 \pm 0,3$ соответственно. Таким образом, после проведённого лечения отмечалась отчётливая тенденция к снижению эозинофилии, наиболее выраженная у пациентов основной группы.

Выводы. Повышение содержания эозинофилов периферической крови является характерным лабораторным признаком аллергического воспаления у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом. Степень эозинофилии коррелирует с формой и тяжестью клинического течения заболевания. Определение эозинофилов в периферической крови может использоваться как доступный дополнительный критерий оценки активности аллергического процесса и динамики состояния пациентов после комплексного лечения.

Муродова А.М., Давлатова О.А., Хакназарова Ф.

ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту преждевременных родов у женщин с хронической анемией.

Материал и методы. Проведён анализ научных публикаций и статистических данных по проблеме анемии и преждевременных родов. Изучались распространённость анемии среди беременных, сроки её выявления, частота преждевременных родов и связанные с ними акушерские и перинатальные осложнения. Особое внимание уделялось данным, характеризующим ситуацию в Республике Таджикистан.

Результаты исследования. В Таджикистане анемия остаётся одной из актуальных проблем охраны материнства. В 2025 году анемия была зарегистрирована примерно у 39,6% беременных женщин, что свидетельствует о высокой распространённости данного состояния. Анализ научных исследований показывает, что анемия может существенно повышать риск преждевременных родов. В метаанализе, включившем 18 исследований и 932 090 беременностей, установлено, что у женщин с анемией риск преждевременных родов был примерно на 56% выше, чем у беременных без анемии. Наиболее выраженная связь отмечалась при наличии анемии уже в I триместре беременности: риск прежде-

временных родов был примерно на 65% выше. При выявлении анемии во II и III триместрах повышение риска составляло около 45% и 43% соответственно. Это подчёркивает важность раннего выявления анемии и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Современные данные также подтверждают наличие данной взаимосвязи. По результатам метаанализа 2025 года, включившего 31 когортное исследование, у беременных с анемией риск преждевременных родов был примерно на 51% выше, чем у женщин без анемии. Кроме того, риск преждевременного излития околоплодных вод повышался почти в 2 раза, а вероятность рождения ребёнка с низкой массой тела — примерно на 40%.

Для Республики Таджикистан данная проблема имеет особое значение в связи с высокой распространённостью анемии среди беременных. Сочетание хронической анемии с другими акушерскими факторами риска может способствовать увеличению частоты преждевременных родов и неблагоприятных перинатальных исходов.

Одним из основных патогенетических механизмов является хроническая тканевая гипоксия, возникающая вследствие снижения уровня гемоглобина. Недостаточное поступление кислорода к плаценте может приводить к нарушению маточно-плацентарного кровообращения, развитию плацентарной недостаточности и гипоксии плода. Поэтому ранняя диагностика анемии у беременных и её своевременная коррекция имеют важное значение для профилактики осложнений беременности и улучшения перинатальных исходов.

Выводы. Анемия широко распространена среди беременных женщин в Республике Таджикистан и ассоциирована с повышением риска преждевременных родов примерно на 50–56%. Наиболее выраженное увеличение риска отмечается при анемии, выявленной в I триместре беременности. Раннее выявление и своевременная коррекция анемии имеют важное значение для профилактики преждевременных родов и улучшения перинатальных исходов.

Муродова П.Ф., Исмоилова М.А., Рахматуллоева Ф.И.

ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ

Кафедра оториноларингологии им. Исхаки Ю.Б ГОУ ТГМУ им. Абуали Ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить характер и степень нарушений голосовой функции у пациентов с хроническими заболеваниями гортани и оценить диагностическую значимость эндоскопических и функциональных методов исследования.

Материал и метод. Обследованы 50 пациентов с хроническими заболеваниями гортани в возрасте от 20 до 70 лет, из них 28 (56%)—женщины, 22 (44%)—мужчины. Среди обследованных преобладали пациенты с хроническим ларингитом, узелковыми и полипозными изменениями голосовых складок, а также с другими формами хронической патологии гортани. Всем пациентам проводили: сбор анамнеза, оценку основных жалоб, непрямую и эндоскопическую ларингоскопию. Для оценки голосовой функции анализировали основные характеристики голоса: тембр, силу, высоту, устойчивость и длительность фонации.

Результаты исследования. У большинства обследованных пациентов были выявлены нарушения голосовой функции различной степени выраженности. Наиболее частой жалобой была быстрая утомляемость голоса, которая отмечалась у 43 (86%) пациентов. Осиплость голоса выявлена у 31 (62%) пациента. Также часто отмечались ощущение сухости и дискомфорта в области гортани. При эндоскопическом исследовании выявили различные патологические изменения гортани и голосовых складок, способные приводить к нарушению голосообразования. Степень выраженности голосовых нарушений зависела от характера и выраженности патологического процесса в гортани.

Выводы. Хронические заболевания гортани являются одной из значимых причин стойких нарушений голосовой функции. Наиболее характерными проявлениями являются быстрая утомляемость и осиплость голоса, снижение его силы, изменение тембра и нарушение устойчивости фонации. Комплексное обследование с применением эндоскопической ларингоскопии и функциональной оценки голосовой функции позволяет выявлять характер и степень нарушений голосообразования, уточнять состояние голосового аппарата и повышать эффективность диагностики и лечения пациентов с хронической патологией гортани.

Мусоев Д.А., Исоев И.Ч., Халтачев Р.Н.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, на основе комплексного применения современных высокоинформативных неинвазивных методов исследования и определения преимуществ малоинвазивных методов оперативного лечения.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 38 больных с подозрением на холедохолитиаз за период 2018-2023 гг. Мужчин было 3 (7,8%) и женщин - 35 (92,2 %). Возраст обследованных варьировал от 30 до 68 лет. Предоперационное обследование проводили по общепринятым стандартам, включая клинико-лабораторные, УЗИ, ЭГДС, КТ и МРХПГ. В результате комплексного обследования у 37 пациентов выявлены камни внепечёночных желчных протоков.

Результаты обследования. Наиболее информативным методом исследования желчных путей, позволяющим установить точную причину и уровень нарастания их проходимости, по нашим наблюдениям оказалась магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии специфичным признаком наличия конкремента в холедохе был округлый участок с низкой интенсивностью сигнала. Этот метод исследования был применён для 38 пациентов. МРХПГ позволила верифицировать камни в желчных протоках у 37

(98,6%) пациентов, при этом в нерасширенном общем желчном протоке (ОЖП), в том числе в дистальном отделе - у 9 пациентов. Минимально визуализируемый размер конкрементов составил 2-3 мм.

Вывод. Эффективность метода МРХПГ в диагностике холедохолитиаза составила 98,6%. Использование данного метода позволило с высокой степенью достоверности верифицировать диагноз, определить распространённость патологического процесса, выбрать оптимальный метод оперативного пособия.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

Цель исследования. Оценить эректильную функцию и гормональный статус у пациентов с острым миелобластным лейкозом.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе гематологического и урологического отделений с участием 54 мужчин с ОМЛ в возрасте 21–55 лет (средний возраст — 38,6±4,2 года), проходивших стационарное лечение. Основную группу составили 27 пациентов с эректильной дисфункцией, группу сравнения — 27 пациентов без выраженных нарушений эректильной функции; контрольную группу — 20 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту.

Оценивали жалобы и анамнез, эректильную функцию по шкале IIEF-5, показатели общего и биохимического анализов крови, уровни общего и свободного тестостерона, ЛГ, ФСГ и пролактина, данные УЗИ органов мошонки, а также длительность и особенности полихимиотерапии. Статистическую обработку проводили с использованием критерия Стьюдента и χ^2 ; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В основной группе выявлено снижение общего тестостерона до 9,8±1,6 нмоль/л против 14,7±2,1 нмоль/л в группе сравнения и 18,9±2,4 нмоль/л в контроле ($p < 0,05$). Уровень свободного тестостерона составил соответственно 7,1±1,3, 11,4±1,7 и 15,2±2,0 пг/мл ($p < 0,05$).

Одновременно отмечалось повышение ФСГ — 14,2±2,3 МЕ/л против 8,1±1,5 и 5,6±1,2 МЕ/л, а также ЛГ — 11,8±1,9 МЕ/л против 6,9±1,4 и 4,8±1,1 МЕ/л соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствовало о развитии гипогонадизма.

Эректильная дисфункция выявлена у 27 (50,0%) пациентов с ОМЛ: лёгкой степени — у 11 (20,4%), средней — у 10 (18,5%), тяжёлой — у 6 (11,1%). Нарушения чаще наблюдались после длительных курсов полихимиотерапии — у 19 (70,4%) пациентов основной группы. Снижение либидо отмечалось у 21 (77,8%), ухудшение качества эрекции — у 27 (100%), психоэмоциональные нарушения — у 18 (66,7%) пациентов.

При УЗИ органов мошонки у 9 (33,3%) пациентов основной группы выявлены признаки гипотрофии яичек и диффузные изменения их паренхимы. Основными факторами, ассоциированными с эректильной дисфункцией, являлись длительное течение ОМЛ — 20 (74,1%), интенсивная полихимиотерапия — 19 (70,4%), гормональные нарушения — 22 (81,5%) и возраст старше 40 лет — 15 (55,6%) пациентов.

Выводы. У пациентов с ОМЛ часто развиваются нарушения эректильной функции, сопровождающиеся снижением уровня тестостерона и повышением гонадотропных гормонов, что свидетельствует о развитии гипогонадизма. Наиболее значимыми факторами риска являются гормональные нарушения, длительное течение заболевания, интенсивная полихимиотерапия и возраст старше 40 лет. Ранняя диагностика сексуальных и гормональных нарушений позволяет своевременно проводить их коррекцию и улучшать качество жизни пациентов.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.

УРОСЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

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

Цель исследования. Оценить частоту и клинико-лабораторные особенности уросептических осложнений при остром лимфобластном лейкозе.

Материал и методы. Исследование проведено на базе специализированного гематологического отделения. Обследованы 33 пациента с верифицированным диагнозом ОЛЛ в возрасте от 18 до 65 лет. Основную группу составили 17 пациентов с уросептическими осложнениями, группу сравнения — 16 пациентов без признаков уросепсиса и тяжёлых инфекционных осложнений. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Всем пациентам проводили общеклинические, биохимические, бактериологические и инструментальные методы исследования, включая общий анализ крови и мочи, определение уровней С-реактивного белка и прокальцитонина, гемокультуру, посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам, функциональные пробы почек и ультразвуковое исследование мочевыводящей системы. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента и χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов основной группы достоверно чаще отмечались лихорадка (88,2% против 25,0%), выраженная интоксикация (82,4% против 18,7%), дизурические расстройства (70,6% против 12,5%), боли в поясничной области (58,8% против 12,5%) и признаки системной воспалительной реакции (76,5% против 18,7%) ($p < 0,05$). Развитие уросептических осложнений преимущественно наблюдалось в период глубокой нейтропении после полихимиотерапии. Средний уровень лейкоцитов в основной группе составил $(1,2 \pm 0,4) \times 10^9/\text{л}$ против $(3,8 \pm 0,7) \times 10^9/\text{л}$ в группе сравнения, нейтрофилов — $(0,4 \pm 0,2) \times 10^9/\text{л}$ против $(1,9 \pm 0,5) \times 10^9/\text{л}$ соответственно ($p < 0,01$).

При бактериологическом исследовании мочи преобладала грамотрицательная микрофлора. Наиболее часто выявлялись *Escherichia coli* — у 58,8% пациентов, *Klebsiella pneumoniae* — у 35,3% и *Pseudomonas aeruginosa* — у 23,5% обследованных основной группы. Полирезистентность микроорганизмов отмечена у 41,2% пациентов основной группы против 12,5% в группе сравнения. Уровень С-реактивного белка у пациентов с уросепсисом составил $96,4 \pm 14,2$ мг/л против $18,7 \pm 5,3$ мг/л, а прокальцитонина — $8,2 \pm 1,6$ нг/мл против $0,9 \pm 0,3$ нг/мл соответственно ($p < 0,001$).

Среди осложнений у пациентов основной группы наиболее часто отмечались острое повреждение почек (29,4%), септический шок (17,6%) и полиорганная недостаточность (11,8%). Проведение ранней комбинированной антибактериальной терапии в сочетании с интенсивной инфузионной поддержкой сопровождалось снижением частоты тяжёлых осложнений и улучшением клинических исходов.

Выводы. Уросептические осложнения у пациентов с ОЛЛ развиваются преимущественно на фоне глубокой нейтропении и иммуносупрессии после полихимиотерапии. В этиологической структуре преобладает грамотрицательная микрофлора с высокой антибиотикорезистентностью. Повышение уровней С-реактивного белка и прокальцитонина может служить важным диагностическим критерием тяжести инфекционного процесса. Ранняя диагностика и своевременная антибактериальная терапия способствуют улучшению клинических исходов у пациентов с ОЛЛ.

Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЙКЕМИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

ГУ «Республиканский урологический центр» Республики Таджикистан.

Кафедра внутренних болезней № 3 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и клинко-диагностические особенности урогенитальных осложнений у пациентов с острой лимфобластной лейкемией (ОЛЛ) и хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ).

Материал и методы исследования. Проведено клинко-инструментальное обследование 143 пациентов с лейкемиями. Основную группу составили 73 пациента с ОЛЛ в возрасте 18–65 лет, среди них 42 мужчины (57,5%) и 31 женщина (42,5%). Группу сравнения составили 70 пациентов с ХЛЛ в возрасте 45–76 лет, включая 39 мужчин (55,7%) и 31 женщину (44,3%). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц соответствующего возраста и пола.

Всем пациентам проводили общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, оценку функции почек, бактериологическое исследование мочи, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и органов мошонки и малого таза по показаниям, стерильную пункцию. Оценивали частоту инфекционно-воспалительных, obstructивных и функциональных нарушений мочеполовой системы.

Результаты исследования. Урогенитальные осложнения выявлены у 52,1% пациентов с ОЛЛ и 61,4% больных ХЛЛ ($p < 0,05$). Наиболее часто у пациентов с ОЛЛ отмечались инфекции мочевых путей — 26,0%, дизурические расстройства — 20,5%, изменения со стороны почек — 17,8%, а у мужчин воспалительные заболевания органов мошонки и предстательной железы — 14,3%. В группе ХЛЛ преобладали инфекции мочевых путей — 31,4%, нарушения функции нижних мочевых путей — 24,3%, ультразвуковые изменения почек — 22,9% и заболевания предстательной железы — 20,5%. У пациентов с ХЛЛ урогенитальная патология чаще носила хронический и рецидивирующий характер. У больных ОЛЛ осложнения преимущественно ассоциировались с выраженными гематологическими нарушениями, иммунодефицитом и проводимой цитостатической терапией.

Выводы. Урогенитальные осложнения являются частым сопутствующим проявлением лейкемий и встречаются значительно чаще. При ОЛЛ преобладают инфекционно-воспалительные и функциональные нарушения, тогда как при ХЛЛ чаще выявляются хронические заболевания мочевыводящих путей и почек. Комплексная оценка состояния мочеполовой системы с использованием лабораторных и ультразвуковых методов позволяет своевременно выявлять осложнения и проводить их коррекцию.

Мухаббатов Х. Дж.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ НЕГО ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Цель исследования: провести сравнительную оценку частоты и характера послеоперационного недержания мочи (НМ) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) с сахарным диабетом (СД) и без него после аденомэктомии.

Материал и методы. Проведён анализ результатов хирургического лечения 43 пациентов с ДГПЖ, которым была выполнена аденомэктомия. В зависимости от наличия СД пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — 13 пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, 2-я группа — 30 пациентов без СД. В послеоперационном периоде оценивали функцию удержания мочи, наличие и выраженность недержания, сроки восстановления функции мочевого пузыря и длительность сохранения симптомов. Для сравнительной оценки определяли абсолютное количество и удельный вес пациентов с послеоперационным НМ в каждой группе.

Результаты исследования. Среди 13 пациентов с СД послеоперационное НМ отмечено у 4 больных (30,8%), тогда как у 9 пациентов (69,2%) данного осложнения не наблюдалось. Таким образом, практически у каждого третьего

пациента с СД после аденомэктомии развивалось НМ. В группе из 30 пациентов без сахарного диабета НМ наблюдалось реже — у 3 больных (10,0%), тогда как у 27 пациентов (90,0%) функция удержания мочи сохранялась. Таким образом, частота послеоперационного НМ у пациентов с СД была приблизительно в 3 раза выше, чем у больных без СД (30,8% против 10,0%). При оценке характера осложнения установлено, что в обеих группах преобладали случаи временного НМ с последующим восстановлением функции удержания. Вместе с тем у пациентов с сопутствующим СД восстановление происходило более медленно, а вероятность длительного сохранения симптомов была выше. Это может быть связано с диабетическими нейропатическими изменениями и исходным функциональным нарушением мочевого пузыря. Таким образом, наличие сахарного диабета сопровождалось не только увеличением частоты послеоперационного НМ, но и более длительным восстановлением функции нижних мочевых путей. Полученные результаты указывают на необходимость учитывать метаболический статус пациента при предоперационной оценке риска функциональных осложнений после аденомэктомии.

Выводы. У пациентов с ДГПЖ, имеющих сопутствующий сахарный диабет, послеоперационное недержание мочи развивается существенно чаще, чем у больных без СД. Его наличие связано с более выраженными нарушениями функции нижних мочевых путей и замедленным восстановлением механизма удержания мочи, что обосновывает необходимость индивидуальной оценки риска и более тщательного послеоперационного наблюдения данной категории пациентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что сахарный диабет может рассматриваться как значимый фактор риска послеоперационного нарушения функции удержания мочи и более длительного периода восстановления после аденомэктомии.

Мухаббатов Х.Дж., Хусейнов Г.Р., Махмадизода М.К.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить диагностику и эффективность комплексного лечения смешанного недержания мочи у мужчин.

Материал и методы. В исследование включены 54 пациента с диагнозом смешанное недержание мочи, прошедшие обследование и лечение в урологическом стационаре. Возраст больных составил от 45 до 78 лет, среди них преобладали лица старшей возрастной группы. Диагностика включала комплексный подход: сбор анамнеза, физикальное обследование, оценку симптомов с использованием международных опросников (ICIQ-SF и других шкал), лабораторные исследования (общий анализ мочи, биохимические показатели), ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, а также уродинамическое исследование для уточнения типа и выраженности нарушений функции нижних мочевых путей. Лечение проводилось поэтапно и включало консервативные и при необходимости хирургические методы. Консервативная терапия включала поведенческую коррекцию, тренировку мышц тазового дна (упражнения Кегеля), медикаментозное лечение с применением антихолинергических препаратов, β_3 -агонисты (например солифенацин, мирабегрон), α_1 -адреноблокаторы (тамсулозин) а также симптоматическую терапию. При выраженных формах заболевания и неэффективности консервативного лечения применялись хирургические методы коррекции.

Результаты исследования. На фоне проведенного лечения у большинства пациентов (около 70–75%) отмечено значительное улучшение клинической симптоматики, выражающееся в уменьшении частоты эпизодов недержания мочи, снижении выраженности императивных позывов и улучшении общего качества жизни. У пациентов, получавших только консервативную терапию, положительный эффект наблюдался преимущественно при легкой и средней степени тяжести заболевания. В группе пациентов с тяжелым течением и недостаточной эффективностью медикаментозного лечения (около 25–30%) потребовалось хирургическое вмешательство, после которого также отмечалась стойкая положительная динамика. Уродинамические показатели после лечения продемонстрировали улучшение функции мочевого пузыря, снижение нестабильности детрузора и увеличение функциональной емкости мочевого пузыря.

Выводы. Смешанное недержание мочи является сложным урологическим состоянием, требующим комплексного и индивидуализированного подхода к диагностике и лечению. Применение современных диагностических методов, особенно уродинамического исследования, позволяет точно определить форму и степень нарушения функции нижних мочевых путей. Комплексная терапия, включающая поведенческую коррекцию, медикаментозное лечение и хирургические методы при необходимости, является эффективной и позволяет достичь значительного клинического улучшения у большинства пациентов, а также существенно повысить качество их жизни.

Мухамедова И.Г., Аскаров А.Т., Абдуллоев М.С.

ВЛИЯНИЕ ПРИЁМА КОМБИНИРОВАННОГО СРЕДСТВА МОБИ АРТ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

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

Цель исследования. Учитывая, что основным клиническим проявлением заболевания является болевой синдром целью исследования являлось изучение влияния Моби Арт на интенсивность болевого синдрома.

Материал и методы. Проведен анализ 69 амбулаторных больных (42 (60,9%) женщин, 27(39,1%) мужчин) в возрасте 46-69 лет. Диагноз устанавливался на основании рентгенограмм. Больные получали комплексную консервативную терапию, в состав которой при необходимости была включена непродолжительная фиксация коленного сустава отрезами. Все больные ежедневно получали по 2 таблетки Моби Арта в течение 3 месяцев.

Показатели интенсивности болевого синдрома фиксировались врачом до начала лечения и на момент его окончания через 3 месяца по 10 бальной шкалы ВАШ. Эффективность лечения оценивалась в зависимости от интенсивности болевого синдрома и необходимости принятия обезболивающих средств.

Результаты исследования. Анализ результатов применения препарата Моби Арт ни в одном случае не отметил побочные действия. Результаты эффективности лечения оценивались как отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно (ухудшение). В первую группу вошли больные, которые в течение 3 месяцев не пришлось употреблять НПВП при отсутствии боли. Во вторую группу, вошли больные, которым в результате уменьшения болевого синдрома до умеренного пришлось уменьшить употребление анальгетиков вплоть до единичных случаев.

Так 52,2% (36) больных сначала лечения отметили уменьшение болевого синдрома, а через 10 недель лечения полное его отсутствие. Такая картина, по всей видимости, объясняется тем, что больные с начала лечения имели лёгкую или умеренную боль. У 31,9 (22) больных, отмечавших до лечения боль сильной и умеренной интенсивности в течение 8 недель лечения, наблюдалось уменьшение интенсивности болевого синдрома до лёгкой или умеренной степени. При этом периодами боль вообще исчезала, что позволило уменьшить употребления анальгетиков до единичных случаев. У 10-11,6% (8 больных) интенсивность боли не менялась. В 3,75-4,3% (3) случаях больные не только не отмечали динамику интенсивности болевого синдрома, но и усиление его, что объясняется избыточным весом больных и значительным сужением рентгенологической щели сустава.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что совместное применение в схеме лечения Моби Арт усиливается противовоспалительное действие НПВП и как следствие способствует уменьшению болевого фактора, тем самым являясь эффективным средством для лечения больных остеоартрозом крупных суставов на ранних стадиях дегенеративно-дистрофического процесса.

Выводы. Исследование показало, что включение Моби Арт в течение 3 месяцев, в схему комплексного консервативного лечения остеоартрозов позволило в 52,2% достоверно способствовало снижению болевого синдрома или его купированию.

Мухамедова И.Г., Аскарров А.Т., Джумаева З.Т.

МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

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

Цель исследования. Изучить влияние корригирующей терапии на дисбаланс микроэлементов у женщин с дегенеративно-дистрофическими изменениями крупных суставов, в зависимости от паритета родов и оценить их взаимосвязь с показателями МПКТ.

Материалы и методы. Обследовано 35 женщин в постменопаузе, проживающих в различных районах Таджикистана. Средний возраст больных составил $62 \pm 8,74$ года. Женщин, имевших многорождение, было 17 (48,6%), сопоставимых по возрасту с оптимальным паритетом родов - 18 (51,4%). У всех клинически и рентгенологически подтверждён коксартроз и гонартроз 2-3 стадии (по Kellgren-Lawrence). В обследование было включено: исследование показателей минерального обмена (кальция, магния, фосфора, цинка) и метаболита витамина D (25 – ОН-D3) в сыворотке крови и оценка минеральной плотности кости (МПКТ) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), в шейке бедренной кости и дистальном отделе предплечья с определением Т-критерия. Для восполнения дефицита микроэлементов и витамина D, в зависимости от показателей минеральной плотности кости, назначались препараты кальция, магния, цинка и витамина D.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют, что у 23 (65,7%) больных было зарегистрировано снижение минеральной плотности костной ткани. У 15 (42,8%) больных, с высоким паритетом родов, отмечались наиболее низкие значения МПКТ, соответствующие остеопорозу: Т-критерий в поясничном отделе составил $-2,9 \pm 0,3$ SD, в шейке бедра $-2,4 \pm 0,4$ SD. Уровень витамина D у 6 (35,3%) составил $3 - 8,18 \pm 2,65$ нг/мл, что соответствует выраженному дефициту, у 11 (64,7%) больных концентрация витамина D находилась в пределах $10,2 - 17,3$ нг/мл, что также свидетельствует о недостаточности элемента. Показатели Ca и Mg соответствовали $1,3 - 1,7$ ммоль/л, $0,53 \pm 0,06$ ммоль/л соответственно. В группе больных с оптимальным паритетом родов (6 - 44,4%) показатели МПКТ соответствовали остеопении: Т-критерий в поясничном отделе $-2,1 \pm 0,3$ SD, в шейке бедра $-1,8 \pm 0,3$ SD. Показатели витамина D составили $21,5 \pm 2,8$ нг/мл, Mg $-0,62 \pm 0,01$ ммоль/л, и Ca $-2,0$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$). Для восполнения дефицита микроэлементов и витамина D, в зависимости от показателей минеральной плотности кости, назначались препараты кальция (Кальций D-3 Никомед форте, Остеомед форте, Феркалмин), магния (Дуомег, Магне В6, Магнелис В6), и витамина D (Альфабон, Коледан). При выраженном остеопорозе у 5 (29,4%) больных применялось сочетание приёма препаратов кальция с бисфосфонатами (в дозе 70 мг) и активного метаболита витамина D3 (оксидевит 0,5-1,5 мкг/сут.).

Выводы. У женщин с дегенеративно-дистрофическими изменениями крупных суставов и высоким паритетом родов чаще отмечается дефицит и недостаточность витамина D и дисбаланс микроэлементов, поддерживающих структуру костной ткани. Как следствие, отмечается корреляционная связь между показателями МПКТ и микроэлементами, принимающих участие в остеогенезе.

Набизода М.Х., Джойлобов М.Р., Амидов И.Н.

РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

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

Цель исследования. Оценить связь применения модифицированной реваскуляризирующей остеотрепанации с ранними госпитальными исходами лечения у пациентов с дистальной нейроишемической формой синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. Выполнено одноцентровое сравнительное исследование 44 пациентов с дистальной нейроишемической формой синдрома диабетической стопы, наблюдавшихся до выписки из стационара. В основную группу вошли 22 больных, которым в составе комплексного лечения выполняли модифицированную реваскуляризирующую остеотрепанацию при невозможности прямой реваскуляризации. Контрольную группу составили 22 пациента, у которых остеотрепанация не применялась. Все пациенты проходили клиничко-лабораторическое обследование и местное хирургическое лечение в соответствии с клинической ситуацией. Способ стандартной и модифицированной реваскуляризирующей остеотрепанации. использовался при невозможности применения прямой реваскуляризации. При наличии критической ишемии процесс образования грануляционной ткани нарушается и с целью предотвращения нагноения культи и скорого заживления прибегают к остеотрепанации. После ампутации на стопе по Лисфранку стерильных остроконечных спиц формируют до 3-4 отверстий на поверхности каждой из выступающих костей, до выделения крови. При этом диаметр отверстий соответствует 1/6 диаметра кости.

Результаты исследования. Первоначальный анализ был направлен на оценку сопоставимости групп по исходным демографическим, клиническим и лабораторным характеристикам. Следующий этап анализа был посвящен динамике местного раневого процесса и длительности стационарного лечения. В послеоперационном периоде у данных больных наблюдалась положительная динамика. У пациентов, которым выполняли модифицированную остеотрепанацию, переход раневого процесса к репаративной фазе происходил примерно в два раза быстрее. С клинической точки зрения это отражает более раннее формирование жизнеспособных тканей и создает предпосылки для органосохраняющей тактики.

Анализ основной конечной точки также продемонстрировал выраженное преимущество основной группы. Высокая ампутация конечности до выписки была выполнена у 14 из 22 пациентов основной группы и у всех 22 больных контрольной группы, что соответствовало 63,6% и 100,0% соответственно, $p=0,004$. Не менее показательно, что положительная динамика раневого процесса была зарегистрирована у 36,4% пациентов основной группы и лишь у 4,5% больных контрольной группы, $p=0,021$. Кроме того, ампутация не потребовалась 8 из 22 больных основной группы, тогда как в контрольной группе таких пациентов не было вовсе. Внутригоспитальная летальность составила 13,6% в основной группе и 22,7% в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, совокупный анализ показывает, что применение модифицированной реваскуляризирующей остеотрепанации ассоциировалось с более благоприятным ранним течением госпитального периода: более быстрым развитием грануляций, сокращением сроков пребывания в стационаре, уменьшением общей потребности в ампутации и увеличением доли пациентов, выписанных живыми без потери конечности.

Набизода М.Х., Султонов Х.К., Амидов И.Н.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики больных некротизирующими инфекциями мягких тканей на основе комплексной клиничко-лабораторной оценки течения заболевания.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 68 больных с НИМТ, госпитализированных в хирургическое отделение Городского медицинского центра №3 г. Душанбе (ГМЦ №3). Мужчин было 32 (47,1%), женщин - 36 (52,9%), возраст - от 30 до 84 лет. Некротическая форма рожки диагностирована у 27 (39,7%) пациентов, некротизирующий фасциит - у 31 (45,6%), мионекроз - у 10 (14,7%). Диагностика включала клиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы, бактериологическое исследование раневого отделяемого, оценку регионарной гемодинамики и транскутанного напряжения кислорода.

Результаты исследования. При некротизирующем фасциите и мионекрозе ранняя клиническая картина характеризовалась отсутствием патогномичных признаков при выраженной системной воспалительной реакции. У 21 пациента отсутствие гноя при пункции и по данным ультразвукового исследования (УЗИ) ошибочно расценивалось как серозное воспаление, что задерживало хирургическую санацию. По мере углубления тканевого поражения нарастали С-реактивный белок (СРБ), прокальцитонин, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), D-димер и ферритин. У пациентов с более глубокими формами поражения отмечалось нарастание концентрации продуктов ПОЛ. Уровень ДК повышался с ростом тяжести клинической формы, а различия сохранялись между всеми тремя группами как до лечения, так и после него, что подчёркивает связь этого показателя с глубиной тканевого поражения. Для МДА до лечения различия носили менее закономерный характер: статистически значимое отличие выявлено лишь между некротической рожкой и некротизирующим фасциитом. После лечения уровень МДА при некротизирующем фасциите снижался, тогда как изменения СОД во всех группах указывали на сохраняющееся напряжение антиоксидантной защиты даже на фоне проводимой терапии. По мере перехода от некротической рожки к некротизирующему фасцииту и мионекрозу отмечалось прогрессивное нарастание уровней СРБ, прокальцитонина, креатинкиназы, ЛДГ, D-димера и ферритина. Парные сравнения с поправкой Холма подтвердили значимость различий между всеми тремя клиническими формами по этим показателям. Такая динамика отражает параллельное усиление системного воспаления, тканевой деструкции и коагуляционных нарушений. Напротив, уровни ИЛ-6 не различались между группами значимо ($p = 0,153$), что ограничивает его применимость для разграничения клинических форм в данной выборке. Микробные ассоциации выявлены у 42 (61,8%) больных; аэробно-анаэробная смешанная инфекция - у 31 (45,6%). Аутодермопластика выполнена 16 (23,5%) пациентам: полное приживление трансплантата достигнуто в 12 (75,0%) случаях. Высокие ампутации потребовались 13 (19,1%) больным. Общая летальность составила 23,5% (16/68).

Заключение. НИМТ отличаются быстрым прогрессированием, сложностью ранней диагностики, выраженной системной воспалительной реакцией и высокой летальностью. Отсутствие гноя не должно служить основанием для отказа от хирургической ревизии. Ключевыми компонентами лечения являются ранняя диагностическая ревизия, радикальная некрэктомия, этапные хирургические обработки, рациональная антибактериальная терапия и подготовка раневого ложа к реконструктивному закрытию.

Наврузова Ф.Л., Собирзода М.Э., Исупова Ш.Ф.

ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ОТРАЖЁННОЙ ОТАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить диагностическое значение цифровых методов при выявлении отражённой оталгии у пациентов с хроническим тонзиллофарингитом и разработать последовательный подход к дифференциальной диагностике боли в ухе.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ЛОР-отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Обследовано 56 пациентов с хроническим тонзиллофарингитом и жалобами на боль в ухе в возрасте от 18 до 55 лет. Среди обследованных было 29 (51,8%) женщин и 27 (48,2%) мужчин. В зависимости от возраста пациенты были распределены на три группы: 18–30 лет — 20 (35,7%), 31–40 лет — 19 (33,9%), 41–55 лет — 17 (30,4%). Диагностический комплекс включал электронное анкетирование, сбор анамнеза, оценку интенсивности боли по числовой рейтинговой шкале от 0 до 10 баллов, отоскопию, фарингоскопию и цифровую фотофиксацию состояния слизистой оболочки ротоглотки и нёбных миндалин. При наличии жалоб на снижение слуха проводили тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию. Полученные данные систематизировали в электронной карте и сопоставляли с выраженностью фарингоскопических изменений, интенсивностью боли и состоянием наружного и среднего уха.

Результаты исследования. Установлено, что хронический тонзиллофарингит может сопровождаться болью, распространяющейся в область уха, при отсутствии патологических изменений наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Среди обследованных незначительно преобладали женщины — 51,8%. Наиболее многочисленной была возрастная группа 18–30 лет, составившая 35,7% общей выборки; доля пациентов 31–40 лет составила 33,9%, а 41–55 лет — 30,4%. Для отражённой оталгии была характерна связь боли в ухе с глотанием, обострением воспалительного процесса в глотке и изменениями нёбных миндалин. Использование числовой рейтинговой шкалы и электронной анкеты обеспечивало стандартизированную оценку интенсивности и динамики болевого синдрома. Цифровая фотофиксация позволяла документировать местные изменения ротоглотки и сопоставлять их на разных этапах наблюдения. Нормальная отоскопическая картина и отсутствие значимых нарушений по данным аудиологического обследования при наличии воспалительных изменений ротоглотки указывали на вероятный вторичный характер ушной боли.

Выводы. Отражённая оталгия является клинически значимым проявлением хронического тонзиллофарингита и требует комплексного обследования глотки и уха. Применение электронной анкеты, числовой рейтинговой шкалы боли и цифровой фотофиксации повышает стандартизацию диагностики и облегчает динамическое наблюдение. При наличии боли в ухе и нормальной отоскопической картины необходимо исключать воспалительные заболевания ротоглотки. Такой подход позволяет уточнить происхождение оталгии, избежать диагностических ошибок и необоснованного лечения предполагаемой первичной патологии уха.

Наджбидинов М.Дж., Хушвахтов М.Х., Саидов Н.М

СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ С ИСПОЛЗОВАНИЕМ ПЕРФОРИРУЮЩИХ ВИНТОВ

Нейрохирургическое отделение, ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”. Таджикистан

Цель исследования. Изучить и оценить особенности хирургического лечения дегенеративных поражений с остеопорозом позвоночника с применением транспедикулярной фиксации ось позвоночника перфорирующими винтами.

Материал и методы. С использованием транспедикулярной фиксации ось позвоночника с перфорирующими винтами с введением в полость винта костного цемента было проведено оперативное лечение 35 пациентов, находившихся в нейрохирургических отделениях ГУ “КЗ Истиклол” за период 2025 до августа 2026года. Из них мужчин — 11 (31,4%), женщин — 24(68,4%).

Возраст больных колебался от 40 до 70 лет. Средний возраст составлял 58,5 лет.

Результаты исследования. У всех прооперированных больных с остеопорозом после стабилизации ось позвоночника перфорирующими винтами была отмечена хорошая стабильность непосредственно в послеоперационный период, что позволило провести раннюю их реабилитацию. Полное восстановление неврологического статуса отмечено у всех больных. При проведении контрольных МРТ и КТ 3D были обнаружены минимальные артефакты, вызываемые титаном, что позволило полностью визуализировать структуру спинного мозга, ликворных пространств и костных образований. При проведении контрольных компьютерной томографии через 3 и 6 месяцев после операции положение полиаксиальных транспедикулярных систем было стабильным. Системы транспедикулярной фиксации с перфорирующими винтами и введение в полость винта костного цемента обеспечивали надежную иммобилизацию стабилизированных сегментов позвоночника. Повреждение данной системы и смещение винтов в течение 6 месяцев после операции не отмечено.

Выводы.

1. Неинвазивный метод обследований, в том числе КТ 3D – исследований позвоночника, является наиболее информативным методом и позволяет предусматривать современных методов операции, в том числе транспедикулярной фиксации оси позвоночника с помощью перфорирующих винтов.

2. Метод транспедикулярной фиксации ось позвоночника при остеопорозе перфорирующими винтами с введением в полости винта костного цемента является наиболее надёжным, имеет низкий риск осложнений, жесткую фиксацию, захват малого количества сегментов и позволяет существенно сокращать раннюю реабилитацию и улучшить качество жизни пациентов.

Нажмуудинов Х.Х., Абдурахмонов У.Дж., Джафаров М.Ф.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ

Кафедра рентгенологии и радиологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить основные проблемы раннего выявления рака молочной железы и определить значение современных методов диагностики

Материал и методы. Проведён анализ современных научных публикаций, рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и материалов Международного агентства по изучению рака, посвящённых ранней диагностике рака молочной железы. Рассмотрены основные методы выявления заболевания: клиническое обследование молочных желёз, маммография, ультразвуковое исследование и морфологическая верификация подозрительных образований методом биопсии. Современный подход предполагает своевременное обследование женщин при появлении подозрительных симптомов и организацию скрининга, соответствующих возрастным группам.

Результаты исследования. Анализ источников показал, что одной из основных проблем остаётся позднее обращение женщин за медицинской помощью. На ранних стадиях заболевание может протекать без выраженных симптомов, что затрудняет его своевременное выявление. Значимыми факторами задержки диагностики являются недостаточная информированность женщин, недооценка изменений молочной железы и ограниченный доступ к диагностическим услугам. Важную роль в раннем выявлении играют клиническое обследование и методы визуализации. Маммография используется как основной метод скрининга в соответствующих возрастных группах, а ультразвуковое исследование может применяться для дополнительной оценки выявленных изменений. При обнаружении подозрительного образования окончательное подтверждение диагноза требует исследования ткани методом биопсии.

Выводы. Раннее выявление рака молочной железы является одним из важнейших направлений современной онкологии. Повышение информированности женщин, регулярное медицинское обследование, доступность маммографии и ультразвуковой диагностики, а также своевременное проведение биопсии при подозрительных изменениях позволяют повысить вероятность выявления заболевания на ранних стадиях и улучшить результаты лечения.

Назаров И.Р., Мухамедова И.Г., Аскаров А.Т.

НАШ АНАЛИЗ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

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

Цель исследования. Изучение частоты причин возникновения и прогнозирование послеоперационного остеомиелита.

Материал и методы. Лечение больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, несмотря на широкие возможности современной травматологии и ортопедии, остается наиболее сложной и неразрешенной проблемой. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 102 больных с послеоперационным остеомиелитом, находившихся на лечении в 2016-2026гг. Для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита у 25 больных с изолированными закрытыми переломами трубчатых костей, перенесших репозицию с использованием металлоконструкций, исследовали уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)). Исследования выполнены в иммунологической лаборатории.

Результаты исследования. По данным ретроспективного анализа за анализируемый период в отделении было пролечено 102 пациента, из них мужчин было 75 (73,5%), женщин – 27 (26,5%). Работающих 39 было 57 (55,9%), неработающих – 45 (44,1%) человек. Из 102 больных 80 оперированы в отделении ортопедии-травматологии, что составило 3,2% от общего числа остеосинтезов с применением металлоконструкций, выполненных за анализируемый период. Больные поступали в отделение на сроках после металлоостеосинтеза: через 2мес. – 22 больных, с 2 до 6 мес. – 32, с 6 мес. до 1 года – 29 и после года – 19 больных. Локализация остеомиелитического очага в плечевой кости наблюдалась в 14 (13,74%) случаях; костях предплечья – в 3 (2,94%); ключице – в 10 (9,8%); костях таза – в 3 (2,94%); бедренной кости – в 5 (4,9%); костях голени – в 51 (50%); надколеннике – в 5 (4,9%); пяточной кости – в 9 (8,82%); костях пальцев – в 2 (1,9%) случаях. Послеоперационный остеомиелит развивался после наkostного остеосинтеза у 75 (73,6%) больных; спицевого у 18 (17,7%) больных; интрамедуллярного у 8 (7,8%) и у 1 (0,9%) больного после протезирования тазобедренного сустава. При исследовании раневого отделяемого из свищей выявлено: *Staphylococcus aureus* – 61,8%; *Staphylococcus epidermidis* – 6,9%; *Enterobacter faecalis* – 3,9%; *Corynebacter xerosis* – 7,8%; микробные ассоциации – 19,6%. Больным при поступлении в отделение выполнялись следующие операции: удаление металлоконструкций с секвестрнекрэктомией – 71 (69,6%) больному; секвестрнекрэктомия – 17 (16,7%); вскрытие абсцессов и секвестрнекрэктомия – 14 (13,7%) больным. Все больные выписаны с благоприятным исходом, летальных случаев не было. Были определены уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный бе-

лок, ЛИИ) у 25 больных, находившихся в отделении ортопедии-травматологии с диагнозом: закрытый перелом трубчатой кости, перенесших открытую репозицию с использованием металлоконструкций. Забор анализов проводился троекратно: до оперативного лечения, на 5-7-е сутки и на 30-40-е сутки после остеосинтеза. Мужчин было 16 (64%), женщин 9 (36%). В ходе клинического наблюдения у 5(20%) больных были отмечены гнойные осложнения, в том числе у 2 больных в отдаленном периоде развилась клиника послеоперационного остеомиелита.

Выводы 1. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о том, что после остеосинтеза с использованием металлических конструкций при закрытых переломах костей в 3,2% случаев развивается послеоперационный остеомиелит. Чаще всего послеоперационный остеомиелит возникает после накостного остеосинтеза костей голени. 2. Возбудителем послеоперационного остеомиелита в 61,8% случаев является золотистый стафилококк. 3. Уровни маркеров системной воспалительной реакции (прокальцитонин, С-реактивный белок и ЛИИ) в послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза при видимом благополучии до проявления клинической картины достоверно значимо не изменяются и не имеют практической ценности для прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита.

Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Каримов П.Ш.

ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕНИЕМ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

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

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с ущемлёнными вентральными грыжами, вызывающими острую кишечную непроходимость.

Материал и методы. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 76 (100%) больных с ущемлёнными вентральными грыжами, приведшими к развитию острой кишечной непроходимости, которые были госпитализированы в хирургические отделения ГОУ ГКБ СМП г. Душанбе. В 27 (35,5%) случаях у больных была послеоперационная грыжа белой линии живота ниже пупка, в 23 (30,3%) случаях — послеоперационная грыжа белой линии живота выше пупка, в 21 (27,6%) случаях — паховая грыжа, в 3 (4%) случаях — послеоперационная грыжа правой подвздошной области и в 2 (2,6%) случаях — бедренная грыжа. Возраст больных составлял от 18 до 78 лет, а срок госпитализации с момента появления первых признаков ущемления варировал от 1,5 часов до 4 суток.

С целью улучшения кровообращения и ранее восстановления трудоспособности, ущемлённой петли кишечника у больных с отсутствием признаков некроза, в течение 4-5 минут поверх повреждённого участка кишечника накладывали тампон, заранее смоченный в нагретом до 45°C растворе реополиглюкина и 8мг дексаметазона. При выраженных изменениях стенки кишечника в течение первой недели дополнительно таким пациентам назначен препарат нейромидин по 1 таблетке 3 раза в день.

Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные (общеклинические и биохимические) и инструментальные методы исследования: ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки, а также ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. В ходе операции у 63 (82,9%) больных ущемлённым органом являлось петли тонкой кишки, у 8 (10,5%) больных сигмовидной кишки и у 5 (6,6%) больных слепая кишка. Из-за наличия некроза ущемлённого участка кишечника в 5 (6,6%) случаях была выполнена резекция данного участка петли тонкого кишечника с наложением межкишечного анастомоза, и в 2 (2,6%) случае из-з наличия гнойного перитонита была произведена резекция поражённого участка тонкой кишки с наложением концевой илеостомы.

Установлено, что более раннее восстановление функционального состояния кишечника и нормализация общего состояния организма пациентов в послеоперационном периоде при проведении интраоперационной процедуры снижения местного воспалительного процесса и улучшения местного кровотока в поражённом участке кишки по предложенной в клинике методике способствуют снижению местного воспаления и улучшению местного кровотока. Об этом свидетельствует ранняя нормализация общеклинических, лабораторных и инструментальных показателей в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами, которым проводят обычное традиционное лечение, о чем свидетельствуют данные литературы.

В раннем послеоперационном периоде только у 2 (2,6%) пациентов установлены признаки выраженного пареза кишечника, и в 1 (1,3%) случае — нагноение послеоперационной раны.

Выводы. Интраоперационное снижение местного воспалительного процесса и улучшение местного кровотока в поражённом участке стенки кишечника у больных с ущемлением вентральных грыж живота способствует более раннему восстановлению функционального состояния кишечника и тем самым снижает риск развития ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у этого контингента больных.

Назаров Х.Ш., Каримов П.Ш., Халимов Дж. С.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

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

Цель исследования. Снижение частоты послеоперационных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН).

Материал и методы. Материал включает в себя результаты диагностики и лечения 57 больных с ОКН, которые находились на стационарном лечении в ГО ГМЦ СМП г. Душанбе в период с 2023 по сентябрь 2026 гг. Женщин было 26 (45,6%), мужчин — 31 (54,4%). Возраст больных варьировал от 19 до 74 лет. Всем больным было проведено видео-

лапароскопическое вмешательство. В 45 (78,9%) случаях причиной госпитализации являлась спаечная кишечная непроходимость, в 4 (7%) случаях — образование тонкого кишечника, в 3 (5,3%) случаях — опухоль толстой кишки, в 3 (5,3%) случаях — дивертикул тонкой кишки, в 2 (3,5%) случаях — острый аппендицит с наличием рыхлого инфильтрата.

Критериями выбора больных для проведения миниинвазивного лечения являлись: отсутствие распространенного фибринозно-гнойного перитонита, отсутствие тяжелых сопутствующих сердечно-сосудистых и дыхательных заболеваний, отсутствие в анамнезе хирургических операций на органах брюшной полости с наличием выраженного спаечного процесса, нарушение гемостаза, нестабильность гемодинамики.

С целью избежания непроизвольного повреждения кишечной стенки при проведении установки первого троакара использовалось УЗИ, с помощью которого были определены «акустические окна» — участки в передней брюшной стенке, свободные от висцеро-париетальных сращений.

Всем больным выполнялись: общеклинические и биохимические лабораторные исследования крови и мочи, обзорная (при необходимости контрастная) рентгенография брюшной полости, ЭКГ, УЗИ, а также при необходимости КТ.

Результаты исследования. УЗИ-картина спаечных процессов в брюшной полости позволила в 44 (97,8%) случаях из общего числа больных со спаечной непроходимостью ($n=45$) успешно ввести первый троакар, и только у 1-го (2,2%) больного при введении первого троакара из-за наличия висцеро-париетального сращения было установлено повреждение петли тонкой кишки, которое ассистированным способом было ушито. Из общего числа 57 (100%) пациентов в 1 (2,2%) случае у больных со спаечной непроходимостью оказалось невозможным закончить операцию лапароскопическим способом: в 2 (3,5%) случаях из-за наличия опухоли тонкой кишки и в 3 (5,3%) случаях при установлении опухоли толстой кишки, что требовало проведения лапаротомии. Причинами перехода на конверсию у больных со спаечной болезнью являлось наличие массивных висцеро-висцеральной и висцеро-париетальной спаек, а у больных с опухолью кишки — наличие воспалительных процессов вблизи опухоли и наличие инфильтрата, что повышало риск проведения операции лапароскопическим способом.

В 45 (78,9%) случаях проведен адгезиолизис (в 1 случае традиционным способом), в 10 (17,6%) случаях — резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза (в 5 случаях традиционным способом), и в 2 (3,5%) — аппендэктомия с промыванием и дренированием брюшной полости.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Ранние послеоперационные осложнения не наблюдались, и все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Таким образом, применение современных диагностических и хирургических технологий в лечении больных с ОКН даёт возможность проведения операций миниинвазивным способом и тем самым снизить риск развития интра- и послеоперационных осложнений у этой категории больных.

Назаров Ш.К., Валиев Б.К., Отаев Ш.З.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить эффективность раннего энтерального питания двухпросветным зондом в сочетании с лаважем кишечника ионизированным физиологическим раствором при лечении больных с распространённым гнойным перитонитом.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбанова Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, клинической базой которой является Городская клиническая больница скорой медицинской помощи. В исследование включено 74 пациента: 45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%) в возрасте от 20 до 77 лет. Этиологическая структура включала перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - 32 (43,2%), деструктивный аппендицит - 20 (27,0%), перфорации кишечника - 14 (18,9%) и другие причины - 8 (10,9%). Энтеральная недостаточность является частым осложнением при тяжёлом перитоните и ведёт к нарушению гомеостаза, полиорганной недостаточности и повышению риска инфекционных осложнений. Раннее энтеральное питание через двухпросветный зонд способствует поддержанию кишечной функции, уменьшает микробную контаминацию, нормализует обменные процессы и улучшает общее состояние пациента. Всем пациентам проводилась комплексная терапия, включавшая раннее энтеральное питание двухпросветным зондом и параллельный лаваж кишечника ионизированным физиологическим раствором. Проводился динамический мониторинг биохимических показателей печени (билирубин, общий белок, глюкоза, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, ГГТ) и маркеров воспаления и интоксикации (интерлейкин-6, прокальцитонин, D-димер).

Результаты исследования. У пациентов, получавших раннее энтеральное питание и лаваж кишечника, наблюдалась более быстрая нормализация биохимических показателей печени. Так, средний уровень билирубина снизился с $95,4 \pm 12,6$ мкмоль/л на 1 сутки до $28,1 \pm 6,3$ мкмоль/л к 7-м суткам. Активность АлАТ и АсАТ уменьшилась соответственно с $112,7 \pm 15,8$ и $124,3 \pm 18,2$ Ед/л до $56,2 \pm 9,1$ и $60,5 \pm 10,4$ Ед/л на 5 сутки. Щелочная фосфатаза и ГГТ также снижались постепенно, приближаясь к норме к 7-м суткам. Показатели воспаления и интоксикации демонстрировали динамическое улучшение: уровень интерлейкина-6 снизился с $82,5 \pm 10,4$ пг/мл на 1 сутки до $36,7 \pm 7,8$ пг/мл на 5 сутки, прокальцитонин - с $5,8 \pm 1,1$ до $1,9 \pm 0,6$ нг/мл, D-димер - с $2,3 \pm 0,5$ до $0,9 \pm 0,3$ мг/л. Раннее энтеральное питание способствовало улучшению перистальтики, снижению микробной контаминации и ускоренной нормализации гомеостаза. В

сравнении с литературными данными традиционного лечения, где летальность достигала 30–40% из-за позднего восстановления кишечной функции и выраженной эндогенной интоксикации, в исследуемой группе летальность составила 14,9%, что является достоверно меньшим показателем.

Выводы. Раннее энтеральное питание двухпросветным зондом в сочетании с лаважем кишечника ионизированным физиологическим раствором является эффективным методом лечения больных с распространённым гнойным перитонитом. Метод обеспечивает восстановление функции кишечника, уменьшение микробной контаминации и нормализацию биохимических показателей печени, а также снижение уровней маркеров воспаления и интоксикации. Применение данной методики ускоряет клиническое восстановление, улучшает состояние больного и существенно снижает летальность, что делает её ключевым компонентом комплексного лечения тяжёлого перитонита.

Назаров Ш.К., Отаев Ш.З., Факиров Х.З.

КОРРЕКЦИЯ ГЕПАТОДЕПРЕССИИ КАК КЛЮЧЕВОГО КОМПОНЕНТА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценка роли гепатодепрессии в развитии полиорганной недостаточности при абдоминальном сепсисе, а также анализ эффективности программной санации брюшной полости и лаважа тонкого кишечника ионизированным физиологическим раствором в комплексной коррекции печёночной дисфункции и эндотоксикоза.

Материал и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которой являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 69 пациентов с абдоминальным сепсисом и разлитым перитонитом. Мужчины составили 58%, женщины — 42%. Возраст пациентов варьировал от 23 до 78 лет (средний возраст $50,8 \pm 13,1$ лет). Этиологическая структура перитонита включала: перфорации полых органов (45%), послеоперационные осложнения (32%), деструктивный аппендицит (13%) и кишечную непроходимость с некрозом (10%). Сопутствующая патология: сахарный диабет (27%), сердечно-сосудистые заболевания (44%), хронические заболевания печени (22%), ожирение (39%), хроническая почечная недостаточность (16%). Проводилась комплексная оценка состояния пациентов, включающая клинический анализ, биохимические показатели (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза, щелочная фосфатаза, ГГТ), маркеры воспаления (интерлейкин-6, прокальцитонин, Д-димер), а также показатели системы гемостаза и белковых фракций крови. Для оценки печёночного кровотока применялась ультразвуковая доплерография.

Результаты исследования. У всех пациентов при поступлении отмечались признаки гепатодепрессии различной степени выраженности и полиорганной недостаточности. Отмечено выраженное снижение печёночного кровотока по данным УЗИ (на 30–65%), что коррелировало с тяжестью эндотоксикоза. Биохимические изменения характеризовались повышением билирубина до 65–190 мкмоль/л, увеличением АЛТ и АСТ в 3–7 раз, повышением ГГТ и щелочной фосфатазы, снижением общего белка и альбумина, нарушением углеводного обмена и ростом азотистых шлаков. Маркеры воспаления были значительно повышены: интерлейкин-6 увеличивался в 5–9 раз, прокальцитонин достигал 2–15 нг/мл, Д-димер повышался в 2,5–5 раз. Отмечались выраженные нарушения гемостаза с развитием гипокоагуляции и признаками ДВС-синдрома у значительной части пациентов. Интраоперационная биопсия выявила дистрофические изменения гепатоцитов, очаговый некроз, синусоидальную дилатацию и микротромбозы. На фоне применения программной санации и ионизированного лаважа кишечника отмечена положительная динамика: снижение прокальцитонина и IL-6 на 35–45% к 3–5 суткам, улучшение печёночного кровотока, постепенная нормализация биохимических показателей. К 7–10 суткам наблюдалось снижение билирубина на 35–50%, улучшение белкового обмена и нормализация трансаминаз. К 10–14 суткам отмечено восстановление гемодинамики и регресс полиорганной недостаточности. Летальность в основной группе составила 15,9%, тогда как при традиционных методах лечения она достигала 27–34% вследствие прогрессирования сепсиса и неконтролируемого эндотоксикоза.

Выводы. Проведённое исследование показало, что гепатодепрессия при абдоминальном сепсисе является одним из ведущих патогенетических факторов формирования полиорганной недостаточности и существенно определяет тяжесть клинического течения и исход заболевания. Сравнительный анализ показал, что использование данной методики ассоциируется со снижением частоты прогрессирования полиорганной недостаточности и уменьшением летальности по сравнению с традиционными подходами лечения. Таким образом, коррекция гепатодепрессии должна рассматриваться как ключевой компонент комплексной терапии абдоминального сепсиса, а включение методов программной санации и ионизированного лаважа кишечника является патогенетически обоснованным и клинически эффективным направлением лечения данной категории пациентов.

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

ОПТИМИЗАЦИЯ СНИЖЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Снижение летальности у пациентов сочетанной травмой.

Материал и методы. Статистический ретроспективный анализ ближайших и отдалённых результатов лечения 160 пациентов с переломами конечностей и летальных исходов при сочетанной травме, находившихся на лечении в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» РТ за период 2024–2025 гг. Основную количества пациентов составили лица молодого и трудоспособного возраста, средний возраст составлял 25 ± 35 . По механизму возникновения преобладал дорожно-транспортное происшествие и кататравма

(76,7%). Паталогические переломы встречались в 27,4%. Мужчин было 115 (71,8%) и женщин – 45 (28,2%). Хирургическое лечение проведено 98 (61,2%), консервативное лечение (на скелетном вытяжении, ортези, бандажи и гипсовые повязки) – 62 (38,8%) пациентам. Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости 43 (43,8), плечевой кости 25 (25,5%). Надкостный остеосинтез пластиной при переломе бедра 12 (12,3%), плечевой кости 8 (8,2%), фиксация компрессионно-дистракционный аппаратом Илизаровой при переломе бедренной кости 6 (6,1), при переломе плечевой кости 4 (4,1%).

Результаты исследования. Ретроспективный статистический анализ свидетельствует о том, что хирургическое лечение имеет положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей пациентов. Исход лечения и осложнений у пациентов также связан непосредственно с используемыми методами лечения, от времени операции, стабильности остеосинтеза, также от медицинской реабилитации. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 8 (8,1%) случаях, к ним относится нагноение послеоперационных ран (2), металлогранулёма (4), неврит лучевого нерва (2). Необходимо отметить, что дополнительная внешняя иммобилизация у оперированных пациентов наложена в 26 случаях, в связи с имевшими осколочный сегментарный характер переломами. У пациентов, леченых консервативными методами, наблюдались осложнения у 23 (37,1%) пациентов в виде: неправильно сросшийся перелом 11 (17,8 %), ложные суставы 3 (4,9 %), деформация конечностей 2 (3,2%), стойкие контрактуры суставов 7 (11,2%).

Выводы. Хирургическое лечение при переломах длинных трубчатых костей с применением современных видов металлоконструкции в ранние сроки после травмы, а также своевременное медицинская реабилитация приводит к ранней вертикализации и реинтеграции пациентов в прежний социально – бытовой социум в котором пациент находился до полученной травмы.

Намозова З.С., Мухамадиева С.М.

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ И РИСКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОГО И ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Сравнить уровень тревожно-депрессивных проявлений у первородящих женщин после экстренного и планового кесарева сечения.

Материал и методы. Проспективное исследование 120 первородящих женщин: 70 после экстренного КС (основная группа), 50 - после планового КС (контрольная группа). Для выявления послеродовой депрессии использовалась Эдинбургская шкала (EPDS). Для установления реактивной тревожности использовалась Шкала Спилберга-Ханина, а также Визуальная аналоговая шкала боли (VAS): количественная оценка интенсивности боли у пациента.

Результаты: Средний возраст женщин в основной группе составил $23,9 \pm 0,5$ года, в контрольной - $30,1 \pm 0,4$ года. В раннем репродуктивном возрасте женщин основной группы находились в два раза больше чем женщин контрольной группы (58,8% и 28%), тогда как первородящих женщин позднего репродуктивного возраста было в 5,3 раза больше в контрольной группе (7,1 и 38,9% соответственно). Акушерско-гинекологический анамнез у первородящих женщин при плановом кесаревом сечении был отягощён в 2,4 раза чаще, чем при экстренном (48,0 и 20,0% соответственно).

Уровень личностной тревожности выявлен у 31 (44,3%) женщин основной и 19 (38,0%) женщин контрольной группы. Высокой уровень реактивной тревожности у 33 (47,1 и 20 (40,0%) соответственно ($p > 0,05$).

Средний балл по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии (EPDS) на 3–5-е сутки у первородящих женщин после экстренного КС достоверно был выше - $9 (12,8 \pm 4,0$ и $4 (8,0 \pm 3,8)$ соответственно ($p > 0,05$). Частота клинически значимой депрессии ($EPDS \geq 13$) после экстренного КС составила 8,0%, и 27,1% после планового КС. Относительный риск развития клинически значимой послеродовой депрессии при экстренном сечении составил $RR = 3,39$ (ДИ 1,23–9,37).

Выраженный болевой синдром (ВАШ ≥ 6 баллов) через 24 часа после операции КС был выявлен у 35/29,1% женщин: 25/35,7% женщин основной и 10/20% - женщин контрольной группы ($p < 0,05$). В группе женщин, перенёсших экстренное кесарево сечение, средний балл ВАШ составил $6,1 \pm 2,2$, что существенно выше, чем в контрольной группе ($4,1 \pm 1,7$) ($p < 0,05$).

Выводы. Экстренное кесарево сечение у первородящих женщин ассоциировано с более выраженным послеоперационным болевым синдромом и повышенным риском развития послеродовых депрессивных проявлений по сравнению с плановым кесаревым сечением. Скрининг психоэмоционального статуса должен стать стандартом послеродового наблюдения, особенно для женщин после экстренного КС.

Насридинов Х.Н.^{1,2}, Рахмонзода Х.Дж.^{1,2}, Коситов Д.Д.^{2,3}

ЗНАЧИМОСТЬ КТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

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

5 ГУ НМЦ РТ «Шифобахш».

6 Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе.

Цель исследования. Определить информативность КТ-ангиографии при выборе хирургического лечения менингиом передней черепной ямки.

Материалы и методы. В данное исследование включены пациенты, которые были госпитализированы в нейрохирургическое отделение №1 ГУ НМЦ Республики Таджикистана «Шифобахш» с диагнозом менингиома передней черепной ямки (ольфакторная ямка, бугорок турецкого седла, плоскость клиновидной кости, малые крылья клиновидной кости). Возраст контингента варьировал от 35 до 55 лет. Количество больных составило около 12 человек. Всем больным были проведены КТ и МРТ, являющиеся золотым стандартом диагностики, для более точного определения кровоснабжения опухоли и планирования её последующего хирургического удаления 5 пациентам (41,6%) дополнительно была проведена КТ-ангиография.

Результаты исследования. Ангиография (КТ-ангиография, МР-ангиография или селективная цифровая субтракционная ангиография — ЦСА) незаменима для оценки сосудистой анатомии, которая имеет критическое значение при локализации патологии в зоне передней черепной ямки (ПЧЯ). У всех 5 пациентов (41,6%), которым выполнили КТ-ангиографию, удалось с высокой точностью определить источник кровоснабжения опухоли и степень её прилегания к крупным магистральным сосудам. Данный метод диагностики позволил выбрать оптимальную тактику хирургического вмешательства и минимизировать интраоперационную кровопотерю, что предотвратило развитие грубых осложнений и нарастание неврологического дефицита.

Выводы. В настоящем исследовании по диагностике менингиом передней черепной ямки КТ-ангиография сыграла ключевую роль в планировании хирургической тактики с учётом прилегания опухоли к крупным сосудам и источников её кровоснабжения. Несмотря на то, что МРТ и КТ остаются золотым стандартом диагностики, использование КТ-ангиографии позволяет достичь желаемых результатов и минимизировать количество осложнений, что подтверждает высокую эффективность предложенного подхода.

Насридинова Х.С.

ДИНАМИКА ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности гемодинамики в системе мать—плацента—плод у беременных с пороками сердца и оценить динамику доплерометрических показателей маточно-плацентарного и плодового кровотока во II и III триместрах беременности.

Материал и методы. Обследована 61 беременная: 31 женщина с пороками сердца составила основную группу и 30 соматически здоровых беременных - контрольную группу. Доплерометрическое исследование проводили в сроки 28–31, 32–36 и 37–39 недель беременности. Оценивали показатели кровотока в правой и левой маточных артериях (МА), артерии пуповины (АП) и средней мозговой артерии плода (СМА), включая систоло-диастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ) и индекс резистентности (ИР). Межгрупповые различия оценивали с использованием U-критерия Манна–Уитни; для сравнения категориальных признаков применяли критерий χ^2 Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст женщин основной и контрольной групп статистически значимо не различался ($27,5 \pm 4,4$ и $26,9 \pm 3,7$ года). У беременных с пороками сердца часто выявлялись анемия (32,5%), ожирение (25,8%), заболевания почек (22,5%) и отягощенный акушерский анамнез (77,4%). Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока чаще наблюдались при множественных пороках сердца, однако статистически значимых различий в зависимости от вида порока не выявлено ($p = 0,553$). Наиболее выраженные изменения установлены в АП: во все исследованные сроки показатели СДО, ПИ и ИР статистически значимо отличались от контрольных значений ($p < 0,001$), что указывает на особенности плодово-плацентарной гемодинамики у беременных с пороками сердца. В маточных артериях статистически значимых межгрупповых различий по изученным показателям не выявлено ($p > 0,05$). В СМА плода выявлена динамическая перестройка церебрального кровотока. В 28–31 неделю в основной группе отмечалось снижение СДО и ИР по сравнению с контролем ($p < 0,001$). В 32–36 недель межгрупповые различия нивелировались, тогда как в 37–39 недель сохранялось статистически значимое снижение ПИ СМА в основной группе ($p = 0,015$). Полученные данные могут отражать адаптационные изменения церебральной гемодинамики при нарушениях плодово-плацентарного кровотока.

Выводы. У беременных с пороками сердца выявлены преимущественные нарушения плодово-плацентарного звена гемодинамики, при отсутствии достоверных различий кровотока в маточных артериях. Изменения кровотока в артерии пуповины сохранялись на протяжении 28–39 недель и сочетались с динамической перестройкой кровотока в СМА плода. Выявленные доплерометрические особенности могут отражать адаптацию фетальной гемодинамики и иметь прогностическое значение для оценки состояния плода и риска неблагоприятных перинатальных исходов. Полученные результаты обосновывают необходимость динамического комплексного доплерометрического наблюдения беременных с пороками сердца.

Насруллоев А.Ф., Абдурахмонов У.Дж., Абдуллоев С.Х.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кафедра рентгенологии и радиологии

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность КТ в выявлении метастатического поражения регионарных лимфатических узлов у пациентов с КРР.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 55 пациентов с КРР, которым до радикального оперативного лечения выполнена мультиспиральная КТ (МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография) брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастным усилением. Оценивали наличие лимфатических узлов, их число, размеры, расположение в зонах лимфооттока и характер группировки. Полученные КТ-данные сопоставляли с результатами морфологического исследования операционного материала.

Результаты исследования. По данным КТ регионарные лимфатические узлы визуализировались у 36 (65,4%) пациентов, при этом морфологическое подтверждение метастатического поражения после операции получено у 19 (34,5%) больных. Установлено, что изолированная оценка отдельных параметров (только размер или только количество лимфатических узлов) не обеспечивает надёжной диагностики метастазов: метастатическое поражение выявлялось как в узлах менее 10 мм, так и в случаях, когда лимфоузлы на КТ не определялись. Вместе с тем сочетание признаков — наличие множественных лимфатических узлов в типичных зонах лимфооттока с размером 10 мм и более — статистически значимо повышало вероятность их метастатического поражения.

Выводы. КТ является важным методом предоперационного стадирования КРР, однако её возможности в оценке регионарных лимфатических узлов ограничены. Наиболее клинически значимым является комплексный подход к интерпретации КТ-признаков, прежде всего выявление множественных лимфоузлов размером ≥ 10 мм в зонах лимфооттока, что необходимо учитывать при планировании тактики лечения и объёма послеоперационной терапии.

Насруллозода Ф., Исмоилова С.С.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПРИЖИЗНЕННОГО ДОНОРА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Определить частоту и факторы риска желчных осложнений после трансплантации печени от прижизненного донора у взрослых и возможности их хирургической профилактики.

Материал и методы. Проведён анализ 6 публикаций 2013-2026 гг. в рецензируемых журналах, индексируемых в PubMed: двух метаанализов и четырёх когортных исследований, включая два многоцентровых. Оценивали частоту желчных осложнений, факторы риска и влияние техники диссекции ворот печени.

Результаты исследования. В международном исследовании 18 центров (3633 реципиента) частота желчеистечения составила 11,4%, стриктур - 20,6% (Li Z. et al., 2024). В многоцентровой когорте 1998-2006 гг. желчные осложнения развились у 40% реципиентов печени прижизненного донора и у 25% - посмертного (Zimmerman M.A. et al., 2013). В метаанализе 28 исследований шансы желчных осложнений после трансплантации от прижизненного донора были выше, чем от посмертного: отношение шансов (ОШ) 1,96 при 95% доверительном интервале (ДИ) 1,56-2,47; для желчеистечения - ОШ 3,38 (95% ДИ 2,52-4,53), для стриктур - ОШ 1,75 (95% ДИ 1,20-2,55); превышение по осложнениям в целом отмечено лишь в работах, опубликованных не позднее 2014 г. (Giri S. et al., 2024). Метаанализ 17 когортных исследований 2015-2024 гг. значимых различий по стриктурам (5 исследований; ОШ 1,01; 95% ДИ 0,40-2,56) и желчеистечению (4 исследования; ОШ 6,19; 95% ДИ 0,69-55,91) не выявил (Rashid B. et al., 2026). К факторам риска желчеистечения отнесены множественные билиарные анастомозы (ОШ 1,8), гепатикоеюностомия по Ру и обширные абдоминальные операции в анамнезе (ОШ 1,4 для каждого), стриктур анастомоза - перенесённые абдоминальные операции (ОШ 1,7), несовместимость по системе АВ0 и кровопотеря более 1 л (ОШ 1,4 для каждого); оба осложнения были связаны с худшей выживаемостью трансплантата: скорректированное отношение рисков 1,7 при желчеистечении и 1,8 при стриктурах (Li Z. et al., 2024). В серии из 2956 реципиентов стриктуры выявлены у 11,6%; предикторы - множественные анастомозы, желчеистечение, старший возраст донора и реципиента; 77,0% больных со стриктурами первично лечили эндоскопически (Jadaun S.S. et al., 2025). Диссекция ворот с сохранением правой печёночной артерии и общего желчного протока единым блоком (17 операций против 24 стандартных) сопровождалась меньшей частотой желчных осложнений (35,3% против 66,7%; $p=0,047$) и стриктур анастомоза (23,5% против 54,2%; $p=0,049$) (Abu-Gazala S. et al., 2016).

Выводы. После трансплантации печени от прижизненного донора стриктуры в крупных когортах развивались у 11,6-20,6% реципиентов; в работах после 2014 г. значимого превышения частоты желчных осложнений по сравнению с трансплантацией от посмертного донора не получено, однако оценки по желчеистечению и стриктурам основаны на 4-5 исследованиях и неточны. Множественные анастомозы были фактором риска в обеих крупных когортах; диссекция ворот единым блоком оценена в одном небольшом ретроспективном исследовании. Необходимы проспективные исследования хирургической профилактики, в том числе в Республике Таджикистан.

Немков А.С.

КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им И.П.Павлова. Россия

Цель исследования. Оценить возможности клеточной терапии в виде трансплантации аутологичных мононуклеарных клеток костного мозга (АМККМ) у пациентов с ишемической болезнью сердца представлена в ПСПбГМУ им Павлова с 2003 года.

Материал и методы. Во всех случаях использовали стволовые клетки пациента в виде мононуклеарной фракции костного мозга, сепарированные центрифугированием с применением гидроксипропилакрилата для седиментации.

Первый опыт связан с лечением больных ишемической болезнью сердца, которым выполняли аорто-коронарное шунтирование в 2003 г. В дальнейшем выполняли изолированное введение АМККМ пациентам без реваскуляризирующей процедуры во время выполнения коронарографии. Показанием для введения была неоперабельная ишемическая болезнь сердца с точки зрения возможностей коронарного шунтирования или стентирования коронарных артерий.

Результаты исследования. Всего к настоящему времени клеточная терапия применена более чем у 400 пациентов. При оценке результатов учитывали клиническое состояние пациентов, перфузию и метаболизм миокарда с помощью изотопных методов, функциональное состояние сердца с помощью ультразвуковых методов.

У пациентов улучшалась клиническая картина (снижение функционального класса стенокардии на 1-2 ступени), выявлено улучшение перфузии миокарда по данным изотопных исследований и также метаболизма миокарда по данным позитронно-эмиссионной томографии с фтордезоксиглюкозой. Улучшалось качество жизни пациента.

Повторные введения АМККМ начаты в 2007 году, проводятся и в настоящее время. Показанием к клеточной терапии являются случаи коронарной и сердечной недостаточности при невозможности выполнения традиционных хирургических вмешательств (аорто-коронарного шунтирования, коронарной ангиопластики и стентирования) или они были уже использованы и возник рецидив стенокардии и усиление хронической сердечной недостаточности.

Этапы применения клеточной терапии в ПСПбГМУ: начальный этап – отработка метода (2003-2004). Второй этап – оценка эффективности использования метода клеточной терапии в виде внутрикоронарной инфузии аутологичной МФКМ (2004-2011). В некотором смысле этот период продолжается и по настоящее время. Третий этап: проведение рандомизированного сравнительного исследования: оценка сочетанного применения аутологичной МФКМ с аортокоронарным шунтированием (2014-2020).

Вывод. Клеточная терапия в виде интракоронарного и интрамиокардиального введения АМККМ является безопасным и эффективным методом лечения больных ишемической болезнью сердца.

Норматова М.А.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОПУХОЛЕВОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ И ВНУТРИОПУХОЛЕВОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучить роль взаимодействия опухолевого микроокружения и внутриопухолевой гетерогенности в формировании резистентности к терапии.

Материал и методы. Проведен систематический анализ научных публикаций, охватывающих вопросы факторов пластичности опухолевой экосистемы.

Результаты исследования. Внутриопухолевая гетерогенность представляет сосуществование различных субклонов раковых клеток и выступает ключевой причиной неэффективности стандартной терапии. Опухолевое микроокружение распределяет эти субклоны по узкоспециализированным нишам: от гипоксического центра до васкуляризированной периферии со специфическими драйверными мутациями. Защитный потенциал стромы обеспечивается ракоассоциированными фибробластами, которые выстраивают плотный внеклеточный матрикс. Этот физический барьер затрудняет проникновение цитостатиков, провоцирует нутриентный стресс и поддерживает пул опухолевых стволовых клеток. Параллельно опухолевое микроокружение формирует иммуносупрессивную среду, блокируя инфильтрацию CD8⁺ и CD4⁺ Т-лимфоцитов при активном рекрутировании Treg и M2-макрофагов. Возникающие в результате иммунологически неактивные зоны снижают диагностическую информативность одиночной биопсии.

Выводы. Взаимодействие опухолевого микроокружения и внутриопухолевой гетерогенности формирует замкнутый цикл резистентности: стромальные сигналы направляют эволюцию субклонов, а адаптированные клоны репрограммируют микроокружение. Преодоление этого барьера требует перехода от классической гистологии к пространственной транскриптомике, протеомике и секвенированию единичных клеток. Наиболее рациональной клинической стратегией представляется комбинация стромолитических агентов, таргетирования сигналов выживания и эрадикации резистентных субклонов.

Норматова М.А.

ОПУХОЛЕВЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ КАК ДРАЙВЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

Кафедра хирургических дисциплин №2, ГОУ ХГМУ.

Цель исследования. Изучить молекулярные механизмы функционирования опухолевых стволовых клеток (ОСК), определяющие их роль в метастазировании, резистентности и модификации опухолевой ниши.

Материал и методы исследования. Проведен обзор научной литературы, посвященной изучению свойств ОСК, путям их выживания при химио- и лучевом воздействии, а также методам терапевтического воздействия.

Результаты исследования. ОСК представляют собой небольшую субпопуляцию с высокой способностью к самообновлению, обуславливающую прогрессию и рецидивирование опухолей. Устойчивость ОСК к терапии объясняется комплексом защитных систем, таких как переход ОСК в состояние покоя, гиперактивация АТФ-кассетных (ABC) транспортеров и высокая активность репарации ДНК. Уклонение от апоптоза обеспечивается мутациями p53 и нарушениями регуляции клеточного цикла, а эпителиально-мезенхимальный переход (ЭМП) стимулирует их инвазивность. Ниша ОСК (стромальный, эндотелиальный и иммунный компоненты) создает физический барьер и поставляет сигналы выживания. Важно отметить, что под действием терапевтического стресса и гипоксии обычные опухолевые клетки могут обратимо переходить в состояние стволовости, что определяет фенотипическую пластичность ОСК.

Выводы. Совокупность защитных свойств и пластичности ОСК определяют сложности лечения в современной онкологии. Преодоление резистентности требует разработки комбинированных схем, направленных как на сами ОСК, так и на элементы их микроокружения.

Нуралиев Ш.С., Отаев Ш.З., Холбеков А.М.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность ультразвукового исследования (УЗИ) печени с доплерометрией и современных лабораторных маркеров (гамма-глутамилтранспептидаза [ГГТ], интерлейкин-6 [IL-6], D-димер, прокальцитонин [PCT]) при выявлении печёночной недостаточности у пациентов с распространённым гнойным перитонитом.

Материалы и методы. Исследование проведено в хирургических отделениях ГУ «Городской медицинский центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе являющийся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. за период с 2018 по 2025 гг.. В исследовании проведено 69 пациентам, поступившим с с распространённым гнойным перитонитом, из них 42 мужчины и 27 женщин. Средний возраст мужчин составил $47,8 \pm 9,6$ года, женщин — $51,3 \pm 10,2$ года. Всем пациентам проводилось УЗИ печени с оценкой структуры и кровотока (доплерометрия) и измерение уровней ГГТ, IL-6, D-димера и PCT.

Результаты собственных наблюдений. В исследовании приняли участие 69 пациентов с распространённым гнойным перитонитом, из которых 42 были мужчины со средним возрастом $47,8 \pm 9,6$ года и 27 — женщины со средним возрастом $51,3 \pm 10,2$ года. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование печени с доплерометрией, целью которого была оценка структуры органа и параметров печёночного кровотока. Анализ показал, что у 67 % пациентов отмечалось снижение скорости кровотока в портальной вене ниже 16 см/с, а у 54 % выявлено повышение индекса пульсативности в печёночных венах, что свидетельствует о нарушении гемодинамики и коррелировало с клиническими признаками печёночной недостаточности. Одновременно с ультразвуковым исследованием были проведены лабораторные анализы для определения уровней гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), интерлейкина-6 (IL-6), D-димер и прокальцитонина (PCT). Результаты показали, что ГГТ был повышен у 75 % пациентов, средний уровень составил 185 ± 42 Ед/л, что указывает на наличие гепатобилиарного поражения. Уровень IL-6 оказался значительно выше у пациентов с клиническими проявлениями печёочно-септической дисфункции — 1745 ± 320 пг/мл, по сравнению с группой без признаков печёночной недостаточности, у которой средний показатель был 680 ± 155 пг/мл ($p < 0,001$). Кроме того, D-димер, являющийся маркером активации свертывающей системы и воспаления, был существенно повышен у пациентов с выраженной печёночной недостаточностью, что отражало развитие системного воспалительного ответа. Прокальцитонин, служащий маркером бактериальной инфекции и сепсиса, также показал значительное повышение у данной группы, подтверждая связь печёночной дисфункции с септическим процессом. В совокупности использование ультразвукового доплер-исследования в комбинации с измерением уровней ГГТ, IL-6, D-димера и прокальцитонина позволило достичь высокой диагностической точности — чувствительность диагностики печёночной недостаточности составила около 92 %, а специфичность — около 88 %. Это подтверждает значимость комплексного подхода для своевременного выявления и оценки тяжести печёночной дисфункции у пациентов с распространённым гнойным перитонитом.

Выводы. Ультразвуковое доплер-исследование эффективно выявляет изменения печёночного кровотока и структуры, являясь важным инструментом ранней диагностики печёночной недостаточности, ГГТ подтверждает гепатобилиарное поражение, а IL-6, D-димер и прокальцитонин являются ценными маркерами воспаления и сепсиса, тесно связанными с развитием печёночной дисфункции и совместное использование УЗИ и указанных лабораторных маркеров повышает точность диагностики и помогает в выборе своевременной терапии у пациентов с гнойным перитонитом.

Нуриддинзода М.Р.¹, Сангинов Дж.Р.^{1,2}, Хушкадамова О.Х.²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

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

Цель исследования. Оценить эффективность лечебной тактики при химиоиндуцированной периферической нейропатии у пациентов, получающих химиотерапию.

Материал и методы. Проведено проспективное клиническое исследование на базе Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан. В исследование включены 30 пациентов со злокачественными новообразованиями, получивших различные режимы противоопухолевой химиотерапии в 2024–2025 гг. Для оценки выраженности химиоиндуцированной периферической нейропатии использовали шкалу CTCAE v5.0 с динамическим наблюдением в процессе лечения. Пациентам с нейропатической болью проводилась сопроводительная терапия с венлафаксином.

Результаты исследования. В исследование включено 30 пациентов, получавших различные режимы противоопухолевой химиотерапии. У всех пациентов в процессе лечения развивалась химиоиндуцированная периферическая

нейропатия различной степени выраженности. У 14 (46,7%) пациентов отмечалась нейропатическая боль (2 степень по шкале CTCAE v5.0), тогда как у 16 (53,3%) преобладали сенсорные нарушения без болевого синдрома (1 степень). Установлено, что развитие ХИПН носило кумулятивный характер: симптомы возникали после первых курсов химиотерапии с последующим нарастанием выраженности к 3–6 курсам лечения. Наиболее высокая частота и выраженность нейропатической боли наблюдалась у пациентов, получавших таксан-содержащие режимы (ТС и ТСНР). Пациентам с болевой формой ХИПН (n=14) проводилась терапия с венлафаксином, на фоне которой отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома и стабилизация неврологической симптоматики.

Вывод. Химиоиндуцированная периферическая нейропатия является частым осложнением противоопухолевой терапии, характеризующейся кумулятивным течением и более высокой частотой развития при применении таксан-содержащих режимов химиотерапии. Применение венлафаксина сопровождалось положительной клинической динамикой у пациентов с болевой формой ХИПН, что позволяет рассматривать его как перспективный вариант симптоматической терапии данного осложнения.

Нуритдинзода М.Р.¹, Сангинов Дж.Р.^{1,2}, Хушкадамова О.Х.^{1,2}

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИОТЕРАПИЯ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

1. Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2. ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗСН РТ.

Цель исследования. Провести анализ современных литературных данных о механизмах развития и современных подходах к профилактике химиотерапия-индуцированных тошноты и рвоты.

Материал и методы. Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций, посвященных проблеме химиотерапия-индуцированных тошноты и рвоты. В обзор включены результаты рандомизированных клинических исследований, систематических обзоров, метаанализов и международных клинических рекомендаций MASCC/ESMO, NCCN и ASCO. Проведена оценка данных литературы, посвященных эметогенному потенциалу противоопухолевых препаратов, патофизиологическим механизмам развития острой и отсроченной ХИТР, а также современным подходам к профилактике и лечению данного осложнения. Выполнен сравнительный анализ эффективности различных схем антиэметической терапии в зависимости от степени эметогенности противоопухолевого лечения и индивидуальных факторов риска пациента.

Результаты исследования. Анализ литературных данных показал, что химиотерапия-индуцированные тошнота и рвота остаются одними из наиболее частых осложнений противоопухолевого лечения. Частота их развития зависит от эметогенного потенциала применяемой схемы химиотерапии и может достигать 90% при отсутствии адекватной антиэметической профилактики. Наибольший риск развития ХИТР отмечается при использовании высокоэметогенных режимов, включающих препараты платины, антрациклины в комбинации с циклофосфамидом и другими высокоэметогенными цитостатиками. Установлено, что развитие острой формы ХИТР преимущественно связано с активацией серотониновых (5-НТЗ) рецепторов вследствие высвобождения серотонина энтерохромаффинными клетками желудочно-кишечного тракта, тогда как в патогенезе отсроченной формы ведущая роль принадлежит субстанции Р и нейрокининовым рецепторам первого типа (NK-1). Данные механизмы обосновывают необходимость применения комбинированной антиэметической терапии. Согласно современным рекомендациям MASCC/ESMO, NCCN и ASCO, наиболее эффективной стратегией профилактики ХИТР у пациентов, получающих высокоэметогенную химиотерапию, является применение комбинации антагониста NK1-рецепторов, антагониста 5-НТЗ-рецепторов и дексаметазона, а в ряде случаев - добавление оланзапина. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что использование четырехкомпонентных схем антиэметической профилактики позволяет значительно повысить частоту полного контроля тошноты и рвоты как в остром, так и в отсроченном периодах. Несмотря на достигнутые успехи, отсроченная тошнота остается наиболее сложным для контроля проявлением ХИТР, что требует дальнейшего совершенствования существующих подходов к сопроводительной терапии и индивидуализации профилактических мероприятий с учётом факторов риска пациента.

Выводы. Химиотерапия-индуцированные тошнота и рвота являются одним из наиболее значимых осложнений противоопухолевого лечения. Анализ литературы показал, что современные комбинированные схемы антиэметической профилактики обеспечивают эффективный контроль симптомов и способствуют сохранению приверженности пациентов проводимой терапии.

Одилов А.Ю.^{1,2}, Холалиев А.А.², Одилов А.А.¹.

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан;

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного консервативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 64 пациентов 55–65 лет с ДГПЖ, проходивших лечение в поликлинике «Республиканский научно-клинический центр урологии» в 2023–2026 гг. Всем пациентам до начала терапии проводили комплексное обследование: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение уровня простат-специфического антигена (ПСА), УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы с определением объёма остаточной мочи, а также пальцевое ректальное исследование.

ДГПЖ I степени диагностирована у 36 пациентов, II степени — у 28. Пациенты с ДГПЖ I степени предъявляли жалобы на учащённое мочеиспускание, ослабление струи мочи и никтuriю 1–2 раза за ночь; объём остаточной мочи не превышал 50 мл. При ДГПЖ II степени отмечались чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия до 4–5 раз и объём остаточной мочи 50–100 мл; при инфекции наблюдались болезненные позывы и рези при мочеиспускании.

Комплексная терапия включала антибактериальное лечение в течение 7–10 суток по данным антибиограммы, Серутон (тамсулозин 0,4 мг + дутастерид 0,5 мг) по 1 таблетке в сутки в течение 3–6 месяцев, фитопрепарат Простосан форте по 1 капсуле 2 раза в сутки 2 недели, магнитотерапию и коррекцию образа жизни. Последняя включала рациональное питание, ограничение алкоголя, кофеина и острых блюд, профилактику переохлаждения, контроль массы тела и повышение физической активности. Контрольные обследования проводили через 1 и 3 месяца с выполнением УЗИ и лабораторных исследований.

Результаты исследования. Через 1 и особенно 3 месяца лечения у всех пациентов с ДГПЖ I степени и у 24 пациентов с ДГПЖ II степени отмечалось улучшение мочеиспускания: снижение частоты позывов и исчезновение чувства неполного опорожнения мочевого пузыря. По данным контрольного УЗИ выявлено уменьшение объёма предстательной железы и количества остаточной мочи.

У 1 (1,6%) пациента развилась острая задержка мочеиспускания, у 3 (4,7%) сохранялись жалобы и прежний объём остаточной мочи; этим пациентам рекомендовано оперативное лечение.

Выводы. Комплексное консервативное лечение ДГПЖ способствует уменьшению выраженности симптомов нижних мочевых путей, снижению объёма остаточной мочи и улучшению качества жизни пациентов. У большинства больных данный подход позволяет добиться стойкого клинического улучшения, замедлить прогрессирование заболевания и отсрочить необходимость хирургического вмешательства.

Одинаев Б.А., Ходжамуродов Г.М., Рахимов Х.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЁЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с тяжёлыми последствиями электротравм верхней конечности посредством применения современных реконструктивно-пластических и микрохирургических методов.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования и хирургического лечения 82 пациентов с последствиями электротравм верхней конечности, находившихся на лечении в специализированных отделениях в период с 2000 по 2025 годы. Среди обследованных было 68 мужчин (82,9%) и 14 женщин (17,1%), возраст пациентов составил от 1,5 до 59 лет. Оценивали характер и локализацию поражения, глубину повреждения тканей, наличие рубцовых деформаций и контрактур, состояние костей, сухожилий, нервов и сосудов. Для диагностики использовали клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. В зависимости от характера дефекта применяли иссечение рубцово-изменённых тканей, устранение контрактур, кожную и кожно-пластическую реконструкцию, костную пластику, а также реконструктивные микрохирургические вмешательства.

Результаты исследования. Установлено, что тяжёлые последствия электротравм верхней конечности характеризуются выраженными анатомическими и функциональными нарушениями. Наиболее значимыми последствиями являлись грубые рубцовые деформации, контрактуры суставов, дефекты мягких тканей, повреждения сухожилий, периферических нервов и костных структур. Выраженность функциональных нарушений зависела от глубины и распространённости первичного повреждения. Дифференцированный выбор хирургической тактики с учётом локализации и характера дефекта позволял эффективно восстанавливать анатомическую целостность поражённой конечности. Применение реконструктивно-пластических и микрохирургических технологий способствовало устранению дефектов мягких тканей, уменьшению рубцовых деформаций и контрактур и улучшению функционального состояния конечности.

Выводы. Тяжёлые последствия электротравм верхней конечности требуют комплексного и индивидуального подхода к хирургическому лечению. Выбор метода реконструкции должен основываться на характере и распространённости повреждения мягких тканей, костей, сухожилий, нервов и сосудов. Использование современных реконструктивно-пластических и микрохирургических методов позволяет улучшить анатомические и функциональные результаты лечения и повысить эффективность медицинской реабилитации пациентов.

Одинаев Б.А., Мухсинзода Г.М., Зубайдов Т.У.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с тяжёлыми последствиями электротравм верхней конечности путём применения современных реконструктивно-восстановительных и микрохирургических методов лечения.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов обследования и хирургического лечения 82 пациентов с последствиями электротравм верхних конечностей, находившихся на лечении в специализированных хирургических отделениях в период с 2000 по 2025 годы. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины — 68 (82,9%), женщин было 14 (17,1%). Возраст пациентов составлял от 1,5 до 59 лет. В зависимости от характера и тяжести

поражения, распространённости рубцовых изменений, состояния костных структур, сухожилий, нервов и сосудов применялись различные методы реконструктивно-восстановительного лечения. Выполнялись иссечение рубцово-изменённых тканей, устранение рубцовых контрактур, кожная и кожно-пластическая реконструкция, перемещение тканей, костная пластика, а также реконструктивные микрохирургические вмешательства с использованием васкуляризованных комплексов тканей.

Результаты исследования. Последствия электротравм верхней конечности характеризовались выраженным многообразием клинических проявлений и включали рубцовые деформации, контрактуры суставов, дефекты мягких тканей, поражение костей, сухожилий, периферических нервов и сосудов, что приводило к значительному нарушению функции конечности и снижению трудоспособности пациентов. Выбор метода хирургического лечения осуществлялся индивидуально с учётом глубины и распространённости поражения тканей, локализации дефекта и функционального состояния конечности. Применение реконструктивно-пластических и микрохирургических методов позволило обеспечить полноценное замещение дефектов тканей, улучшить кровоснабжение поражённых сегментов, восстановить анатомическую целостность верхней конечности и создать условия для восстановления её функции. Комплексный дифференцированный подход к хирургическому лечению способствовал улучшению функциональных и косметических результатов, уменьшению выраженности инвалидизирующих последствий электротравм и повышению качества жизни пациентов.

Выводы. Тяжёлые последствия электротравм верхней конечности требуют комплексного и индивидуального подхода к хирургическому лечению. Выбор реконструктивно-восстановительной операции должен основываться на характере и распространённости поражения мягких тканей, костей, сухожилий, нервов и сосудов. Использование современных реконструктивно-пластических и микрохирургических технологий является перспективным направлением лечения данной категории пациентов и позволяет улучшить анатомические, функциональные и косметические результаты хирургической реабилитации.

Одинаев М.Ш., Ворисов А.А., Нигмонов Д.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТЯЖЁЛЫХ ТРАВМ КИСТИ

ГУ «МК Истиклол». Таджикистан ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения последствий тяжёлых травм кисти.

Материалы и методы. В отделение торакальной и сосудистой хирургии Комплекса здоровья «Истиклол» поступили 5 пациента с последствиями тяжёлой травмы кисти. У всех пациентов была клиника сочетанного повреждения кисти, т. е. повреждение и двигательного и нервного аппарата кисти. Из дополнительных методов исследования, кроме общеклинического и биохимического исследования, была выполнена рентгенография кисти в 2-х проекциях и электромиография (ЭНМГ) для определения степени повреждения нервов.

Результаты исследования. Операция была произведена в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом. Интраоперационные находки совпали с поставленным диагнозом до оперативного вмешательства. Троим (60%) пациентам было выполнено восстановление сухожилий глубокого сгибателя пальцев по методике Бюнелья. Двоим (40%) оставшимся была произведена аутосухожильная пластика сухожилий глубокого сгибателя пальцев кисти. В качестве сухожильного трансплантата были использованы сухожилия поверхностных сгибателей пальцев кисти. Также одному пациенту была проведена операция по восстановлению срединного и локтевого нервов путём наложения эпиневрального шва атравматической нитью 6.0 и корригирующая операция по методике Занколи с использованием микрохирургической техники, оптического увеличителя и микрошовного материала для устранения когтеобразной кисти.

Выводы. Таким образом, больные с последствиями тяжёлой травмы кисти должны проходить лечение в отделениях микрохирургии, у специально обученных специалистов, которые хорошо знакомы с анатомией и топографией кисти.

Своевременное и качественное проведение операции позволит восстановить анатомическую целостность структур и трудоспособность этой тяжелой категории больных.

Олимова Ф.З., Юлдошева М.У., Цой В.Ю.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

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

Цель исследования. Изучить медико-социальные особенности рецидивирующей (повторной) тяжёлой преэклампсии (ПЭ).

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 44 пациенток с повторной тяжёлой ПЭ, которые были госпитализированы в отделение реанимации городского родильного дома №1 г. Душанбе. Критериями включения в основную группу (n=44) были: впервые возникшая артериальная гипертензия после 20 недель гестации, патологическая протеинурия и/или опасных симптомов гипертензивных расстройств и гипертензивные нарушения во время беременности в анамнезе. Группу сравнения (n=53) составили пациентки с впервые возникшей тяжёлой ПЭ. Анализ включал такие параметры как возраст, паритет, репродуктивный анамнез, служебная принадлежность, место проживания, сопутствующие заболевания, течение настоящей беременности, осложнения родов, акушерские исходы для матери.

Результаты исследования. Возраст пациенток в обеих группах варьировал от 24 до 38 лет. Средний возраст женщин с повторной ПЭ составил $31,2 \pm 0,6$ год, в группе сравнения – $23,9 \pm 0,6$ года. Подавляющая часть беременных с тяжёлой ПЭ и перенесших ПЭ оказалась в возрасте 30-34 года - 41,0% ($p < 0,05$), в то же время беременные позднего

репродуктивного возраста составили 27,3%, ($p<0,05$). Впервые возникшая ПЭ чаще всего наблюдалась у беременных возрастной категории 20-24 года – 50,9% ($p<0,05$). Анализ репродуктивной функции женщин показал, что из 44 пациенток с паритетом 1 составили 29,5%, 2-3 – 52,3%, 4 и более – 18,2%. В группе сравнения: 28,3%, 1,9%, 0% соответственно. Следовательно, большинство пациенток с повторной ПЭ в анамнезе имели 2-3 срочных родов ($p<0,05$). Доля многорожавших в основной группе составила 18,2%, а в группе сравнения женщин с паритетом 4 и более отмечено не было. Индекс массы тела (ИМТ) в первой группе был $26,3\pm0,7$, во второй – $25,7\pm0,7$. В основной группе средний срок беременности составил $35,7\pm0,5$, в контрольной – $38,1\pm0,4$ недель. Домохозяйками оказались 86,3% и 90,5% соответственно. Средний межродовой интервал в основной группе – $4,8\pm0,3$, в контрольной – $1,2\pm0,3$ года. Доля жительниц города в первой группе составила 97,7%, во второй – 100%. Как видно, отягощённый акушерский анамнез преимущественно отмечался у беременных основной группы. Частота вакуум-аспирации, репродуктивных потерь, преждевременных и оперативных родов в анамнезе была значительно выше у пациенток с повторной ПЭ ($p<0,05$). Среди сопутствующей патологии в обеих исследуемых группах преобладали хронический пиелонефрит, анемии различной степени, йод-дефицитные состояния, однако гломерулонефрит в 9,1% случаев диагностирован у пациенток основной группы. Ожирение преимущественно наблюдалось у пациенток с повторной ПЭ – 29,5%, а в группе контроля – 16,9%.

Вывод. Таким образом, полученные результаты показали, что значительная часть беременных с рецидивирующей тяжёлой преэклампсией были в возрасте 30-34 года и позднего репродуктивного возраста, с паритетом 2-3 родов, жителями города с отягощённым акушерским анамнезом (самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды в анамнезе); более 85% были домохозяйками и малообразованными, у большинства беременность протекала на фоне заболеваний почек и ожирения.

Олимова Ф.З., Валдошова С.Ш., Юлдошева М.У.

АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

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

Цель исследования. Изучить структуру показаний к кесареву сечению (КС) при тяжелой преэклампсии.

Материалы и методы. Для выполнения указанной цели ретроспективному анализу были подвергнуты 77 истории родов беременных и рожениц, поступивших в городской родильный дом №1 г. Душанбе, который соответствует 3-ему уровню родовспоможения.

Результаты исследования. Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет. Средний их возраст составил $26,9\pm0,6$ год. Подавляющая часть исследуемых оказалась в возрасте 20-24 года – 37,7%. Анализ репродуктивной функции женщин показал, что из 77 пациенток с паритетом 0 составили 61,0%, 1 роды – 11,6%, 2-3 – 14,3%, 4 и более – 13,1%. Следовательно, операция кесарево сечение преимущественно была выполнена среди первородящих с тяжелой преэклампсией. Средний срок гестации составил 36,2 недель. Индекс массы тела (ИМТ) исследуемых был $27,9\pm0,7$. Среди сопутствующей патологии преобладали хронический пиелонефрит – в 41,5% случаев, анемии различной степени – в 72,7%, гломерулонефрит в 15,5% случаев. Ожирение наблюдалось у 21,0% пациенток. Срочные роды произошли у 67,5%, преждевременные – 27,3% и запоздалые – 5,2%. Показаниями к операции КС чаще всего служили преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 15,6%, ДВС-синдром – 5,2%, дистресс плода – 10,4%, неподготовленные родовые пути – 13,0%, отсутствие эффекта от амниотомии – 14,3%, отсутствие эффекта от окситоцина – 7,8%, дискоординация родовой деятельности – 7,8%, рубец на матке – 13,0%, тазовое предлежание – 2,6%, поперечное положение плода – 1,3%, неуправляемая гипертензия – 2,6%. При тяжелых формах гипертензивных нарушений, каковыми являются тяжелая преэклампсия и эклампсия, операция кесарево сечение производилась в экстренном порядке.

Выводы. Таким образом, тяжелая преэклампсия является одной из ведущих причин оперативного родоразрешения, увеличивая частоту экстренных кесарево сечений. Наиболее частыми показаниями к операции явились преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, отсутствие эффекта от родостимуляции, неподготовленность родовых путей и дистресс плода. Данное осложнение беременности требует современной диагностики, тщательного мониторинга состояния матери и плода и рационального выбора метода родоразрешения.

Отаев Ш.З., Ганиев А.Э., Тожов С.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ ВОДЫ ПРИ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЯХ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

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

Цель исследования. Оценить эффективность оксигенированной воды как средства антисептической терапии при программной санации брюшной полости в условиях распространённого гнойного перитонита, с анализом микробной флоры экссудата и оценкой динамики её эрадикации.

Материалы и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе у 54 пациентов с распространённым гнойным перитонитом. Всем пациентам выполнялась программная санация по требованию. В 36 случаях применялась оксигенированная вода (SOS), в 18 — традиционная санация физиологическим раствором. У всех пациентов производился посев экссудата брюшной полости до и после трёх сеансов санации, с определением чувствительности к антисептикам и оценкой клинической динамики. Микробная флора экссудата

Первичный бактериальный спектр включал: *Escherichia coli* (у 75 % пациентов), *Klebsiella pneumoniae* (42 %), *Enterococcus faecalis* (38 %), *Pseudomonas aeruginosa* (22 %), Анаэробы (*Bacteroides fragilis*, *Clostridium* spp. — 19 %). Часто выявлялись смешанные ассоциации (2–3 микроорганизма у 64 % пациентов). У 28 % штаммов отмечалась резистентность к стандартным антисептикам (хлоргексидин, фурацилин), особенно у *P. aeruginosa* и *K. pneumoniae*.

Результаты исследования. После трёх сеансов санации с применением оксигенированной воды полная эрадикация патогенной флоры достигнута в 81 % случаев (29 из 36 пациентов), по сравнению с 44 % в контрольной группе. SOS показала особенно высокую эффективность против *E. coli* (97 %), *Klebsiella* spp. (85 %), анаэробов (78 %) и *P. aeruginosa* (62 %), что превосходит показатели обычных антисептиков. Количество осложнений (абсцессы, флегмоны, фистулы) было ниже в группе SOS — 11 % против 33 % ($P < 0,05$). Сроки клинической стабилизации (нормализация температуры, исчезновение боли, стабилизация гемодинамики) составили в среднем $3,2 \pm 0,6$ дня в группе SOS и $5,4 \pm 1,1$ дня в контрольной группе. Госпитальная летальность: 3,3 % (SOS) vs 5,9% (традиционная санация).

Выводы. Применение оксигенированной воды при программных санациях эффективно способствует уничтожению полирезистентной микрофлоры, особенно в случаях смешанных инфекций с участием грамположительных и грамотрицательных бактерий. По сравнению с традиционными антисептиками, SOS обеспечивает: быструю стерилизацию экссудата, существенное снижение послеоперационных осложнений и летальности и более быстрое восстановление клинического состояния пациентов.

Отаев Ш.З., Абдурахмонзода Л.А., Джонов Б.Н.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра хирургических болезней имени академика Курбанова К.М.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и коррекции ранних послеоперационных осложнений после лапароскопической холецистэктомии путём выбора оптимальной хирургической тактики на основе оценки интраоперационной сложности, лабораторно-инструментальных показателей и применения современных лапароскопических технологий.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включены 70 пациентов, оперированных в условиях ГКБ СМП. Пациенты были стратифицированы по полу, возрасту, характеру и причинам осложнений, а также наличию сопутствующих заболеваний. Особое внимание уделялось интраоперационным трудностям (варианты анатомии, плотные спайки, отёчность тканей и др.), оценённым по шкале интраоперационной сложности Кушиери. Для раннего выявления осложнений применялись: УЗИ органов брюшной полости, биохимические маркеры (ГГТ, интерлейкин-6, Д-димер, прокальцитонин), лабораторные показатели функции печени.

Результаты исследования. В исследование были включены 70 пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию в условиях ГКБ скорой медицинской помощи. Возраст пациентов варьировал от 26 до 78 лет, средний возраст составил $52,3 \pm 10,7$ года. Женщины составили 64,3% (45 человек), мужчины — 35,7% (25 человек). У 71,4% пациентов выявлены различные сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (43%), сахарный диабет 2 типа (17%), ишемическая болезнь сердца (11%), ожирение (38%). Для объективной оценки степени сложности операции использовалась шкала Кушиери, по которой распределение выглядело следующим образом: I степень сложности — 25 пациентов (35,7%), II степень — 28 пациентов (40%), III степень — 17 пациентов (24,3%). Основными факторами, повышающими интраоперационную сложность, были: плотные воспалительные инфильтраты в области шейки жёлчного пузыря (31,4%), выраженный фиброз и спайки после предыдущих вмешательств (12,8%), затруднённая визуализация структур треугольника Кало (27,1%), атипичное расположение пузырной артерии и протока (10%). У 15 пациентов (21,4%) развились ранние послеоперационные осложнения, среди них: биломы — 5 случаев (7,1%), внутрибрюшные кровотечения — 4 случая (5,7%), подпечёчные абсцессы — 3 случая (4,3%), тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) — 2 случая (2,8%), ранние послеоперационные холангиты — 1 случай (1,4%). У всех пациентов, у которых развились осложнения, в течение первых 48 часов после операции наблюдалось: повышение уровня ГГТ более чем в 2 раза от нормы (у 80% из этой группы), повышение д-димера (среднее значение 1,5 мкг/мл), рост интерлейкина-6 до 150–200 пг/мл (при норме до 7 пг/мл), увеличение уровня прокальцитонина (средний уровень 1,2 нг/мл), что указывало на выраженную воспалительную и септическую реакцию. Рутинное ультразвуковое исследование (УЗИ) в первые 24–48 часов после операции позволило выявить: скопления жидкости в подпечёчном пространстве (7 случаев), признаки билиарной утечки (5 случаев), тромбоз воротной вены (1 случай), что позволило своевременно перейти к активной хирургической тактике (включая релапароскопию, дренирование, санацию). Летальность составила 1,4% (1 пациент). Причиной смерти стал тяжёлый сепсис, развившийся на фоне поздней диагностики повреждения общего жёлчного протока.

Выводы. Выбор хирургической тактики при ранних осложнениях после ЛХЭ должен основываться на: объективной оценке интраоперационных факторов (по шкале Кушиери), использовании современного лапароскопического инструментария, включая энергоустановки, гемостатические технологии и расширенную визуализацию, мониторинге воспалительных и печёчных маркеров, активном применении УЗИ в раннем послеоперационном периоде. Применение современной лапароскопии как диагностического и лечебного метода позволило избежать конверсий и снизить риск повторных операций. Комплексный подход к ранней диагностике и коррекции осложнений после ЛХЭ повышает безопасность вмешательства и снижает показатели послеоперационной летальности и инвалидизации.

Отаев Ш.З., Назаров Ш.К., Каюмов У.М.

АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ: СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В УСЛОВИЯХ ОТСУТСТВИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Комплексное изучение клинико-патогенетических особенностей аррозивных кровотечений при тяжёлом панкреонекрозе, оценка структуры источников кровотечения, а также анализ эффективности традиционных хирургических методов гемостаза в условиях отсутствия эндоваскулярных технологий. Отдельное внимание уделялось влиянию тяжести панкреонекроза по классификации Balthazar на развитие геморрагических осложнений и исход заболевания.

Материал и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которой являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. Работа основана на анализе лечения 54 пациентов с тяжёлым панкреонекрозом, осложнённым аррозивными кровотечениями. Мужчины составили 63%, женщины — 37%. Возраст пациентов варьировал от 32 до 76 лет, средний возраст — $48,6 \pm 12,4$ года. Этиологическая структура заболевания была представлена преимущественно билиарным панкреатитом (48%), далее следовали алиментарный фактор (27%) и алкогольный панкреатит (20%), а также смешанные и редкие формы (5%). Во всех случаях заболевание протекало тяжело, с развитием выраженного ферментативного перитонита, системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности различной степени выраженности. Для оценки тяжести поражения поджелудочной железы применялась компьютерно-томографическая классификация Balthazar, при которой у большинства пациентов выявлялись тяжёлые формы (D и E), соответствующие обширному панкреонекрозу с вовлечением парапанкреатической клетчатки и формированием жидкостных и некротических скоплений. Диагностика аррозивных кровотечений основывалась на клинической картине, данных КТ с контрастированием, ультразвукового исследования с доплерографией, а также лабораторных показателей гемоглобина, коагулограммы и маркеров воспаления.

Результаты исследования. Аррозивные кровотечения в большинстве случаев развивались в период от 7 до 21 суток от начала заболевания, преимущественно на фоне инфицированного панкреонекроза (83%), что свидетельствует о ключевой роли гнойно-некротического процесса в разрушении сосудистой стенки. Анализ источников кровотечения показал следующую структуру: селезёночная артерия — 32%, гастродуоденальная артерия — 24%, панкреатодуоденальные сосуды — 18%, средняя ободочная артерия — 16%, венозные сплетения забрюшинного пространства — 10%. Клинически у более чем половины пациентов (52%) отмечалось развитие геморрагического шока, требующего немедленной интенсивной терапии и экстренного хирургического вмешательства. Состояние больных усугублялось выраженной полиорганной недостаточностью, метаболическим ацидозом и коагулопатией потребления. В условиях отсутствия эндоваскулярных технологий лечение проводилось исключительно хирургическими методами. Основными оперативными вмешательствами являлись: прошивание кровоточащего сосуда на протяжении с обязательной ревизией зоны некроза, тампонада забрюшинного пространства при невозможности точной идентификации источника кровотечения, некрэксвестрэктомия с удалением некротизированных тканей и санацией очагов инфекции, частичная или субтотальная панкреатэктомия при тотальном поражении железы и неконтролируемом кровотечении. Следует отметить, что радикальные вмешательства выполнялись преимущественно при повторных кровотечениях и тяжёлых формах Balthazar E. Первичный хирургический гемостаз был достигнут у 68% пациентов. Однако у 22% наблюдались рецидивные кровотечения, что требовало повторных оперативных вмешательств. Общая летальность составила около 78–80%. Наиболее неблагоприятные исходы наблюдались у пациентов с тотальным панкреонекрозом (Balthazar E) и множественными источниками аррозивного кровотечения.

Выводы. Аррозивные кровотечения при тяжёлом панкреонекрозе чаще развиваются на фоне инфицированного некротического процесса и тяжёлых форм по Balthazar, сопровождаются высокой частотой рецидивов и летальностью. В условиях отсутствия эндоваскулярных технологий хирургический гемостаз остаётся основным методом лечения, однако его эффективность ограничена распространённостью некроза, множественностью источников кровотечения и выраженной полиорганной недостаточностью.

Отахонов Ф.Х., Шукуров У.М., Холов А.Д.

БОЛЬ И КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛОАДЕНОТОМИИ И АДЕНОТОМИИ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать зарегистрированные кровотечения и динамику боли после тонзиллоаденотомии и аденотомии в клинической серии одного отделения.

Материал и методы. Обобщены сведения о 68 пациентах, прооперированных в ЛОР-отделении центральной районной больницы Дангаринского района в 2024–2026 гг. Анализ включал записи об интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), времени кровотечения и способе его остановки. Ранним считали кровотечение в первые 24 часа, поздним — после этого срока. Доли рассчитаны от всех 68 наблюдений. Операции рассмотрены совместно; сравнение вмешательств и оценка эффективности схемы обезболивания не проводились.

Результаты исследования. В первые 48 часов в записях отмечалась боль интенсивностью 6–8 баллов по ВАШ, к пятым суткам — 2–3 балла. Благоприятное течение описано у 65 пациентов (95,6%). У двух пациентов (2,9%) зарегистрировано раннее кровотечение, остановленное консервативными мерами. В одном наблюдении (1,5%) кровотечение

возникло на четвёртые сутки и было купировано местными гемостатическими средствами. Во всех трёх случаях повторная операция не потребовалась.

Всего кровотечение зарегистрировано в 3 из 68 наблюдений (4,4%). Его появление на четвёртые сутки показывает, что оценка гемостаза только в первые 24 часа не охватывает все события данной серии. По имеющимся сведениям, возвращение к обычной физической активности происходило в пределах 12-14 суток; это наблюдавшийся диапазон, а не нормативный срок возобновления нагрузки.

Выводы. В серии из 68 пациентов зарегистрированы два ранних и одно позднее кровотечение; каждое остановлено без повторной операции. Болевые показатели снижались в течение первых пяти суток.

Отахонов Ф.Х., Шукуров У.М., Абдулов М.А.

РЕГИСТРАЦИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать зарегистрированные геморрагические и гнойно-воспалительные осложнения после хирургического лечения ЛОР-заболеваний как основу для последующего клинического аудита.

Материал и методы. Обобщены результаты лечения 109 пациентов, прооперированных в ЛОР-отделении центральной районной больницы Дангаринского района в 2024-2026 гг. Все пациенты проходили предоперационную консервативную подготовку. Предмет анализа ограничен числом зарегистрированных послеоперационных кровотечений, гнойно-воспалительных осложнений и диапазоном длительности госпитализации.

Результаты исследования. Применение комплексной предоперационной подготовки- консервативная терапия с использованием следующих видов медикаментов: антибиотики, противовоспалительные, антигистаминные и гормоны. У всех пациентов дал высокую клиническую эффективность и выраженное снижение частоты послеоперационных осложнений. Снижение ранних геморрагических осложнений: Частота послеоперационных кровотечений снизилась до 1,8% (2 случая), что связано с предоперационной коррекцией показателей системы гемостаза и контролем артериального давления. Профилактика инфекционных процессов: Гнойно-воспалительные осложнения наблюдались лишь у 0,9% пациентов (1 случай). Средняя длительность госпитализации составила 7-10 дня.

Удовлетворенность пациентов: Высокую и отличную оценку проведенному лечению и условиям восстановления поставили 96,3% прооперированных больных.

Выводы. Комплексная предоперационная подготовка пациентов доказала свою высокую клиническую эффективность. Индивидуальный подход к диагностике, своевременной санации очагов инфекции и коррекции сопутствующих нарушений позволяет свести к минимуму риски геморрагических и воспалительных осложнений, обеспечивает мягкое течение послеоперационного периода, сокращает время пребывания пациента в стационаре и обеспечивает высокий уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи.

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

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

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

Цель исследования. Систематизировать требования к различным методам и срокам остеосинтеза с учетом особенностей сочетанной травмы.

Материал и методы. Работа основана на материалах корпоративного исследования выполнения остеосинтеза при сочетанной травме за 10 лет у 1246 больных. В зависимости от тактики лечения больные распределялись основную группу - 645 (50,4%), которым остеосинтез выполнен с соблюдением сформулированных подходов и контрольную группу - 601 (49,6%), которым остеосинтез выполнен с соблюдением общепринятых подходов.

Результаты исследования. При разработке концепции требования к остеосинтезу руководствовались сформулированными ранее ключевыми параметрами, которые нами используются при оценке тяжести повреждений по шкале Назаренко и состояния больных по шкале Гуманенко. В тех случаях, где нет технологии, анестезиологического обеспечения и специалистов высокого класса при сочетанной травме ранний остеосинтез (до 3 дней) должен выполняться при тяжести повреждений до 12 и состояния больных до 21 баллов, в высокоспециализированных отделениях - при тяжести состояния больных и повреждений до 21 баллов. В остальных случаях, в зависимости от ситуации, следует прибегнуть к отсроченному (от 3 до 30 дней) или позднему (более 30 дней) остеосинтезу.

Все общеизвестные методы остеосинтеза, несмотря на их разнообразие и усовершенствования, принципиально мы делим на экстрamedулярный, интрамедулярный, компрессионно-дистракционный, спицами и винтами и шовным материалом. Остальные методы являются совершенствованием одного из этих методов.

В период нестабильной гемодинамики у больных с тяжестью повреждений более 13 баллов по шкале Назаренко и более 21 баллов по шкале Гуманенко в районных условиях, где нет высококвалифицированный кадровый потенциал и современные технологии, нужно воздержаться от выполнения травматичных методов остеосинтеза. В межрайонных травматологических отделениях при достаточном анестезиологическом обеспечении травматичные методы остеосинтеза можно выполнить у пациентов с тяжестью повреждений по шкале Назаренко до 21 баллов за исключением бедренного и тазового сегмента.

В результате реализации вышеописанных подходов на достаточно репрезентативном клиническом материале в основной группе наблюдается статистически значимое увеличение удельного веса выполнения раннего и современных высокотехнологичных методов остеосинтеза по сравнению с контрольной группой (соответственно 64,5% и 26,3% $p < 0,05$). В результате своевременного устранения периферической болевой импульсации и минимизации синдрома

«взаимного отягощения» в основной группе наблюдается снижение частоты летальных исходов по сравнению с контрольной группой (соответственно 13,5% и 18,5%, $p < 0,05$). Кроме того, с помощью описанной литературы объективных стандартизированных подходов с помощью усовершенствованной методики СОИ установлено статистически значимое снижение удельного веса неудовлетворительных результатов лечения сочетанной травмы по сравнению с контрольной группой (соответственно 7,9% и 16,8%, $p < 0,05$).

Выводы. Выполнение остеосинтеза с применением сформулированных требований при сочетанной травме позволяет снизить риск развития осложнений. Выполнение остеосинтеза с применением сформулированных требований относится к эффективным путям снижения летальных исходов и улучшения результатов сочетанной травмы.

Парпиев Т.Р.¹, Якубова А.А.¹, Отахонов Ф.Х.¹, Эркуллов М.М.²

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ PIRS

¹Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».

²Хирургическое отделение №2 Центральной районной больницы Аштского района. Таджикистан.

Цель исследования. Описать техническую выполнимость коррекции паховых грыж методом PIRS у детей в районной больнице и значение лапароскопического осмотра для выявления контралатерального открытого внутреннего пахового кольца.

Материал и методы. В исследование были включены 17 детей с врожденными косыми паховыми грыжами, которым было проведено хирургическое лечение мини-инвазивным лапароскопическим методом PIRS в хирургическом отделении № 2 ЦРБ Аштского района в течение 2025-2026 гг. Возраст детей, которым проводилась хирургическая коррекция паховых грыж по этой методике, составлял 2-7 лет. Среди пациентов было 12 (70,6 %) мальчиков и 5 (29,4 %) девочек. Правосторонняя врожденная косая паховая грыжа диагностирована у 11 пациентов (64,7 %), левосторонняя - у 6 (35,3 %), а двусторонние случаи при обследовании не выявлено.

Результаты исследования. Всем 17 пациентам выполнено хирургическое вмешательство по устранению врожденных косых паховых грыж методом лапароскопического чрескожного ушивания внутреннего пахового кольца. Все операции проведены под общей анестезией. Длительность операции при односторонней грыже составляла 10-15 мин, а при двусторонней - 20-25 мин. Длительность пребывания в стационаре обычно составляла 1 сутки, однако большинство пациентов выписывались в день операции через несколько часов. Частота полного устранения грыжевого выпячивания составила 100 %. Рецидивов в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения не зарегистрировано. Частота интраоперационного выявления и одномоментной коррекции контралатеральной грыжи (скрытой патологии противоположной стороны) составила 35,3 % (6 пациентов). Необходимости в конверсии в открытую операцию не возникло. Интраоперационных осложнений (повреждения сосудов, семявыносящего протока, нервов, мочевого пузыря и др.) не было. Косметические результаты оценены как отличные: оставался только незначительный линейный рубец под пупком длиной 1 см и менее. Интенсивность послеоперационной боли была низкой: обычно боль была легкой или умеренной в первые сутки и быстро уменьшалась в последующие дни. Для обезболивания назначали парацетамол или ибупрофен в соответствующих возрастных дозах. Срок восстановления двигательной активности обычно составлял 2-6 часов после пробуждения от наркоза, а возвращения к привычному режиму (посещение детского сада или школы) - 3-7 дней.

Выводы. Таким образом, результаты операций показали, что метод PIRS является простым, безопасным и эффективным мини-инвазивным способом хирургической коррекции врожденных паховых грыж у детей, успешно применимым в условиях ЦРБ Аштского района.

Пахлавонов М.М., Одинаев Б.А. Ибодуллозода Ш.З.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ III СТЕПЕНИ

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

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с глубокими ожогами III степени путём совершенствования хирургической тактики, раннего удаления нежизнеспособных тканей и своевременного закрытия ожоговых дефектов.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования и лечения пациентов с глубокими ожогами III степени различной локализации и площади поражения. При обследовании оценивали площадь и глубину ожога, локализацию поражения, состояние ожоговой раны, наличие инфекционных осложнений и общее состояние пациентов. Комплексное лечение включало интенсивную терапию, обезболивание, коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений, местное лечение ожоговых ран и хирургическую обработку. При наличии глубокого поражения выполняли некрэктомию с последующим закрытием раневых дефектов различными методами кожной пластики.

Результаты исследования. Глубокие ожоги III степени сопровождаются некрозом кожи и подлежащих тканей и характеризуются замедленным самостоятельным заживлением. Своевременное удаление нежизнеспособных тканей способствовало очищению ожоговой раны и создавало условия для последующего восстановления кожного покрова. Применение ранней хирургической тактики в сочетании с адекватной местной и общей терапией позволяло уменьшить продолжительность существования открытой раневой поверхности и снизить риск инфекционных осложнений. Выбор метода кожной пластики осуществляли индивидуально с учётом площади, локализации и глубины дефекта, а также состояния раневого ложа.

Выводы. Современное лечение глубоких ожогов III степени требует своевременной диагностики глубины поражения и индивидуального выбора хирургической тактики. Ранняя некрэктомия и своевременное закрытие ожоговых дефектов являются важными этапами лечения. Комплексное применение хирургических и консервативных методов

позволяет улучшить течение раневого процесса, сократить сроки лечения и повысить функциональные и косметические результаты.

Пирматова Д.А., Абдуллаева Р.А., Каримзода У.А.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь перинатальных исходов от состояния фетоплацентарного комплекса при беременности, осложнённой анемией различной степени тяжести.

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 102 беременные, среди них основную группу составили 65 пациенток с анемией различной степени тяжести, а в группу сравнения вошли 37 практически здоровых беременных женщин. В исследуемых группах проведены исследования методами гравидограммы, ультразвуковой фетометрии и доплерометрии кровотока в системе мать-плацента-плод. Начиная с 20 недель беременности на антенатальном уровне, у беременных всех исследуемых групп заполнялась гравидограмма. Ультразвуковая фетометрия (УЗИ) проводилась для оценки состояния фетоплацентарного комплекса. Доплерометрическое исследование проводилось в сроке 28-32 недель беременности в артерии пуповины, аорте и маточной артерии. При проведении исследования оценивались такие показатели как маточно-плацентарный кровоток, плодово-плацентарный кровоток и кровоток в сосудах пуповины.

Результаты исследования. Из 65 беременных с диагнозом анемии, по результатам диагноз внутриутробной задержки развития плода (ВЗРП) был поставлен в 6 случаях (9,2%). Нарушение фетоплацентарного кровотока различной степени выраженности диагностировано в 13 случаях (20,0%) из группы с анемией против пяти случаев (13,5%) группы сравнения. Из 13 случаев 6 приходились на нарушение кровотока в маточной артерии, 7 случаев - в артерии пуповины. При сопоставлении данных доплерометрии и перинатальные исходы с учетом нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод у исследуемых в группе с анемией сравнительный анализ показал, что у новорожденных с нарушенным кровотоком отмечались более низкие росто-весовые показатели, более низкая оценка по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минуте, а также чаще наблюдалось рождение детей с асфиксией (50,0%), ВЗРП (50,0%) по сравнению с группой без нарушения кровотока.

Выводы. Гравидограмма, так и ультразвуковая фетометрия оказались информативными методами диагностики ВЗРП. Результаты доплерометрических исследований кровотока в системе мать-плацента-плод показали нарушения кровотока преимущественно в артериях пуповины плода у пациенток с анемией. В последствии это подтвердилось рождением детей с малой массой, что было расценено неонатологами, как задержка внутриутробного развития.

Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Кодирова С.Г.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Провести сравнительную оценку клиничко-лабораторных показателей и определить их взаимосвязь с морфофункциональными изменениями плаценты у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД) в сочетании с анемией.

Материал и методы. В исследование были включены 75 беременных женщин, наблюдавшиеся в репродуктивных центрах здоровья №7 и №11 города Душанбе. В зависимости от наличия ГСД и анемии обследованные были распределены на две группы: основная группа – 38 беременных женщины с сочетанием анемии и ГСД, контрольная группа – 37 беременных, без анемии и ГСД. Критериями включения являлись одноплодная беременность, проведение перорального глюкозотолерантного теста в 28-32 недель гестации и лабораторные обследования согласно стандарту дородовой помощи при физиологической беременности, наличие и/или отсутствие ГСД и анемии в соответствии с критериями исследования. Критериями исключения являлись многоплодная беременность, сахарный диабет 1-го или 2-го типа, тяжёлая экстрагенитальная патология, заболевания системы крови и другие состояния, способные повлиять на результаты исследования. Морфофункциональное исследование плаценты проводили после родоразрешения. Для гистологического исследования из различных участков плаценты брали образцы ткани фиксировали их в формалине, проводили стандартную гистологическую обработку и окрашивание гематоксилином и эозином. Статистический анализ выполнен с использованием прикладных пакетов программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, США) и SPSS Statistics 23 (IBM, США).

Результаты исследования. При анализе клинических и лабораторных показателей у беременных основной группы были выявлены более выраженные изменения показателей периферической крови по сравнению с контрольной группой. Уровень гемоглобина $100,2 \pm 6,8$ ($p < 0,001$), количество эритроцитов $3,07 \pm 0,14$ ($p < 0,001$) у беременных с основной группы были статистически значимо ниже, чем у исследуемых из контрольной группы. Заслуживало внимание достоверно высокая частота лейкоцитов ($8,0 \pm 1,5$), палочкоядерных нейтрофилов ($3,7 \pm 1,4$) и СОЭ ($17,8 \pm 4,1$) в группе беременных ГСД в сочетании с анемией ($p < 0,001$). Достоверно высокие средние показатели содержания общего билирубина, фибрина, фибриногена, АлАТ, АсАТ, мочевины и креатинина отмечены в группе беременных ГСД в сочетании с анемией ($p < 0,001$). В общем анализе мочи отмечались высокие средние показатели белка в моче ($0,052 \pm 0,028$), эритроцитов ($3,3 \pm 4,4$) и лейкоцитов ($9,3 \pm 6,1$); а также высокая частота обнаружения эпителиальных

клеток (60,5%, $p<0,01$), солей (34,2%, $p<0,05$), в том числе уратов (28,9%, $p<0,05$) в осадке мочи, которые свидетельствуют об инфицированности и наличии воспалительного процесса мочевыделительной системы у пациенток из группы ГСД в сочетании с анемией. Сочетанная экстрагенитальная патология сопровождалась нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов системы мать-плацента-плод. При морфологическом исследовании в плацентах основной группы отмечались достоверно относительное увеличение количества терминальных и специализированных ворсин наряду с выраженными явлениями ангиоматоза ($p<0,05$). В значительной части случаев наблюдались новообразования молодых, слабокапиллярных и бессосудистых ворсин, что свидетельствовало о несовершенстве ангиогенеза, подтверждающем наличие сочетанной патологии.

Вывод. Полученные результаты подтверждают наличие функциональных изменений плаценты, возникших вследствие нарушения метаболизма глюкозы и железа, а также присутствие воспалительных реакций и окислительного стресса, свойственных для ГСД в сочетании с анемией.

Полвонов Ш.Б., Менгулодзода Ф.Р., Сафарова М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II–III СТЕПЕНИ

Кафедры общей хирургии №1 имени профессора А.Н. Каххарова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность, безопасность и непосредственные результаты применения диодного лазера с длиной волны 1940 нм в импульсном режиме при лечении пациентов с хроническим геморроем II–III степени.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 87 пациентов с хроническим геморроем II–III степени, которым в период с марта 2025 года по сентябрь 2026 года выполнено малоинвазивное хирургическое вмешательство с применением диодного лазера. В исследуемую группу вошли 59 мужчин (67,8%) и 28 женщин (32,2%). Возраст больных варьировал от 18 до 76 лет. Хронический геморрой II степени диагностирован у 32 пациентов (36,8%), III степени — у 55 пациентов (63,2%). Таким образом, в исследуемой группе преобладали больные с III степенью заболевания.

Для хирургического лечения использовали диодный лазер с длиной волны 1940 нм. Мощность лазерного излучения составляла 8–12 Вт, режим воздействия — импульсный. Лазерная энергия доставлялась в область геморроидальной ткани с целью ее контролируемой подслизистой коагуляции и уменьшения объема узлов. Применение импульсного режима было направлено на дозирование термической нагрузки и снижение риска избыточного перегрева окружающих тканей. Конкретная мощность подбиралась в пределах указанного диапазона с учетом анатомических особенностей и выраженности геморроидальных узлов. Анестезиологическое обеспечение выбиралось индивидуально. В зависимости от клинической ситуации применялась местная либо спинальная анестезия. При необходимости для обеспечения комфортного состояния пациента во время операции использовали внутривенную седацию пропофолом. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составляла около 15 минут.

Клиническую эффективность вмешательства оценивали по выраженности послеоперационного болевого синдрома, наличию осложнений, продолжительности стационарного лечения и признакам рецидива заболевания. Интенсивность боли определяли по визуально-аналоговой шкале (VAS), от 0 до 10 баллов.

Результаты исследования. Послеоперационный период у большинства больных протекал благоприятно. Выраженность болевого синдрома в пределах 1–4 баллов по шкале VAS, что соответствовало слабой или умеренной интенсивности боли. Клинически значимого выраженного болевого синдрома, требующего изменения стандартной тактики послеоперационного ведения, в представленной серии не зарегистрировано. Низкая интенсивность боли позволяла проводить раннюю активизацию пациентов и способствовала сокращению сроков стационарного наблюдения. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 из 87 больных, что составило 2,3%. В обоих случаях отмечался периаанальный отек. Других осложнений, включая послеоперационное кровотечение, гнойно-воспалительные осложнения в исследуемой группе не наблюдалось. Периаанальный отек носил локальный характер и не потребовал повторного оперативного вмешательства. Продолжительность госпитализации составила до 2 суток.

Выводы.

1. Применение диодного лазера с длиной волны 1940 нм в импульсном режиме является перспективным малоинвазивным методом лечения хронического геморроя II–III степени.
2. Интенсивность послеоперационного болевого синдрома составляла 1–4 балла по шкале VAS, что характеризует ранний послеоперационный период как относительно малоболезненный.
3. Полученные результаты позволяют рекомендовать дальнейшее изучение методики 1940 нм в сравнительных исследованиях с традиционными хирургическими способами лечения геморроя.

Пулотзода Фаризахонум, Камилова М.Я.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ НА ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Таджикский медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Оценить особенности родоразрешения и перинатальные исходы женщин с ожирением в зависимости от результатов перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ).

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы 100 историй родов беременных женщин с ожирением I степени, которые были разделены на 3 группы в зависимости от результатов проведенного в 24 недели гестации ПГТТ: группа 1 с нормальными показателями ПГТТ (39 человек); группа 2 (27 человек) пограничными повышениями показателей ПГТТ; группа 3 диагностированный ГСД (по критериям International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups / World Health Organization) – 34 человек. ПГТТ проводили в сроки 24–28 недель беременности. Определение глюкозы венозной плазмы осуществляли натощак и через 1 час после нагрузки. В качестве диагностических критериев ГСД принимать повышение хотя бы одного из следующих показателей: $\geq 5,1$ ммоль/л натощак, ≥ 10 ммоль/л для 1-ч.

Результаты исследования. Индукция родов достоверно чаще ($\chi^2=7,38$; $p=0,025$) проводилась у пациенток с ГСД (52,9%) по сравнению с группой нормы (23,1%) и пограничных значений (22,2%) Кесарево сечение также чаще ($\chi^2=7,01$; $p=0,030$) выполнялось у женщин с ГСД (44,1%) по сравнению с группой нормы (15,4%) и пограничных значений (18,5%). Частота рождения крупного плода (масса тела при рождении ≥ 4000 г) была выше ($\chi^2=9,18$; $p=0,010$) у женщин с ГСД (38,2%) по сравнению с группой нормы (12,8%) и пограничных значений ПГТТ (11,1%). Неонатальная гипогликемия (уровень глюкозы крови $< 2,6$ ммоль/л в первые 24 часа жизни) достоверно чаще ($\chi^2=19,64$; $p<0,001$) наблюдалась у новорожденных от матерей с ГСД (41,2%) по сравнению с группой нормы (2,6%) и пограничных значений (14,8%). Таким образом, в исследуемой выборке ГСД ассоциировался с более высокой частотой рождения крупного плода и неонатальной гипогликемии. У беременных женщин с пограничными показателями ПГТТ прослеживалась тенденция повышения частоты крупных плодов и неонатальной гипогликемии по сравнению с соответствующими показателями у женщин с нормальными показателями ПГТТ.

Выводы. Установлено, что ГСД ассоциирован с повышенной частотой оперативного родоразрешения, макросомии плода и неонатальных метаболических нарушений, что позволяет рассматривать результаты ПГТТ как инструмент раннего прогнозирования акушерских и перинатальных исходов. Выявленная тенденция повышения частоты индукции родов, кесарева сечения, макросомии плода и гипогликемии в раннем неонатальном периоде обосновывают необходимость дифференцированного подхода к ведению беременных группы риска с учётом степени выраженности нарушений углеводного обмена.

Равшанов Ш.У., Рузбобоев С.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И ТРАДИЦИОННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургических болезней №2 СамГМУ, Узбекистан

Цель исследования. Сравнить непосредственные клинические результаты лечения острого варикотромбофлебита (ОВТФ) нижних конечностей методом эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) и традиционной флебэктомии с оценкой выраженности послеоперационного болевого синдрома, продолжительности госпитализации и частоты осложнений.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения 62 пациентов с ОВТФ, находившихся в сосудистом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в 2020–2025 гг. Пациенты были распределены на две равные группы: 31 пациенту выполнена ЭВЛК, 31 — традиционная комбинированная флебэктомия. Диагноз верифицировали клинически и методом ультразвукового дуплексного сканирования. Оценивали интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (VAS), длительность болевого синдрома, продолжительность госпитализации, послеоперационные осложнения и клинические исходы. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $52,4 \pm 10,8$ года в группе ЭВЛК и $53,1 \pm 11,2$ года в группе флебэктомии ($p=0,78$); различий по полу также не выявлено. Интенсивность послеоперационной боли на первые сутки была достоверно ниже после ЭВЛК — 1,2 (1,0–2,0) против 3,8 (3,0–4,5) балла по VAS ($p<0,05$). Медиана длительности болевого синдрома составила 3 (2–5) суток при ЭВЛК и 8 (6–10) суток после флебэктомии ($p<0,05$). Продолжительность госпитализации была также достоверно меньше в группе ЭВЛК — $1,5 \pm 0,7$ против $3,0 \pm 1,1$ суток ($p<0,05$). Послеоперационные осложнения включали гематомы, нарушения чувствительности и местные воспалительные изменения. Статистически значимых различий по суммарной частоте осложнений между группами не выявлено ($p>0,05$); случаев тромбоза глубоких вен и ТЭЛА не зарегистрировано. Реканализации и рецидивов ОВТФ в течение года наблюдения не отмечено.

Выводы. ЭВЛК при ОВТФ продемонстрировала сопоставимую с традиционной флебэктомией клиническую эффективность при достоверно меньшей выраженности послеоперационного болевого синдрома и более короткой госпитализации. Отсутствие различий по частоте значимых осложнений и отсутствие случаев ТГВ, ТЭЛА и рецидива заболевания в течение года позволяют рассматривать ЭВЛК как малотравматичный вариант хирургического лечения ОВТФ у соответствующего контингента пациентов с учётом анатомических особенностей венозной системы и противопоказаний.

Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Каримзода У.А.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЯМИ ПЛОДА

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

Цель исследования. Изучить клиничко-анамнестические особенности женщин с потерями плода в зависимости от количества беременностей, паритета и частоты повторных репродуктивных потерь.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ репродуктивного анамнеза 218 женщин: 173 пациенток основной группы с потерями плода и 45 женщин группы сравнения. Оценивали количество беременностей и родов в анамнезе, паритет, а также частоту и сроки репродуктивных потерь.

Результаты исследования. У пациенток основной группы количество беременностей варьировало от 1 до 12, в группе сравнения — от 1 до 7. Высокая кратность беременности (5 и более) чаще выявлялась у женщин с потерями плода. Среди пациенток с неразвивающейся беременностью в I триместре 5–7 беременностей в анамнезе имели 20,9%, а 8–12 — 16,3% женщин; при этом роды отсутствовали, что свидетельствовало о недостаточной реализации репродуктивной функции. При потерях во II триместре 5–7 беременностей отмечались у 30,5%, 8–12 — примерно у 10% пациенток, причем роды имелись лишь у трети женщин.

В основной группе преобладали пациентки с нулевым паритетом, особенно в подгруппе Б — 73,9%. В группе сравнения чаще отмечалась реализованная репродуктивная функция: паритет II–IV выявлен у 61,9% женщин, а высокий паритет (V и более) зарегистрирован только в данной группе. Три и более прерывания беременности до 12 недель наблюдались у 62,2% пациенток основной группы, в сроки 13–21 неделя — у 56,2%; в группе сравнения эти показатели составляли 50% и 52,4% соответственно. Последовательные потери трех и более беременностей в основной группе встречались в 4,7 раза чаще, чем в группе сравнения.

Выводы. Для женщин с потерями плода характерны высокая кратность беременностей, нулевой или низкий паритет и повторные репродуктивные потери. Наиболее неблагоприятный клинико-анамнестический профиль отмечается у пациенток с 5–12 беременностями, особенно при потерях в ранние сроки гестации. Выявленные особенности могут рассматриваться как значимые маркеры высокого риска неблагоприятного исхода беременности и должны учитываться при проведении прегравидарной подготовки, ранней стратификации риска и выборе индивидуальной тактики ведения беременности.

Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЯМИ ПЛОДА: ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ Таджикиский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности репродуктивного анамнеза у женщин с потерями плода в зависимости от кратности беременности и паритета.

Материалы и метод. Проведен ретроспективный анализ репродуктивного анамнеза у 263 женщин, из которых 218 составили основную группу с потерями плода и 45 — группу сравнения.

Результаты исследования. Анализ репродуктивного анамнеза показал, что у женщин основной группы число беременностей варьировало от 1 до 12, тогда как в группе сравнения — от 1 до 7, что указывает на более высокую кратность гестаций у пациенток с потерями плода. При оценке структуры кратности беременности установлено, что в основной группе значительная доля женщин имела 5 и более беременностей. Среди пациенток с неразвивающейся беременностью в I триместре частота 5–7 беременностей составила 20,9%, а 8–12 — 16,3%, при этом у данной категории женщин роды отсутствовали, что свидетельствует о нереализованной репродуктивной функции. Во II триместре беременности также сохранялась высокая кратность: 5–7 беременностей отмечены в 30,5% случаев, 8–12 — примерно в 10%, при этом лишь у трети пациенток имелись роды (1–3), что подтверждает частичную реализацию репродуктивной функции.

Анализ паритета показал, что в основной группе преобладали женщины с нулевым паритетом, особенно в подгруппе Б (73,9%), тогда как в подгруппе А также выявлялась значительная доля пациенток без родов при наличии беременностей в анамнезе. В противоположность этому, в группе сравнения чаще встречались женщины с реализованной репродуктивной функцией — паритет II–IV достигал 61,9%, а случаи высокого паритета (V и более) отмечались только в группе сравнения. Частота прерывания трех и более беременностей в основной группе была высокой и составила 62,2% при сроке гестации до 12 недель и 56,2% в сроки 13–21 недели, тогда как в группе сравнения аналогичные показатели были ниже — 50% и 52,4% соответственно. Особого внимания заслуживает тот факт, что последовательные потери трех и более беременностей в основной группе встречались достоверно чаще, чем в группе сравнения — в 4,7 раза, что указывает на выраженную тенденцию к рецидивированию репродуктивных потерь.

Выводы. Проведенный анализ показал, что у женщин с потерями плода формируется выраженный дисбаланс между количеством беременностей и их исходами, проявляющийся высокой кратностью гестаций при недостаточной реализации репродуктивной функции. Выявлена прямая связь между увеличением кратности беременности и частотой репродуктивных потерь: наиболее неблагоприятной является группа женщин с 5–12 беременностями в анамнезе, у которых максимальная частота потерь наблюдается в ранние сроки гестации.

Раджабзода Р.С., Протасов А.В., Мазурова О.И.

ДВУХМЕРНАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ (2D-SWE) В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЖЁСТКОСТИ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ МЫШЦ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА ДО И ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛИНОТОКСИНА ТИПА А У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ W3

Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии имени И. Д. Кирпатовского. ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы». Россия

Цель исследования. Сравнить жёсткость правой и левой переднебоковых мышц живота методом 2D-SWE у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей W3 до и после химической сепарации ботулинотоксином типа А.

Материал и методы. В проспективное контролируемое исследование включено 47 человек: 41 здоровый доброволец (контроль) и 6 пациентов с грыжей W3 (ширина дефекта >10 см по EHS). Критерии исключения: онкологические и системные мышечные заболевания, беременность, профессиональный спорт. Исследование выполнялось на аппарате Siemens ACUSON S2000. Оценивались наружная косая, внутренняя косая и поперечная мышцы живота по передней и средней подмышечным линиям. В основной группе измерения проводились до и через 4 недели после инъекций.

Результаты исследования. В контрольной группе выявлена незначительная асимметрия: показатели справа были выше, чем слева ($p>0,05$). В основной группе до лечения зафиксировано значимое повышение жёсткости с обеих сторон ($p<0,05$). Так, слева по Linea axillaris anterior: наружная косая — 16,67 кПа, внутренняя — 25,43 кПа, поперечная — 26,89 кПа; по Linea axillaris media: 15,88, 18,78 и 27,19 кПа. Справа по Linea axillaris anterior: 13,95, 21,65 и 22,55 кПа; по Linea axillaris media: 12,65, 16,65 и 23,15 кПа. После инъекций отмечено достоверное снижение показателей ($p<0,05$). Слева по Linea axillaris anterior: 9,35, 15,7 и 11,1 кПа; по Linea axillaris media: 9,75, 11,3 и 12,7 кПа. Динамика снижения различалась: слева — более выражена для внутренней косы и поперечной мышц, справа — для наружной косой.

Выводы. Метод 2D-SWE позволяет объективно и неинвазивно оценивать асимметрию жёсткости мышц переднебоковой стенки живота у пациентов с послеоперационной вентральной грыжей W3. Инъекции ботулинотоксина типа А приводят к достоверному снижению жёсткости с обеих сторон, однако степень этого снижения различается в зависимости от стороны и конкретной мышцы, что важно учитывать при предоперационной подготовке и планировании хирургического лечения.

Ражабов Амир Абдуллаевич

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Свободный соискатель кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины, Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Провести клиничко-функциональную оценку состояния пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава на различных этапах медицинской реабилитации.

Материалы и методы. В исследование включены 115 пациентов в возрасте от 40 до 80 лет, перенёвших первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Средний возраст обследованных составил $62,4\pm 9,1$ года. Клиничко-функциональную оценку проводили на раннем послеоперационном этапе, а также через 1 и 3 месяца после операции, что позволило проследить динамику восстановления в наиболее важные периоды реабилитации. В ходе обследования оценивали интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, функциональное состояние тазобедренного сустава по шкале Харриса, выраженность боли, скованности и функциональных ограничений, а также объём движений в суставе и мышечную силу оперированной конечности. Дополнительно анализировали скорость ходьбы, результат теста «встать и идти», дистанцию шестиминутной ходьбы и уровень повседневной активности пациента. Такой комплексный подход позволил оценить не только состояние сустава, но и степень восстановления самостоятельной ходьбы, опороспособности и бытовой активности после эндопротезирования.

Результаты исследования. Проведённая клиничко-функциональная оценка показала последовательное улучшение состояния пациентов уже на ранних этапах реабилитации после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале снизилась с $4,3\pm 1,0$ балла на раннем послеоперационном этапе до $2,8\pm 0,9$ балла через 1 месяц и до $1,9\pm 0,7$ балла через 3 месяца. Функциональное состояние тазобедренного сустава по шкале Харриса улучшилось с $61,4\pm 7,9$ балла на раннем этапе до $72,6\pm 8,1$ балла через 1 месяц и до $83,9\pm 7,2$ балла через 3 месяца. Индекс WOMAC, отражающий боль, скованность и функциональные ограничения, также имел положительную динамику и снизился с $56,8\pm 8,7$ до $42,5\pm 7,6$ и $31,4\pm 6,9$ балла соответственно. Положительные изменения отмечались и по двигательным тестам. Дистанция шестиминутной ходьбы увеличилась с $186,5\pm 42,3$ м на раннем этапе до $285,4\pm 50,6$ м через 1 месяц и до $356,8\pm 54,2$ м через 3 месяца. Время выполнения теста «встать и идти» сократилось с $21,4\pm 4,6$ до $15,7\pm 3,4$ и $12,3\pm 2,6$ секунды соответственно. Объём сгибания в тазобедренном суставе увеличился с $68,2\pm 10,5^\circ$ до $84,5\pm 9,3^\circ$ через 1 месяц и до $94,1\pm 8,8^\circ$ через 3 месяца, а мышечная сила оперированной конечности повысилась с $3,1\pm 0,6$ до $3,8\pm 0,5$ и $4,3\pm 0,5$ балла. Наиболее выраженное восстановление наблюдалось в период от 1 до 3 месяцев после операции, когда уменьшение боли сопровождалось увеличением объёма движений, улучшением ходьбы, повышением опороспособности и расширением повседневной активности пациентов.

Вывод. Клиничко-функциональная оценка пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава показала положительную динамику на ранних этапах реабилитации. Снижение боли, улучшение функции сустава, увеличение дистанции ходьбы и восстановление мышечной силы подтверждают значимость поэтапного реабилитационного подхода. Полученные данные обосновывают необходимость регулярного функционального мониторинга пациентов после эндопротезирования для индивидуальной коррекции восстановительной программы.

Раззоков А.А., Наймов А.М., Парпиев Ф.М.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

Цель исследования. Разработка методики идентификации тяжести повреждений и на этой основе определения ключевых позиций тактики лечения острого периода сочетанной травмы.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на комплексном анализе данных о 3375 больных с сочетанной травмой, которые, в зависимости от методики тяжести повреждений, делились на две группы сравнения. В перспективной группе вошли 1826 (54,1%) больных, у которых диагностика и ключевые вопросы тактика лечения определялись с применением усовершенствованной методики идентификации тяжести шока и повреждений по Раззову-Назаренко и информационных технологий, в ретроспективной группе у 1549 (45,9%) пациентов – с помощью общепринятой методики определения тяжести повреждений и субъективной методики тактики лечения.

Результаты исследования. Усовершенствование методики оценки определения тяжести повреждений в основной группе проводилась с помощью методики экспертных оценок. Они заключались в следующем: присвоение баллов показателям центральной гемодинамики, пересмотре перечня ключевых повреждений и присвоения им баллов в соответствии с их шокогенностью, включение в методику факторов риска (возраст, соматические патологии, кахексия и др.), выделение четвертой степени шока при сумме баллов свыше 35 и др. При пересмотре перечня повреждений в методику, с учетом накопленного опыта, включены основные характеристики и тяжесть 7 доминирующих травм с учетом их тяжести, шокогенности и развития осложнений.

Следующим этапом работы явилось определение ключевых направлений тактики лечения. Принцип работы с разработанной методикой информационных технологий заключается в вводе информации по конкретному случаю сочетанной травмы по заранее составленным признакам травмы. Информация сгруппирована в различные разделы. В каждом из них представлены различные повреждения, которые имеют градации соответственно общепринятым классификациям. При выборе любого повреждения и его градаций система автоматически присваивает заранее составленные нами баллы, которые суммируются в корзине. По завершению тестирования по сумме баллов даются заключение по тяжести шока, его прогнозу, а также по ключевым параметрам определения оптимальной тактики лечения. К ним относятся: показание и срочность выполнения операций по поводу повреждений различных органов; объем операций (полный и неполный); объем, скорость и состав инфузионной терапии и другие тактические вопросы. Имеется возможность для протоколирования и печатания результатов тестирования для истории болезни.

Выводы. При сравнительном анализе результатов тестирования в обеих группах сравнения удельный вес ошибок в основной группе статистически значимо был ниже по сравнению с контрольной группой (соответственно 2,6% и 10,1%), что свидетельствует об эффективности предложенного подхода.

Райимжанова К.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра Акушерства и гинекологии №3, Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Разработка и внедрение регулируемого акушерского pessaria CerviFlex, обеспечивающего индивидуальную адаптацию под анатомические особенности пациентки.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 беременных с одноплодной беременностью при сроке гестации от 16 до 32 недель с короткой шейкой матки. Главным критерием включения для установки АП была длина шейки матки ≤ 38 мм. Всем пациенткам проводилась трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, при которой измеряли длину шейки матки, ширину цервикального канала и внутреннего зева.

Досрочно АП удалили при преждевременном излитии околоплодных вод и при развитии родовой деятельности. При отсутствии показаний для досрочного удаления АП был удален после 37-й недели.

Результаты исследования. В исследование были включены 60 беременных, у которых по данным цервикометрии шейка матки была ≤ 38 мм. На первом этапе все 60 пациенток были разделены на 3 группы в зависимости от длины шейки матки: в 1-ю группу вошли 13 пациенток с длиной шейки матки ≤ 15 мм, 2-ю группу составили 16 беременных с шейкой матки 16–25 мм, и в 3 группу включены 31 пациентка с шейкой матки более 26 мм – до 38 мм.

Всем женщинам был установлен акушерский pessarium. Средний возраст пациенток составил $32,3 \pm 3,2$ года. Срок беременности постановки акушерского pessaria составил у женщин 1-й группы $20,8 \pm 0,9$ недели, 2-й группы – $22,8 \pm 0,4$ недели, 3-й группы – $24,9 \pm 1,2$.

На втором этапе все пациентки также были разделены на 3 группы в зависимости от срока гестации, при котором была диагностирована короткая шейка матки и установлен акушерский pessarium. В группу А вошли 19 беременных при сроке гестации 16–22 недели, в группу В – 14 пациенток при сроке гестации 23–28 недель, а в группу С – 27 женщин со сроком гестации с 29-й до 33-й недели.

У пациенток вне зависимости от срока гестации установки акушерского pessaria частота срочных и преждевременных родов достоверно не отличалась. При этом пролонгирование беременности, а именно дни/недели гестации после установки pessaria достоверно различались и составили в группе А 18,4 недели, в группе В – 12,1 недели, а в группе С – 7,1 недели. После установки АП беременность удалось пролонгировать на $14,2 \pm 0,3$ недели при срочных родах, а при преждевременных – на $8,1 \pm 0,5$ недели. После удаления pessaria в сроке 37 недель гестации интервал наступления родов составил в среднем 6-8 дней.

Вывод. Стратегия широкого использования pessarium у беременных из групп высокого риска позволяет снизить частоту преждевременных родов в 2–3 раза и улучшить перинатальные исходы. Так, разработка и внедрение регулируемого акушерского pessaria CerviFlex, обеспечивающего индивидуальную адаптацию под анатомические особенности пациентки за счёт микрорегулировки в рамках одной модели позволит снизить необходимость подбора нескольких размеров, уменьшить вероятность смещения устройства и оптимизировать логистику и складские запасы медицинского учреждения.

Расулов Н.И., Солихов Р.Љ., Баъромов М.Б.
ОМУЌИШИ ЛОИЪАИ СЕКУНЪАИ КАЛО ДАР ДЕВОРАИ ПЕШУ ПАЪЛУИИ ШИКАМ ЊАНГОМИ
ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАРПАРОСКОПИ

Кафедраа амалияи љарроњӣ ва анатомияи топографӣ ба номи профессор Каримов М.К.
ва Маркази ташхисию табобатии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши лоиъаи секунъаи Кало шараёни талхадон њангоми холесистэктомияи лапароскопӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар 60 бемори мубталои холесистити музмини сангдор дар се маръила гузаронида шуд. Маръилаи аввал – нишонаҳои берунаи девораи пешу, паълуи шикам; маръилаи дуюм – ташхиси ултрасадо бо истифода аз нишонаҳои берунаи девораи пешу паълуи шикам; маръилаи сеюм рафти људосозии лапароскопии мавқеи секунъаи Кало дар давоми солҳои 2024 то 2026 гузаронида шудааст. Сину соли беморон аз 18 то 45 сола, мардон 8 нафар (13,3%) ва 52 нафар (86,7%) занон буданд. Ҳамаи беморон пеш аз амалиёти чарроҳӣ аз муоинаи пурра гузаронида шуданд. Дар давраи пешазљарроҳии дар њамаи беморон мавқеи бо истифода аз нишонаҳои берунаи девораи пешу паълуи шикам хатҳои шартӣ кашида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Њангоми амалиёти љарроғӣ дар маръилаи људосозии секунъаи Кало дар нуқтаҳои кунҷии секунъа сӯзан аз девораи пешу паълуи шикам дар таъти назорати лапароскоп ворид карда шуда бо хатҳои шартӣ давраҳои аввалу дуюм муқоиса карда шуданд. Њангоми муоина маълум гардид, ки дар беморони вазнашон 86 кг лоиъаи секунъаи Кало дар пӯст аз канори хатҳои шатан кашидашуда 2222 мебошад. Ин љойгиршавӣ дар беморони хароб лоиъаи секунъа ба андозаи 11 11 11 мушоњида карда шуд.

Дар 12 (20%) беморон аз сабаби мављудияти илтињобу ихтишо барҷастагӣ васеъ ва калон мушоњида карда шуд. Масофаи љойгиршавии ин барҷастаги дар занњо $22,0, 21 \pm 1,22$; $28, 0, 68 \pm 1,23$ мм ва дар мардњо $18,42 \pm 0,68$; $16, 0,78 \pm 0,68$ мм муайян карда шуд. Њангоми људосозии ин барљастагӣ аз бофтаҳои атроф мушкилии техникӣ ба амал омад маълум гашт, ки гирењи лимфатикӣ њаҷман калон ва бо бофтаҳои атроф часпида мебошад.

Дар 5 (8%) бемор њангоми муоинаи лапароскопӣ дар ин минтақа умуман дигаргунињо дида нашуд. Дар ваќти муоинаи даќиќ лоиъаи гирењи лимфатикӣ муайян карда шуд. Баъди људо кардани мавқеи секунъаи Калло гирењи лимфатикии Лунда мушоњида карда шуд. Масофаи ин $33,72 \pm 1,22$; $32 \pm 1,23$ мм

Хулоса. Бояд кайд кард, ки гирењи лимфатикии Лунда њангоми холесистэктомияи лапароскопи дар мавқеи секунъаи Кало њамчун нишонаи берунаи маљрои талхадон ва шараёни он муњим буда, бодарназардошти ин пешгирии оризањои дохилиљарроғӣ мешавад.

Расулов Н.И., Солињов Р.Љ., Баъромов М.Б.
ХУСУСИЯТЊОИ ТОПОГРАФО- АНАТОМИИ ГИРЕЊИ ЛИМФАТИКИИ ЛУНДА ЊАНГОМИ
ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАРПАРОСКОПИ

Кафедраи амалияи љарроғӣ ва анатомияи топографии ба номи профессор Каримов М.К. ва Маркази ташхисию табобатии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши лоиъаи шараёни талхадон њангоми холесистэктомияи лапароскопӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар маръилаи ташхисӣ ва људосозии мавқеи секунъаи Кало дар 60 беморони мубталои холесистити музмини сангдор дар давоми солҳои 2024 то 2026 гузаронида шудааст. Сину соли беморони аз 18 то 76 соларо ташкил медиҳад, ки мардон 8 нафар (13,3%) ва 52 нафар (86,7%) занон буданд. Ҳамаи беморон пеш аз амалиёти чарроҳӣ аз муоинаи пурра гузаронида шуданд. Дар давраи пешазљарроҳии дар њамаи беморон мавқеи секунъаи Кало гирењи лимфатикӣ мушоњида карда нашуд. Амалиёти љарроғӣ дар таъти бењисгардони умумӣ ва вентилятсияи сунъӣ бо истифода аз талъизоти эндовидеољарроҳии «Азимут» (Санкт-Петербург, Русия), «Винг» (Воронеж, Русия) чарроҳӣ карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар маръилаи ташхисӣ њангоми холесистэктомияи лапароскопӣ азназаргузарони мавқеи секунъаи Кало мављудияти ташкилаи омосмонанд ба андозаи 10×12 мм дар 43 (71%) бемор мушоњида карда шуд. Ин барҷастагӣ дар занњо $31,72 \pm 1,22$; $32,68 \pm 1,23$ мм ва дар мардњо $22,42 \pm 0,68$; $32,68 \pm 0,68$ мм муайян карда шуд. Њангоми људосозии ин барљастагӣ аз бофтаҳои атроф аввал шараёни талхадон, баъд гирењи лимфатикӣ ва баъдан маљрои талхадон ташхиси тафриќавӣ карда шуд. Дар 12 (20%) беморон аз сабаби мављудияти илтињобу ихтишо барҷастагӣ васеъ ва калон мушоњида карда шуд. Масофаи љойгиршавии ин барҷастагӣ дар занњо $22,0, 21 \pm 1,22$; $28, 0, 68 \pm 1,23$ мм ва дар мардњо $18,42 \pm 0,68$; $16, 0,78 \pm 0,68$ мм муайян карда шуд. Њангоми људосозии ин барљастагӣ аз бофтаҳои атроф мушкилии техникӣ ба амал омад. Маълум гашт, ки гирењи лимфатикӣ ҳаҷман калон ва бо бофтаҳои атроф часпида мебошад. Дар 5 (8%) бемор њангоми муоинаи лапароскопӣ дар ин минтақа умуман дигаргунињо дида нашуд. Дар ваќти муоинаи даќиќ лоиъаи гирењи лимфатикӣ муайян карда шуд. Баъди људо кардани мавқеи секунъаи Калло гирењи лимфатикии Лунда мушоњида карда шуд. Масофаи ин $33,72 \pm 1,22$; $32 \pm 1,23$ мм – ро ташкил меод.

Хулоса. Гирењи лимфатикии Лунда њангоми холесистэктомияи лапароскопи дар мавқеи секунъаи Кало њамчун нишонаи берунаи маљрои талхадон ва шараёни он муњим буда, бо дарназардошти ин пешгирии оризањои дохилиљарроғӣ мешавад.

Рахимзода Ш.Ш., Махмудназаров М.И. Шерматов З.Т.
РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ НОСА И СО-
ПУСТВУЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Научно обосновать и усовершенствовать комплексный подход к диагностике переломов носа и сопутствующих повреждений на основе оценки информативности современных методов исследования и определения их роли в выборе рациональной тактики лечения.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе медицинских журналов ургентной службы ГУ НМИЦ РТ "Шифобахш" за период с 2020 по 2024 годы. Работа основана на клиническом анализе 8257 больных с различными травмами ЛОР – органов, из которых 7870 пациентов (95,5%) имели травмы носа. Из них мужчин – 7398 (93,62%), женщин – 472 (6,38%). Возраст пациентов от 12 до 60 лет. Больные были разделены на три группы: первая группа (пациенты с ушибами мягких тканей в виде кровоизлияния и гематомы) 4327 (54,79%) из них мужчин – 4213 (97,37%) и 114 (2,63%) женщин. Вторая группа (с закрытыми и открытыми переломами костей носа без смещений костных отломков) – 2856 (36,16%) из них мужчин 2515 (88,06%) и 341 женщина (11,94%). Третья группа (с закрытыми переломами костей носа со смещением костных отломков) – 473 (9,05%) из них 456 мужчин (96,4%) и 17 женщин (3,6%). Критерии включения: пациенты с острой травмой носа обратившиеся в течение 7-10 дней после получения травмы. Критерии исключения: пациенты с хроническими заболеваниями носа, затрудняющими диагностику (хронический ринит и искривление носовой перегородки – до травмы) и пациенты с сочетанными ЧМТ, которые нуждались в хирургическом вмешательстве нейрохирургов и других специалистов. Всем больным проведен клинический осмотр (оценка состояния пациента, выявление деформации наружного носа, отеков и возможных деформаций), эндоскопические исследования (для оценки состояния полости носа и уточнения локализации кровотечения), цифровая рентгенография и КТ носовых костей.

Результаты исследования. Анализ 7870 пациентов с травмами носа показал, что комплексный диагностический протокол позволяет значительно повысить точность постановки диагноза и индивидуализировать тактику лечения. Большинство пациентов составляли мужчины трудоспособного возраста (84%), что связано с высокой частотой бытового и уличного травматизма. Женщины составили 16% наблюдений. Рентгенография позволяла выявить лишь крупные переломы и смещения, однако в 38% случаев не давала оценить сложные или множественные повреждения. Компьютерная томография обеспечила высокую информативность при выявлении даже минимальных переломов костей носа, степени смещения и вовлечения перегородки. Эндоскопическое исследование выявило скрытые повреждения слизистой оболочки, внутриполостные гематомы и начальные признаки посттравматических осложнений.

Выводы. Диагностику травмы носа требуют комплексного подхода, включающего клиническое обследование, инструментальные и визуализирующие методы. Компьютерная томография является наиболее точным методом выявления повреждений костных структур. Рентгенография может использоваться на начальном этапе диагностики, но не всегда дает полную картину травмы. Эндоскопическое исследование играет важную роль в обнаружении скрытых повреждений слизистой оболочки и носовой перегородки. Разработанный комплексный алгоритм диагностики и хирургического лечения травм носа обеспечивает высокую клиническую эффективность, сокращает сроки реабилитации и способствует восстановлению как функциональных, так и эстетических параметров носа.

Рахимова Н.Т., Абдурахманова Н.А., Калонova Ш.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧЕСКОЙ СЫВОРОТКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ «СУХОГО ГЛАЗА»

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Офтальмологическая клиника «Солим Тиб». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность применения аутологической сыворотки в комплексном лечении пациентов с синдромом «Сухого глаза» различной степени тяжести.

Материал и методы. На базе офтальмологической клиники «Солим Тиб» были обследованы 14 пациентов (28 глаз) с синдромом «сухого глаза» из них 8 больных (16 глаз) с симптомами синдрома сухого глаза (ССГ) средней и тяжелой степени, с симптомами поражения роговицы и 6 человека (12 глаз) с ССГ без признаков поражения роговицы. Средний возраст пациентов составил 30 ± 5 лет. Средняя продолжительность лечения аутологической сывороткой составила 12 ± 3 месяца. Проведено анкетирование (OSDI), выполнены визиометрия, биомикроскопия роговицы, пробы Ширмера I и Норна. Аутологическую сыворотку применяли в качестве монотерапии при легкой степени заболевания и в составе комплексного лечения при среднетяжелой и тяжелой степени ССГ с поражением роговицы.

Результаты исследования. При лечении аутологической сывороткой в качестве монотерапии пациентов с ССГ легкой степени без признаков поражения роговицы индекс заболевания глазной поверхности (OSDI) снизился в среднем на $32,7 \pm 6,7$; пробы Ширмера I и Норна увеличились на $7,1 \pm 2,2$ мм и $4,8 \pm 1,9$ с., соответственно. При комплексном лечении с применением аутологической сыворотки у больных с синдромом «Сухого глаза» средней и тяжелой степени с различными повреждениями роговицы OSDI снизился в среднем на $3,0 \pm 2,3$; результаты пробы Ширмера I увеличились на $3,5 \pm 0,9$ мм, пробы Норна — на $1,75 \pm 0,9$ с. Средняя некорректированная острота зрения (НКОЗ) у пациентов с легкой степенью ССГ увеличилась с 0,7 до 0,9, тогда как у пациентов со средней и тяжелой степенью заболевания — с 0,5 до 0,9 (по таблице Снеллена). У пациентов со средней и тяжелой степенью ССГ отмечалась положительная динамика в виде уменьшения площади роговичных дефектов и их постепенной эпителизации.

Аутологическая сыворотка представляет собой доступное и физиологичное средство, хорошо переносимое пациентами и по своим характеристикам максимально приближенное к составу естественной слезной жидкости. При применении в качестве монотерапии у пациентов с легкой степенью синдрома «Сухого глаза» она способствует повышению стабильности слезной пленки, улучшению состояния роговицы и качества жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, использование аутологической сыворотки в составе комплексной терапии больных со средней и тяжелой степенью синдрома «Сухого глаза» стимулирует процессы эпителизации роговицы и способствует уменьшению площади ее язвенного дефекта.

Рахматов П., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДОЛИХОСИГМЫ

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Обобщить клинические проявления долихосигмы и применявшиеся диагностические и лечебные подходы у пациентов Центральной районной больницы Дангаринского района.

Материал и методы. Рассмотрены сведения об обследовании и лечении 18 пациентов с долихосигмой за 2020-2025 гг. Клиническая оценка включала жалобы, анамнез и данные осмотра. В обследовании использовались обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография, ультразвуковое исследование и колоноскопия. Анализ носил описательный характер и касался клинической картины и направлений лечебной тактики.

Результаты исследования. Среди описанных проявлений отмечались длительные запоры, боль и вздутие живота. По данным ирригографии оценивали удлинение и особенности конфигурации сигмовидной кишки. Наряду с неосложнённым течением зарегистрированы наблюдения копростазы и кишечной непроходимости. Консервативная помощь включала коррекцию питания и питьевого режима, слабительные препараты и очистительные клизмы. При осложнённом течении и неэффективности консервативной терапии применялось хирургическое лечение.

Выводы. Таким образом, в серии представлены как диагностическое уточнение анатомических особенностей кишки, так и выбор тактики с учётом течения заболевания. Наблюдения 18 пациентов характеризуют сочетание длительных нарушений дефекации с болевым синдромом и вздутием живота при долихосигме. В клинической практике обследование дополнялось оценкой осложнений и ответа на консервативную терапию.

Рахматов П., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА

Кафедра хирургических дисциплин № 4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения гнойных осложнений после лапароскопических операций, выявить основные факторы риска их развития и определить эффективные методы профилактики у пациентов хирургического отделения.

Материал и методы. Исследование проведено на базе хирургического отделения РКБ Дангаринского района в период 2025 года, где было проанализировано 57 случаев пациентов, подвергшихся лапароскопическим операциям различного профиля (холецистэктомия, аппендэктомия, грыжесечение). У всех пациентов оценивались: возраст, сопутствующие заболевания, длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, соблюдение асептики и использование профилактических антибиотиков. Гнойные осложнения диагностировались на основе клинических признаков (гипертермия, болезненность в области раны, отделяемое из послеоперационных портов) и лабораторных данных (лейкоцитоз, повышение С-реактивного белка).

Результаты исследования. Из 57 пациентов после лапароскопических вмешательств гнойные осложнения развились у 17 (30%) больных. Среди выявленных факторов риска преобладали: сопутствующий сахарный диабет и ожирение (10 из 20 случаев) Длительность операции более 90 минут (15 из 20 случаев) Несоблюдение строгой асептики при введении троакаров (6 случаев) Профилактические мероприятия включали: однократное внутривенное введение цефалоспорины II поколения за 30–60 минут до операции Строгое соблюдение правил асептики и антисептики Контроль температуры тела и лабораторных показателей в раннем послеоперационном периоде Эти меры позволили снизить выраженность и длительность гнойных осложнений: у всех 18 пациентов осложнения купировались консервативно без необходимости повторной операции.

Выводы. Гнойные осложнения после лапароскопических операций встречаются у 30% пациентов в исследуемой группе. Основные факторы риска включают эндокринные нарушения, ожирение, длительность операции и нарушение асептики. Профилактика с использованием антибиотикопрофилактики и строгого соблюдения антисептических правил является ключевым фактором снижения частоты и тяжести гнойных осложнений.

Рахмонов С.У., Бустонов М.О., Шерматов З.Т., Бустонова С.М.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ.

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

Цель исследования. Изучение алгоритма оценки компьютерных томограмм околоносовых пазух носа у пациентов одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Материал и методы. Проведен анализ данных обследования 85 больных с диагнозом «Одонтогенный верхнечелюстной синусит», проходивших стационарное лечение в ЛОР-отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» и Республиканской клинической больницы Дангаринского района в период с января 2020 по май 2026 года. Мужчин было 36 (42,3%), женщин – 49 (57,6%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 60 лет, средний возраст составил 34,6±8,2 года. Проведен с помощью обзора литературы и просмотра данных 62 компьютерных томограмм нами предложена схема алгоритма оценки компьютерных томограмм околоносовых пазух (КТ ОНП).

Результаты исследования. Алгоритм оценки КТ ОНП у больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом:

1. Проверить правильность записи паспортной части КТ ОНП больного: а) соответствие данных КТ ОНП – дата снимка, ФИО больного на диске; б) указание правой и левой сторон пазух носа на пленке или диске, что сравнивается с данными эндоскопического исследования полости носа;

2. Описание анатомических структур полости носа: перегородка носа, носовые раковины.

3. Крючковидный отросток: норма или патологические соединения с орбитальной стенкой, с основанием черепа, средней носовой раковиной;

4. Верхнечелюстная пазуха : норма, гипоплазия, эрозия стенок, естественное соустье;

5. Состояние лобной пазухи, стенок орбиты, передних клеток и задних клеток решетчатого лабиринта;

6. Состояние клиновидной пазухи.

Выводы. Применение алгоритма оценки компьютерных томограмм околоносовых пазух у пациентов с одонтогенным синуситом улучшит диагностику, лечение пациентов и выявит новые корреляционные соотношения между методами исследования структур полости носа.

Рахмонов У.Х., Бердиев М.Р., Насридинов Х.Н.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМой ГИПОФИЗА С ВРАСТАНИЕМ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИНУС

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

Цель исследования. Улучшить хирургическое лечение аденом гипофиза с врастанием в кавернозный синус.

Материал и методы. Группа пациентов, опухоль которых врастала в КС, состояла из 34 пациентов (16 мужчин и 18 женщин), у 18 из них опухоль была - полностью резистентная к терапии достинексом, у 15 из них - частично резистентная, у 1 - чувствительна. Наибольшее количество опухолей средних, больших и гигантских размеров было с эндо-супра-латероселлярным вариантом роста.

Эндокринные нарушения до операции наблюдались в виде гипогонадизма - у всех 34 пациентов, гипокортицизма - у 10, вторичного гипотиреоза (регрессировал в катамнезе) - у 14 пациентов.

Неврологический статус до операции: у 31 пациента отмечалась краниалгия, у 20 – хиазмальный синдром (4 – легкой степени, 11 – средней степени, 3 – тяжелой степени, 2 – декомпенсация) и у 8 - глазодвигательные нарушения.

Всем пациентам с момента поступления в клинику проведен неврологический осмотр, рентгенологические, офтальмологические исследования, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. Прооперированы стандартным эндоскопическим эндоназальным трансфеноидальным доступом 32 из 34 пациентов. Транскраниально прооперирован 1 пациент, так как опухоль имела сложную структуру и распространялась в область межжировой цистерны. Еще один пациент оперирован как транскраниальным, так и трансназальным доступом.

В 20 наблюдениях опухоль была мягкая, в 7 - плотная, в 6 - частично кистозная и в 1 – гетерогенная. В 9 наблюдениях имелись вторичные узлы.

В 10 случаях удаление опухоли было расценено как тотальное, в оставшихся 24 – субтотальное или частичное удаление опухоли. У 10 (34%) из 34 пациентов после операции наблюдалась нормализация ПРЛ.

Неврологические нарушения после операции: в 6 (30%) случаях отмечалось улучшение зрения, в 7 (35%) - без отрицательной динамики после операции и в 2 (10%) - ухудшение зрения. У двух пациентов декомпенсация на дооперационном уровне. У четырех пациентов из 8 с глазодвигательными нарушениями отмечался регресс симптоматики. Ни у одного не было отмечено нарастание или появление глазодвигательных нарушений после операции. Регресс краниалгии отмечался во всех случаях. У одного пациента в послеоперационном периоде развился вазоспазм, который на фоне медикаментозной терапии разрешился без последствий и неврологического дефицита.

У 9 из 20 пациентов, у которых не было нормализации ПРЛ после операции с известным катамнезом, была продолжена терапия достинексом в высоких дозах (до 3,5 мг в неделю), на фоне которого сохранялись высокие цифры ПРЛ крови (1500-3000 мЕд/л). У двух пациентов с известным катамнезом, отмечалась положительная динамика на фоне терапии достинексом в виде снижения уровня ПРЛ крови.

Эндокринные нарушения после операции: у 34 пациентов в раннем послеоперационном периоде сохранялся гипогонадизм, у 30 пациентов вторичный гипотиреоз и гипокортицизм, который регрессировал в катамнезе у всех пациентов. В одном случае отмечался транзиторный несахарный диабет.

Выводы. Таким образом, следует вывод, что операция не влияла на уровень ПРЛ крови у пациентов с опухолями, врастающими в КС. Связь между нормализацией ПРЛ после операции с полом и возрастом пациента выявлена не была ($p > 0,1$). Статистически значимых различий в уровне ПРЛ до и после операции выявлено не было ($p = 0,08$).

Рашидзода Ф.Р., Каримов М.Б., Шарипова Ф.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕРАТОПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА РАННИХ СРОКАХ НАБЛЮДЕНИЯ

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

Цель исследования. Оценить эффективность кератопротезирования с использованием Бостонского кератопротеза у пациентов с тяжёлыми поражениями роговицы.

Материал исследования. Проведено ретроспективное исследование медицинских карт 6 пациентов (6 глаз), находившихся на стационарном лечении в Национальном медицинском центре Республики Таджикистан «Шифобахш» в июне 2025 года, с диагнозом кератопатии, развившейся после химического ожога роговицы.

В исследовании были включены 6 пациентов мужского пола с тяжёлой постожоговой кератопатией, сопровождавшейся выраженным снижением зрительных функций и значительными изменениями со стороны роговичной поверхности. Средний возраст пациентов составил 49 лет. Всем пациентам был имплантирован кератопротез Бостона.

Критериями включения являлись наличие помутнения роговицы с вовлечением оптической зоны, острота зрения не ниже светоощущения с правильной проекцией света, отсутствие активного воспалительного процесса в глазу. Оценивались острота зрения, состояние роговицы и внутриглазное давление.

Результаты исследования. До проведения оперативного вмешательства зрительные функции у всех пациентов были резко снижены. Максимально определяемой зрительной функцией являлось светоощущение, при этом предметное зрение отсутствовало. В ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов была отмечена положительная динамика зрительных функций. Средняя острота зрения по группе, рассчитанная на основании индивидуальных показателей всех 6 пациентов, составила 0,4.

Состояние роговичной поверхности в послеоперационном периоде также характеризовалось положительной динамикой. У всех пациентов было отмечено полное восстановление эпителиальной поверхности роговицы, стойкие эпителиальные дефекты отсутствовали.

До операции среднее значение внутриглазного давления составляло 13 мм рт. ст., в послеоперационном периоде – 17 мм рт. ст.

Имплантация кератопротеза Бостона при тяжёлой постожоговой кератопатии сопровождалась улучшением зрительных функций у всех пациентов (100%). Улучшение зрительных функций отмечалось у всех пациентов (100%), при этом средняя острота зрения по группе составила 0,4. Среднее внутриглазное давление увеличилось от 13 до 17 мм рт. ст.

В ближайшем послеоперационном периоде признаков развития или прогрессирования глаукомы не наблюдалось, необходимость в гипотензивной терапии отсутствовала.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности имплантации кератопротеза Бостона в восстановлении зрительной функции и обеспечении стабильного анатомо-функционального состояния глаза у пациентов с выраженными постожоговыми изменениями роговицы, а также их реабилитации.

Рашидзода Ф.Р., Махмадзода Ш.К., Шарипова Ф.Ф.
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ АТРОПИНИЗАЦИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ
МИОПИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить эффективность длительного применения глазных капель атропина низкой концентрации для замедления прогрессирования миопии у детей школьного возраста.

Материал и методы. Проанализированы результаты проспективных и рандомизированных исследований, посвящённых длительному применению глазных капель атропина. В исследованиях участвовали дети в возрасте от 6 до 18 лет с диагностированной миопией слабой, средней и высокой степени. Применялись низкие концентрации атропина (0,01-0,05%) в виде инстилляций 1 раз в сутки. Длительность наблюдения в разных исследованиях составляла от 2 до 5 лет.

Оценивались следующие показатели: острота зрения, сферический эквивалент, изменение осевой длины глаза, безопасность длительного применения препарата.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что длительное применение атропина оказывает значительное замедляющее влияние на прогрессирование миопии у детей. У детей, получавших атропин, средняя скорость изменения сферического эквивалента составила 0,20-0,35 дптр/год, тогда как в контрольной группе без лечения – 0,70-0,90 дптр/год. Увеличение осевой длины глаза было в среднем на 0,11 мм меньше по сравнению с контрольными группами. Наиболее выраженный терапевтический эффект отмечался при применении высоких концентраций (0,5-1%), однако низкие концентрации (0,01-0,05%) показали оптимальное сочетание эффективности и переносимости.

Низкие концентрации препарата хорошо переносились и позволяли проводить длительное лечение без значительных осложнений.

После отмены лечения у части пациентов отмечалось ускорение прогрессирования миопии в течение первого года после прекращения терапии. При применении низких концентраций атропина эффект сохранялся дольше.

В исследуемых группах терапия атропином позволяла снизить скорость изменения сферического эквивалента на 50-78%, а темпы увеличения осевой длины глаза на – 30-60% по сравнению с контрольными группами. Применение низких концентраций атропина оказывает положительное влияние не только на рефракционные показатели, но и на один из основных структурных параметров прогрессирования миопии – осевую длину глаза.

Длительное применение глазных капель атропина низкой концентрации 0,01-0,05% является эффективным методом контроля прогрессирующей миопии у детей и подростков. Полученные данные свидетельствуют о том, что регулярное применение препарата способствует замедлению прогрессирования миопии и позволяет контролировать основные показатели рефракционных изменений.

Выводы. Таким образом, применение препарата позволяет существенно замедлить ухудшение рефракции, снизить темпы роста осевой длины глаза и тем самым уменьшить риск дальнейшего прогрессирования миопии. Кроме того, использование низких концентраций атропина характеризуется хорошей переносимостью и меньшей выраженностью побочных эффектов, что имеет особое значение при необходимости длительной терапии у детей школьного возраста.

Ризоев Х.Х., Саъдуллозода Ф.С., Махсумов С.М.
МНОГОГРАФТНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ПАНУРЕТРАЛЬНЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность многографтной аугментационной уретропластики при пануретральных стриктурах уретры.

Материалы и методы. В исследование включены 35 пациентов с пануретральными стриктурами уретры, находившихся на лечении в урологическом отделении. Возраст больных составил от 24 до 75 лет. Всем пациентам выполнена многографтная аугментационная уретропластика с использованием слизистых трансплантатов. Оценка результатов проводилась на основании клинических симптомов, данных урофлоуметрии, уретрографии и необходимости повторных вмешательств. Эффективность лечения оценивалась через 3, 6, 12 и 24 месяца после операции.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде отмечено восстановление самостоятельного мочеиспускания у большинства пациентов. Эффективность хирургического лечения через 3 месяца составила 92%, через 6 месяцев — 87%, через 12 месяцев — 84%, а через 24 месяца — 78%.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечен рецидив в виде протяжённой рестриктуры. У 4 больных выявлено кольцевидное сужение в области проксимального выхода зоны аугментации, по поводу чего выполнена внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ). У 5 пациентов наблюдалось сужение наружного отверстия уретры (меатостеноз): у 2 из них произведена реконструкция местными лоскутами, у остальных выполнена меатотомия. Снижение эффективности в отдалённые сроки было связано преимущественно с развитием рестриктур и рубцовых изменений в зоне реконструкции. Большинство осложнений успешно корригировались малоинвазивными либо реконструктивными методами.

Выводы. Многографтная аугментационная уретропластика является эффективным методом лечения пануретральных стриктур уретры и позволяет достичь высоких функциональных результатов как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Несмотря на вероятность развития рестриктур и меатостеноза, большинство осложнений поддаются успешной коррекции. Метод может быть рекомендован в качестве операции выбора при протяжённых и рецидивных поражениях уретры.

Рустамзода Х.К., Зухуров Х.Д., Ворисов А.А.
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ОСЛОЖНЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ И ПЕЧЕНИ

ГУ «МК Истиклол». Таджикистан
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценка результатов диагностики и хирургического лечения сочетанного осложнённого эхинококкоза лёгких и печени.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 194 больных, оперированных в 2016–2026 гг. в ГУ «МК Истиклол». Мужчин было 116, женщин 78. Средний возраст больных составил 18–49 лет. Среди наших больных больше встречалось осложнений со стороны эхинококкоза лёгких – 144. (78%). Частыми осложнениями были прорыв эхинококковой кисты лёгкого в бронх, с кровохарканьем и нагноением в остаточной полости кисты – 106 (54%). У 2 (1%) больных отмечалось только кровохарканье без прорыва эхинококковой кисты в бронх. Прорыва эхинококковой кисты лёгкого в плевральную полость с гидропневмотораксом и развитием эхинококковой эмпиемы плевры отмечено у 22 (11,3%) больных. У 30 (1,5%) больных с эхинококковой кисты печени было осложнение по типу – нагноения кисты печени и прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость, причем в правую плевральную полость у 29 (14,9%) больных и в левую плевральную полость у 5 (2,6%) больных. У всех этих больных развивался эхинококковая – желчная эмпиема плевры. Среди наших больных в 10 (5,1%) случаях отмечено осложнениями поддиафрагмального эхинококкоза кисты печени в виде развития желчнобронхиального свища.

Результаты исследования. Из 194 оперированных 80% поступили с первичным и 17% – с рецидивным и резидуальным эхинококкозом. Чаще всего кисты локализовались в правом лёгком (61%), в нижней доле. У 48% больных с СОЭПЛ встречались осложнения со стороны кисты лёгких. Осложнения со стороны кист печени были меньше, в основном у больных с резидуальным или рецидивным поддиафрагмальным эхинококком в виде прорыва в плевральную полость или развития желчно – бронхиального свища. Выявлено, что одномоментная эхинококкэктомия лёгкого и печени торакофреникотомным доступом имеет преимущество перед поэтапной раздельной эхинококкэктомией. Нами в большинстве случаев этим доступом удалось выполнить радикальную эхинококкэктомию лёгкого и печени при одностороннем поражении в один этап. При этом также щадится психика больного и значительно уменьшаются экономические затраты. Все оперативные вмешательства заканчивались дренированием плевральной полости, поддиафрагмального пространства и остаточной полости печени, полихлорвиниловыми дренажами и вакуум-аспирацией.

Выводы. Таким образом, в результате расширенного применения рентгенографии, УЗИ, КТ возможно в ранних этапах диагностировать СОЭПЛ. При сочетанном эхинококкозе лёгких и печени более рациональным методом хирургического лечения является одномоментная симультанная эхинококкэктомия лёгкого и печени торакофреникотомным доступом. Строгое соблюдение принципов апаразитарности в хирургии сочетанного эхинококкоза лёгких и печени позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить продолжительность стационарного лечения и добиться хороших результатов у 96% больных.

Савяк М.А., Григорян О.Р., Михеев Р.К.
АНАЛИЗ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Отделение эндокринной гинекологии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии имени академика И.И.Дедова»
Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель исследования. Сравнить параметры овариального резерва у женщин репродуктивного возраста как с различной степенью ожирения, так и у женщин без ожирения.

Материалы и методы. В поперечное исследование включены 320 женщин европеоидной расы в возрасте 20–30 лет, разделённые на четыре группы в соответствии с критериями ВОЗ по индексу массы тела (ИМТ):

- без ожирения (ИМТ <30 кг/м², n = 80);
- ожирение I степени (ИМТ 30–34,9 кг/м², n = 80);
- ожирение II степени (ИМТ 35–39,9 кг/м², n = 80);
- ожирение III степени (ИМТ ≥ 40 кг/м², n = 80).

На 2–3-й день менструального цикла определяли сывороточные уровни АМГ, ФСГ, ЛГ, эстрадиола и общего тестостерона методом хроматомасспектрометрии. С помощью трансвагинального УЗИ оценивали объём яичников и количество антральных фолликулов (КАФ). Статистический анализ включал U-критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Выявлены статистически значимые различия уровней АМГ, тестостерона, объёма яичников и КАФ между группами женщин без ожирения и с ожирением (**p < 0,05**). Отмечено прогрессивное снижение этих показателей с увеличением степени ожирения: АМГ: 4,4 ± 0,79 нг/мл (без ожирения) против 1,9 ± 0,42 нг/мл (ожирение III степени).

Корреляции с ИМТ:

- АМГ – умеренная отрицательная ($r = -0,44$, **p < 0,05**),
- Объём яичников – умеренная отрицательная ($r = -0,36$, **p < 0,05**),
- КАФ – высокая отрицательная ($r = -0,84$, **p < 0,05**);
- Тестостерон – заметная положительная ($r = 0,62$, **p < 0,05**).

Все параметры оставались в пределах референсных значений, даже при ожирении III степени.

Выводы. Показатели овариального резерва прогрессивно снижаются по мере нарастания степени ожирения, однако остаются в пределах референсных значений. Для уточнения роли ожирения в снижении овариального резерва необходимы крупные многоцентровые исследования с учётом этнических и сопутствующих факторов

Садыкова З.Х.¹, Шарипов В.Ш.^{1,2}, Рахмонов Б.И.²

ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОМОМЕНТНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

¹ ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

² Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Показать возможности одномоментного комплексного рентгенологического, ультразвуковое (УЗИ) и компьютерно-томографическое (КТ) исследование в диагностике осложненных заболеваний толстой кишки.

Материал и методы. В лаборатории рентгенодиагностики Института гастроэнтерологии Министерство здравоохранения Республики Таджикистан и на кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии ТГМУ им. Абуали ибни Сино разработана и внедрена в практику методика комплексного одномоментного лучевого исследования органов брюшной полости. По данной методике обследовано 21 больных с различными заболеваниями толстой кишки.

Результаты исследования. В комплекс обследования пациентов так же были включены УЗИ брюшной полости и КТ. Средний возраст пациентов составил 51,5±3,5 года (от 26 до 75 лет); из них мужчин – 10, женщин – 11. Онкологические заболевания были выявлены у 45% пациентов, неонкологические – у 55%. Показаниями к выполнению одномоментных и последовательных рентгенологических исследований являлись: местнораспространённые опухоли толстой кишки у 8 пациентов (40 %), болезнь Крона – у 3 (15%), осложнённый дивертикулёз ободочной кишки – у 2 (10%) состояние после ранее выполненных оперативных вмешательств на толстой кишке – у 7 пациентов (35%), сочетание патологии толстой кишки с патологией урогенитальной зоны у одного пациента (5%). На основании анализа проведенных рентгенологических исследований был обоснованно определён алгоритм выполнения одномоментных исследований у больных с заболеваниями толстой кишки. Он включает в себя урографию, цистографию, фистулографию, ирригоскопию, исследование желудка и тонкой кишки, уретрографию. При отсутствии необходимости, выполнения какой - либо из методик порядок и последовательность выполнения остальных остаются прежними. Одномоментный метод снижает лучевую нагрузку на 20%, по сравнению с известными последовательными рентгенологическими исследованиями.

Выводы. Рентгенологический метод остаётся весьма эффективным в обследовании больных колопроктологического профиля. Одномоментное комплексное рентгенологическое исследование у больных с осложнёнными заболеваниями толстой кишки позволяет получить более качественную и более достоверную информацию о патологическом процессе, по сравнению с традиционной рентгенологической методикой.

ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

¹Кафедра офтальмологии и ²кафедра фтизиопульмонологии
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту возникновения и клинические формы проявления туберкулёза глаз у больных туберкулёзом лёгких и внутригрудных лимфатических узлов.

Материал и методы. Обследовано 98 больных туберкулёзом лёгких и лимфатических узлов, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в противотуберкулёзных учреждениях Республики Таджикистан. Возраст пациентов – от 14 до 38 лет. Туберкулёзная этиология заболевания глаз подтверждалась на основании пробы Манту, флюорографии, рентгенографии грудной клетки, а также клинической картины. Критерием включения в исследование служило наличие воспалительного заболевания сосудистого тракта глазного яблока.

Результаты исследования. Специфическое поражение органа зрения выявлено у 7 пациентов (7,1%) от общего числа обследованных. Распределение по клиническим формам туберкулёза лёгких и внутригрудных лимфатических узлов оказалось следующим:

- Диссеминированный туберкулёз: 35,7% (выявлен диссеминированный хориоретинит).
- Очаговый туберкулёз: 30,9% (очаговый и диссеминированный хориоретиниты).
- Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов: 26,1% (диссеминированный хориоретинит, хронический увеит).
- Милиарный туберкулёз: 7,1% (милиарный хориоретинит).

В подавляющем большинстве случаев диагностированы хориоретиниты; процесс в лёгочной ткани у большинства больных носил вялотекущий характер. На фоне комплексной противотуберкулёзной терапии (минимум 3 препарата) через 2–3 месяца отмечалась положительная офтальмоскопическая динамика.

Выводы. Туберкулёз глаз чаще всего сопутствует диссеминированному, очаговому туберкулёзу и туберкулёзу внутригрудных лимфатических узлов. Ввиду часто малосимптомного течения поражения сетчатки и сосудистой оболочки на ранних стадиях, всем больным туберкулёзом в РТ показано обязательное скрининговое офтальмологическое обследование.

Саидзода К.И., Саъдуллозода Б.С., Шарифзода Ф.Ш.

КТ-АНГИОСКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ПЕРЕД ЭКСПЛАНТАЦИЕЙ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

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

Цель исследования. Изучены 46 (100%) доноров, которым было проведено КТ-ангиосканирование почечных сосудов при подготовке к эксплантации почки в Республиканской клинической больнице р-на Дангара в 2025-2026 гг.

Материал и методы. Изучены 46 (100%) доноров, которым было проведено КТ-ангиосканирование почечных сосудов при подготовке к эксплантации почки в Республиканской клинической больнице р-на Дангара в 2025-2026 гг.

Результаты исследования. При изучении выявлено, что 27 (58,7%) пациентов составили женщины и 19 (41,3%) - мужчины. Средний возраст (в годах) у мужчин составил 26 ± 1 , а у женщин - 36 ± 1 . Из 46 (100%) пациентов с учётом индекса массы тела (ИМТ) у 5 (10,8%) было выявлено ожирение II степени, у 10 (21,7%) - I степени, у 31 (67,5%) ожирение отсутствовало. Также у 1 (2,2%) пациента был выявлен вирусный гепатит В, и, так как у реципиента также был выявлен гепатит В, была произведена эксплантация почки. Из 46 (100%) оперативных вмешательств в 31 (67,5%) случае была проведена нефрэктомия слева, в 15 (32,5%) - справа. В 6 (13%) случаях КТ-ангиосканирование не выявило добавочных вен (4 случая; 8,6%) и артерий (2 случая; 4,4%). КТ-ангиосканирование сосудов почки перед эксплантацией является достоверным методом определения анатомических особенностей и ангиоархитектоники почки.

Выводы. КТ-ангиосканирование почки перед эксплантацией даёт информацию о количестве и ходе почечных артерий и вен, а также позволяет выбрать сторону и технику нефрэктомии и снижает риск интраоперационного сосудистого осложнения.

Саидзода К.И., Саъдуллозода Б.С., Шарифзода Ф.Ш.

СЛУЧАЙ НЕУДАЛЁННОГО МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕНТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Цель исследования. Оценить состояние трансплантата после длительного нахождения мочеточникового сента.

Материал и методы. Анализ истории пациентки дисфункция нефротрансплантата, которой произведено в условиях отделения трансплантологии РКБ р. Дангары, трансплантация почки.

Результаты исследования. Пациентка М.М 2017г.р. поступила в отделение трансплантации органов и тканей человека с жалобами боль в области трансплантата иррадируются в паховую область вправо, снижение аппетита, дисурические расстройства. Из анамнеза выявлено, что примерно 1,5 года назад она проводила родственную трансплантацию почки справа. На 8-ой день после операции выписана в удовлетворительном состоянии. Систематические у пациентки проводились лабораторные и инструментальные исследования. Пациентке по протоколу рекомендовано

было удаление стента через месяц в условиях города Душанбе, так как в клинике до сих пор нет таких условий. Данная рекомендация пациентки и её родственниками было проигнорировано. На обзорная рентгенография и выявлено: мочеточниковый стент (JJ-стент). Признаков эмиграция стентов не выявлено. На данном УЗИ-трансплантата и анализ мочи выявлено признаки пиелонефрит трансплантата. Пациентка была направлена в г. Душанбе для удаления стента. После удаление стента проведено этиопатогенетическое лечение в результате все жалобы которого написано с верху исчезли. Состояние пациентки удовлетворительное. Пациентка выписана домой.

Выводы. Забытый мочеточниковый стент может дать грозные осложнения; пиелонефрит, цистит, гидронефроз, пионефроз, перфорация мочеточника и формирование свищ, стриктура линия анастомоз, гематурия. Сроки удаление стента при первичный заживление неоуретероцистоанастомоз т.е без затекание моча была 2-4 недели. При длительном нахождении стента повышает риск инфекции и образования солевых отложение, а также приводит к ухудшения функции трансплантата.

Саидов Д.Х., Махамадиев А.А., Муродов Ш.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЛАКЦИМА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата Нелаксим в комплексной терапии больных с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО).

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе сурдологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш» в период с 2025 по 2026гг. Под наблюдением находились 42 пациента с ХГСО в возрасте от 19 до 48 лет. Среди обследованных мужчин было 29, женщин — 13. Все пациенты поступали в стационар в период обострения хронического воспалительного процесса в среднем ухе. Диагноз устанавливался на основании анализа жалоб, анамнеза заболевания, данных оториноларингологического осмотра и результатов инструментальных методов исследования. Для определения характера патологических изменений в среднем ухе, оценки состояния барабанной перепонки, распространённости воспалительного процесса и степени нарушения слуховой функции пациентам проводили отомикроскопию, компьютерную томографию височных костей, камертональное исследование и тональную пороговую аудиометрию. Особое внимание при обследовании уделяли характеру и интенсивности гноетечения из наружного слухового прохода, состоянию слизистой оболочки барабанной полости, локализации и размерам перфорации барабанной перепонки, а также выраженности кондуктивной или смешанной тугоухости. В комплекс лечебных мероприятий включали стандартную терапию обострения ХГСО. На фоне базового лечения применяли Нелаксим согласно принятой схеме терапии. Эффективность лечения оценивали по динамике субъективных жалоб, объективной отомикроскопической картины и функциональных показателей слуха.

Результаты исследования. При поступлении в стационар основными жалобами пациентов являлись гнойные выделения из наружного слухового прохода, снижение слуха, боли и чувство дискомфорта в поражённом ухе. У части больных отмечались головная боль, периодическое повышение температуры тела, шум в ухе и головокружение. При отомикроскопическом исследовании у всех обследованных больных выявлялись патологические изменения барабанной перепонки. Наиболее характерным признаком являлось наличие перфоративного отверстия различного размера и локализации. А также отмечались гиперемия и инфильтрация краёв перфорации, отёчность слизистой оболочки среднего уха, наличие гнойного отделяемого в барабанной полости и наружном слуховом проходе. Результаты камертонального исследования у большинства пациентов указывали преимущественно на нарушение звукопроводения, что соответствовало наличию перфорации барабанной перепонки и патологическим изменениям среднего уха. По данным тональной пороговой аудиометрии у обследованных больных выявлялось снижение слуха различной степени выраженности. Важным критерием оценки эффективности проводимого лечения являлась динамика клинических проявлений в процессе терапии. На фоне комплексного лечения с применением Нелаксима наблюдалась тенденция к уменьшению выраженности местных воспалительных проявлений. В первую очередь отмечалось сокращение количества патологического отделяемого из наружного слухового прохода. Одновременно уменьшались гиперемия и отёчность слизистой оболочки, улучшалось состояние барабанной полости. По мере стихания воспалительного процесса у пациентов уменьшалась выраженность болевого синдрома и ощущения заложенности в ухе. У больных, предъявлявших жалобы на шум в ушах и головокружение, также отмечалась положительная клиническая динамика. Таким образом, включение Нелаксима в комплексную терапию было направлено прежде всего на более эффективное купирование воспалительного процесса и уменьшение выраженности клинических проявлений ХГСО в период обострения. Полученные результаты позволяют предположить, что применение Нелаксима в составе комплексной терапии может способствовать более быстрому купированию воспалительных проявлений ХГСО.

Выводы. ХГСО в стадии обострения сопровождается выраженным воспалительным процессом в среднем ухе, стойкой перфорацией барабанной перепонки и нарушением слуховой функции различной степени выраженности. Включение Нелаксима в комплексную терапию больных ХГСО сопровождается положительной клинической динамикой, прежде всего уменьшением выраженности воспалительных проявлений и количества патологического, отделяемого из уха. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования Нелаксима в составе комплексного лечения больных ХГСО в период обострения. При этом для окончательной оценки эффективности метода необходимо учитывать динамику объективных клинических и аудиологических показателей.

Саидова А.Н., Мамадёкубова Д.Д., Баротова С.Х.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить возрастные особенности распространения и локализации наружного генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. В проспективное клиническое исследование включены 360 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 260 пациенток с эндометриозом (72,2%), контрольную — 100 пациенток без клинических и инструментальных признаков эндометриоза (27,8%). В основной группе пациентки были распределены на три возрастные подгруппы: ранний репродуктивный возраст — 18–30 лет, 60 пациенток (23,1%); средний репродуктивный возраст — 31–40 лет, 100 пациенток (38,5%); поздний репродуктивный период — 41–49 лет, 100 пациенток (38,5%).

Всем пациенткам проводилось комплексное ультразвуковое исследование органов малого таза с оценкой матки, яичников, брюшины и прилежащих анатомических структур. Дополнительно оценивались почки для выявления возможного экстрагенитального распространения процесса. Полученные данные сопоставлялись с результатами оперативного вмешательства и патоморфологического исследования.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток с эндометриозом составил $37,1 \pm 7,3$ года, в контрольной группе — $35,9 \pm 6,7$ года. Статистически значимой зависимости между возрастом и фактом наличия эндометриоза выявлено не было.

Анализ репродуктивной функции выявил возрастные особенности нарушений фертильности. В группе раннего репродуктивного возраста первичное бесплодие отмечено у 11 пациенток (18,3%), вторичное — у 21 пациентки (35,0%). В группе среднего репродуктивного возраста первичное бесплодие выявлено у 51 пациентки (51,0%), вторичное — у 17 (17,0%). В позднем репродуктивном периоде первичное бесплодие диагностировано у 18 пациенток (18,0%), вторичное — у 48 (48,0%).

По данным ультразвукового исследования, глубокий инфильтративный эндометриоз чаще выявлялся у пациенток молодого и среднего репродуктивного возраста. Для этих групп было характерно более выраженное поражение яичников и брюшины малого таза, а также наличие множественных инфильтративных очагов. В позднем репродуктивном периоде инфильтративные очаги встречались реже и имели меньшие размеры, однако увеличивалась доля изолированных кишечных поражений. Сопоставление результатов ультразвукового исследования с оперативными и морфологическими данными показало высокую диагностическую информативность метода. Чувствительность УЗИ составила 100%, специфичность — от 90% до 100% в зависимости от локализации очага и стадии заболевания.

Выводы. Наружный генитальный эндометриоз характеризуется возрастными особенностями клинического течения и распространённости патологического процесса. У пациенток молодого и среднего репродуктивного возраста чаще выявлялись глубокие инфильтративные формы с поражением яичников и брюшины малого таза. В позднем репродуктивном периоде отмечалось уменьшение размеров и количества инфильтративных очагов при увеличении доли изолированных кишечных поражений.

Комплексное ультразвуковое исследование обладает высокой диагностической ценностью: чувствительность метода составила 100%, специфичность — 90–100%. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования УЗИ для оценки локализации и распространённости эндометриоза на дооперационном этапе.

Саидова Ф.Ф., Махмудназаров М.И., Рахимзода Ш.Ш.
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЁБА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА

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

Цель исследования. Изучить особенности микробного пейзажа полости носа и носоглотки у детей с врождёнными расщелинами нёба при хроническом аденоидите и оценить динамику микрофлоры после проведения консервативного лечения.

Материал и методы. Обследовано 40 детей в возрасте от 3 до 14 лет с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, у которых диагностирован хронический аденоидит. Всем пациентам проводилось комплексное оториноларингологическое обследование, включавшее сбор анамнеза, оценку носового дыхания, переднюю риноскопию и фарингоскопию. Для оценки микробного пейзажа проводили микробиологическое исследование отделяемого из полости носа и носоглотки. Забор материала осуществляли стерильными тампонами до начала лечения. После этого пациентам проводили курс консервативной терапии хронического аденоидита, включавший санацию полости носа, промывание изотоническими растворами, местную противовоспалительную терапию и другие мероприятия по показаниям. Повторное микробиологическое исследование проводили через 3–4 недели после завершения лечения. Полученные результаты сравнивали с исходными показателями.

Результаты исследования. При первичном микробиологическом исследовании у большинства обследованных детей отмечались изменения микробного пейзажа полости носа и носоглотки. Наиболее часто выявлялись представители условно-патогенной микрофлоры, преимущественно *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Corynebacterium* spp. и *Naemophilus* spp. У 24 (60,0%) обследованных детей выявлялась условно-патогенная микрофлора в полости носа, у 27 (67,5%) — в носоглотке. У части пациентов определялись микробные ассоциации, представленные двумя и более

видами микроорганизмов. После проведённого консервативного лечения отмечалась положительная динамика клинических проявлений заболевания: уменьшалась заложенность носа, снижалось количество патологического отделяемого из носа, улучшалось носовое дыхание и уменьшались признаки воспаления слизистой оболочки носоглотки. При повторном микробиологическом исследовании через 3–4 недели после лечения частота выявления условно-патогенных микроорганизмов снизилась. В полости носа они выявлялись у 15 (37,5%) детей, в носоглотке — у 17 (42,5%) пациентов. Одновременно отмечалось уменьшение количества микробных ассоциаций. Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась у детей, у которых до лечения преобладала монокультура условно-патогенных микроорганизмов. У пациентов с выраженной гипертрофией аденоидной ткани и сохраняющимся нарушением носового дыхания изменения микробного пейзажа были менее выраженными. Таким образом, проведённое исследование показало, что хронический воспалительный процесс в носоглотке у детей с врождёнными расщелинами нёба сопровождается изменением микробного пейзажа полости носа и носоглотки. На фоне адекватной консервативной терапии наблюдается уменьшение количества условно-патогенных микроорганизмов и постепенная нормализация микробиоценоза.

Вывод. У детей с врождёнными расщелинами нёба и хроническим аденоидитом выявляются количественные и качественные изменения микробного пейзажа полости носа и носоглотки с преобладанием условно-патогенной микрофлоры. Консервативное лечение хронического аденоидита сопровождается положительной клинической динамикой и снижением частоты выявления условно-патогенных микроорганизмов. Микробиологическое исследование может быть дополнительным методом оценки эффективности лечения и состояния слизистой оболочки верхних дыхательных путей у данной категории пациентов.

Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА ДО И ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

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

Цель исследования. Изучить особенности микробного пейзажа полости носа и носоглотки у детей с врождёнными расщелинами нёба, оценить качественный и количественный состав микрофлоры и определить характер её изменений в различные сроки после проведения уранопластики.

Материал и методы. Исследование проведено на базе детской челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Под наблюдением находились 44 ребёнка в возрасте от 3 до 17 лет с врождённой расщелиной губы и нёба, ранее перенёсших первичную уранопластику. Среди обследованных было 25 (56,8%) мальчиков и 19 (43,2%) девочек. В зависимости от возраста и сроков, прошедших после оперативного лечения, пациенты были распределены на возрастные и клинические группы. Всем детям проводили комплексное оториноларингологическое обследование, включавшее сбор анамнеза, оценку жалоб, переднюю риноскопию, фарингоскопию и отоскопию. Особое внимание уделяли состоянию носового дыхания, наличию патологического отделяемого из полости носа, храпа, частых эпизодов респираторных заболеваний и признаков хронического воспаления носоглотки.

Результаты исследования. При клиническом обследовании у 27 (61,4%) детей отмечались эпизоды затруднённого носового дыхания различной степени выраженности, у 18 (40,9%) — периодическое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из полости носа, у 15 (34,1%) — ночной храп. Признаки хронического воспалительного процесса в носоглотке выявлялись у 17 (38,6%) обследованных. У части пациентов отмечалось сочетание двух и более указанных симптомов. При бактериологическом исследовании условно-патогенная и патогенная микрофлора была выявлена у 37 (84,1%) детей. Наиболее часто выделялись микроорганизмы рода *Staphylococcus* — у 25 (56,8%) пациентов и *Streptococcus* spp. — у 19 (43,2%). Представители семейства *Enterobacteriaceae* выявлены у 11 (25,0%) детей, *Corynebacterium* spp. — у 9 (20,5%), *Candida* spp. — у 8 (18,2%). В отдельных случаях выявлялось сочетание нескольких видов микроорганизмов. Микробные ассоциации обнаружены у 14 (31,8%) обследованных детей. Бактериально-бактериальные ассоциации выявлены у 10 (22,7%), бактериально-грибковые — у 4 (9,1%) пациентов. Наиболее часто встречались сочетания *Staphylococcus* spp. со *Streptococcus* spp., а также ассоциации стафилококков с дрожжеподобными грибами рода *Candida*. При анализе микробиологической картины в зависимости от сроков после уранопластики установлено, что в более ранние сроки после оперативного вмешательства изменения микробного пейзажа выявлялись чаще. Микробные ассоциации в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 8 (36,4%) детей, тогда как при более длительном сроке после операции — у 6 (27,3%). Частота выявления *Staphylococcus* spp. составила соответственно 59,1% и 54,5%, *Streptococcus* spp. — 45,5% и 40,9%.

Вывод. У детей с врождёнными расщелинами нёба после уранопластики сохраняются изменения микробного пейзажа полости носа и носоглотки, характеризующиеся высокой частотой выявления условно-патогенной микрофлоры и микробных ассоциаций. Наиболее часто обнаруживаются представители родов *Staphylococcus* и *Streptococcus*, реже — *Enterobacteriaceae*, *Corynebacterium* и *Candida* spp. В послеоперационном периоде отмечается тенденция к снижению частоты микробных ассоциаций, однако полная нормализация микробиоценоза происходит постепенно. Комплексное оториноларингологическое и микробиологическое обследование детей с врождёнными расщелинами нёба целесообразно использовать для оценки состояния слизистых оболочек и своевременного выявления факторов риска хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ МЕТОДОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 имени профессора Нарзуллаевой Е.Н.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. С использованием цифровых методов статистического анализа выявить клинико-демографические факторы, ассоциированные с врожденными пороками развития (ВПР) плода, и оценить возможности их применения для ранней стратификации риска.

Материал и методы. Проведен анализ данных 241 беременной: 104 составили контрольную группу и 137 — группу ВПР. Статистическую обработку выполняли в цифровой среде R 4.5.2. Количественные показатели представлены в виде Ме [Q1–Q3], качественные – n (%). Для межгруппового анализа использовали U-критерий Манна–Уитни, критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера. Для выявления независимых факторов применяли многофакторную логистическую регрессию с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ). Дополнительно использовали пуассоновскую регрессию с робастной оценкой дисперсии для определения относительного риска (ОР). Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При исходном сравнении групп статистически значимых различий по возрасту матери и мужа, а также по частоте экстрагенитальных заболеваний не выявлено ($p > 0,05$). В группе ВПР отмечались более высокий индекс массы тела (ИМТ) – 23,4 (20,6–27,0) против 22,1 (20,0–23,5) кг/м² ($p = 0,001$), высокий паритет ($p = 0,006$), более редкая постановка на учет до 11 недель – 55,9% против 71,2% ($p = 0,015$), а также более высокая частота близкородственного брака – 20,1% против 7,7% ($p = 0,007$).

В структуре ВПР преобладали пороки центральной нервной системы, наиболее частой нозологией являлась гидроцефалия – 21,2%. После коррекции множественных сравнений статистически значимых различий по отдельным категориям ВПР не установлено.

Цифровое многофакторное моделирование выявило независимые ассоциации ИМТ (ОШ=1,13; 95% ДИ 1,04-1,22; $p = 0,002$), паритета (ОШ=1,35; 95% ДИ 1,04-1,74; $p = 0,023$) и близкородственного брака (ОШ=2,69; 95% ДИ 1,06-6,83; $p = 0,037$) с принадлежностью к группе ВПР. Ранняя постановка на учет до 11 недель ассоциировалась со снижением шансов принадлежности к группе ВПР (ОШ=0,44; 95% ДИ 0,24–0,81; $p = 0,008$).

Аналогичное направление эффектов подтверждено пуассоновской регрессией: ИМТ (ОР=1,04; $p = 0,001$), паритет (ОР=1,10; $p = 0,013$) и близкородственный брак (ОР=1,35; $p = 0,025$) были связаны с повышением риска, а ранняя постановка на учет – со снижением риска (ОР=0,72; $p = 0,005$).

Выводы. Применение цифровых методов статистического моделирования позволило выявить устойчивый комплекс факторов, ассоциированных с ВПР плода: повышенный ИМТ, больший паритет и близкородственный брак, тогда как ранняя постановка на учет ассоциировалась со снижением риска. Совпадение направления основных эффектов в логистической и пуассоновской моделях подтверждает устойчивость полученных ассоциаций. Полученные результаты демонстрируют перспективность цифрового анализа клинических данных для ранней стратификации риска ВПР и разработки алгоритмов персонализированного пренатального наблюдения.

Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Каримов П.Ш.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ПОДХОДА

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

Цель исследования. Совершенствование диагностики и хирургической тактики при перфоративных гастродуоденальных язвах (ПГДЯ) с определением показаний к применению миниинвазивных технологий для улучшения непосредственных результатов лечения и профилактики рецидива язвенной болезни.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 116 пациентов с ПГДЯ, находившихся на лечении в ГУ ГЦСМП г. Душанбе. Мужчины составили 94 (81%) пациента, женщины – 22 (19%). Средний возраст больных существенно различался в зависимости от локализации язвенного дефекта: при дуоденальной перфорации он составил 43 года, при желудочной – 68 лет. На основании клинических и инструментальных данных дооперационная диагностика была установлена у 96 (82,8%) пациентов. В 13 (11,2%) случаях отмечалось атипичное течение заболевания, существенно затруднявшее верификацию диагноза.

Результаты исследования. После проведения кратковременной предоперационной подготовки у 78,5% пациентов выполнены миниинвазивные хирургические вмешательства с учетом технических возможностей и оснащенности клиники. Сравнительная оценка показала клинические преимущества видеолaparоскопического ушивания перфоративного язвенного дефекта, проявлявшиеся снижением операционной травмы и более благоприятным течением раннего послеоперационного периода. Комплексное лечение с последующим проведением интенсивной антисекреторной и эрадикационной терапии способствовало снижению риска ранних послеоперационных осложнений и сокращению продолжительности госпитализации. Важным компонентом лечения являлось обеспечение преемственности между стационарным и амбулаторным этапами с последующим наблюдением хирургом и гастроэнтерологом.

Выводы. Видеолaparоскопическое ушивание перфоративного язвенного дефекта является эффективным и малотравматичным методом хирургического лечения ПГДЯ при условии своевременной диагностики и выполнения вмешательства. Оптимальный объем операции необходимо определять индивидуально с учетом механизма и сроков перфорации, выраженности перитонита, морфологических характеристик язвы, степени операционно-анестезиологического риска и коморбидного статуса пациента.

Сайдалиев Ш.Ш., Каримов П.Ш., Назаров Х.Ш.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Цель исследования. Определить показания к нестандартной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Материал и методы. Анализированы результаты нестандартных ЛХЭ у 89 пациентов с ОКХ в возрасте 58-84 лет, у которых на фоне коморбидности имелся высокий операционно-анестезиологический риск которые были госпитализированы в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» с 2016 по 2022 гг. По показаниям были применены нестандартные ЛХЭ, как ЛХЭ от дна (n=29), субтотальная ЛХЭ (n=15) и ЛХЭ по Прибраму (n=6), по предложенной авторами методике. Оценка тяжести состояния пациентов и определение степени риска была оценена по Упрощенной шкале оценки острых функциональных изменений – SAPS II.

Результаты исследования. Тяжесть состояния пациентов по шкале SAPS II составила в среднем $31,9 \pm 1,6$ баллов. В 10 (11,2%) случаях у пациентов наблюдениях с суммой баллов от 30 до 32 и предположительным риском смерти $10,8 \pm 0,4\%$, операция была начата лапароскопически с использованием минимального давления в брюшной полости, однако, в связи с некупируемой аритмией во время операции у 3 больных – был вынужденный переход на лапаротомию. В остальных случаях удалось произвести разные варианты ЛХЭ. Послеоперационные осложнения отмечены в 8 (9,0%) случаях. В 8 (9,0%) случаях, что проявилось нагноением троакарных ран (n=1), желчеистечением (n=2), тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии (n=1) и развитием гипостатической пневмонии (n=4). Наш небольшой опыт показал, что субтотальная ЛХЭ у больных с тяжелыми общими состояниями должна быть выполнена при наличии выраженных воспалительных изменений в области как шейки желчного пузыря, так и гепато-дуоденальной связки, синдрома Мирizzi, давности ОКХ более 5 суток, а также печеночной недостаточности на почве как цирроза и портальной гипертензии.

Выводы. Пациентам с острым калькулезным холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском, требуется индивидуальная хирургическая тактика. При этом шкала SAPS II помогает выбрать наиболее рациональный способ оперативного лечения. Различные варианты ЛХЭ позволяют малотравматично оперировать этого тяжелого контингента больных, с хорошими результатами.

Сайфиддинзода М.Б., Нуриддинов Ч.А., Давлатова М.П.
МУОЛИЧАИ ШУОИИ САРАТОНИ ПЊСТ ДАР ТОЧИКИСТОН: РАВИШИ МАЧМУЙ

Кафедра рентгенология ва радиологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши нақш ва нишон додани мавқеи муолиҷаи шуоии табобати саратони пӯст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, таҳияи методологӣ оид ба синну соли беморон, марҳилаи беморӣ, сохтори морфологӣ ва мавқеи ҷойгиршавии омос.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар бораи 1049 нафар бемори гирифтори саратони пӯст, муолиҷаи шуоиро дар речаҳои гуногуни табобат –монотабобат, табобати якҷоя ва мачмӯй гирифтаанд, гузаронида шуд. Бо мақсади муқоисаи минбаъдаи натиҷаҳои табобат беморон ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд: - гурӯҳи 1 (n=527 – 50,23 %) – бемороне, ки аз рӯйи барномаи радикалӣ терапияи радиатсионӣ гирифтаанд – беморони гирифтори марҳилаҳои T1-2N0M0 саратони пӯст; Гурӯҳи дуюм (n=522 –49,76%) бемороне буданд, ки барои марҳилаҳои T3-4N0-1-2-3M0-1 саратони пӯст табобати якҷоя ё мачмӯй гирифтаанд. Аз шумораи умумии беморони таҳқиқшуда ба 283 (26,97 %) бемор, ки имкони табобати радикалӣ тамом шуда буд, муолиҷаи паллиативии шуӣ гузаронида шуд. Ин беморон дар давоми табобат ва баъд аз табобат авҷгирии беморию аз сар мегузарониданд ва такроршавии омосҳои авориз ошкор карда шуданд. Аз байни 1049 бемори таҳқиқшуда натиҷаҳои муолиҷаи шуоии саратони пӯст дар 32 (3,05 %) бемори куҳансол ва инчунин 24 (2,28 %) бемори саратони пӯсти мубталои коронавирӯс (COVID-19) омӯхта шуд. Омӯзиши таркиби синну соли беморони гирифтори саратони пӯст (n=1049) нишон дод, ки хурдтарин бемор 24-сола, куҳансолтарин бемор 104-сола будааст. Аз шумораи умумии беморони таҳқиқшуда (n=1049), саратони пӯсти дорои ҳуҷайраи ҳамвор дар 561 (53,49 %) ҳолат, аз ҷумла 315 (56,14 %) мард ва 246 (43,86 %) зан ташхис шудааст. Дар 488 (46,52 %) бемор, аз ҷумла 322 (65,98 %) мард ва 166 (34,02 %) зан саратони пӯсти дорои ҳуҷайраҳои базалӣ дар шаклҳои гуногун ташхис карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Нишондиҳандаҳои бадастомада, эътимодона ба он ишора мекунанд, ки дар 237 (44,97 %) бемори таҳқиқшуда аз рӯйи барномаи радикалӣ дар речаи монотерапия барои марҳилаҳои T1-2N0M0 саратони пӯст табобати нури истифода шудааст; дар 204 (19,45 %) бемори дар речаи неoadъюванти терапияи пеш аз ҷарроҳӣ, дар 60 (5,72 %) дар шакли терапияи химиотерапия, дар 84 (8,0 %) бемор ҳамчун ҷузъи табобати комплексӣ (ТГТ+ҷарроҳӣ+химиотерапия) истифода шудааст. Давраи муолиҷаи шуӣ. Давомнокии курси муолиҷаи шуӣ дар беморони таҳқиқшуда 4-7 ҳафта (13, 15, 17, 20 рӯз)-ро ташкил дод. марҳилаи T1N0M0 саратони пӯст муолиҷаи шуӣ аз рӯйи барномаи радикалӣ бо ВЯМ – 2 Гр, ВУМ – 30 Гр анҷом дода шудааст. Беморон 2-3 ҳафта танаффус дода шуда, баъд аз он муолиҷаи шуӣ 15 рӯзи дигар бо ВЯМ – 2 Гр, ВУМ – 30 Гр идома дода шудааст. Ҳамин тариқ, ВУМ 60 Гр (n = 284)-ро ташкил дода буд. Гурӯҳи дигари беморони гирифтори саратони пӯст дар марҳилаи бармаҳал –T2N0M0 дар давоми 13 рӯз муолиҷаи шуиро бо ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 40 Гр гирифтанд. Беморон дар давоми 6 моҳ таҳти назорати динамиқӣ қарор доштанд (n = 243). Дар гурӯҳи навбатӣ (n=323) беморони гирифтори марҳилаи T3N0-1M0-1 аз рӯйи нишондодҳои гуногун дар давоми 10 рӯз аз рӯйи нақша бо ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр муолиҷаи шуӣ гирифтанд. Баъд беморон муддати 2-3 ҳафта танаффус гирифта, баъд аз он боз 10 рӯзи дигар муолиҷаи шуиро аз рӯйи нақшаи ВЯМ – 3 Гр, ВУМ – 30 Гр давом доданд.

Хулоса. Усули нави пешгириш ва таъботи аворизи баъди муолиҷаи шуой пайдошуда пешниҳод карда шуд. Бо интиҳоби муносиб ва гузаронидани муолиҷаи самараноки шуой зиндамонии умумии 5-солаи беморони марҳилҳои T1-2N0M0 ба 97% ва беморони марҳилаҳои баъдии беморӣ T3-4N0-1-2-3M0-1 ба 78% мерасад.

Салиева С.А.

ВЛИЯНИЕ NIRS-МОНИТОРИНГА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Оценить влияние целенаправленного мониторинга церебральной оксигенации методом ближней инфракрасной спектроскопии (NIRS), интегрированного с расширенным гемодинамическим мониторингом, на частоту периоперационных неблагоприятных событий у пациентов, оперированных по поводу аневризм восходящего отдела и дуги аорты.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ результатов анестезиологического пособия и интенсивной терапии у 54 пациентов: 36 пациентов группы сравнения оперированы по стандартному протоколу, 18 пациентов основной группы — с интраоперационным мониторингом NIRS и целенаправленной коррекцией инфузионно-трансфузионной и вазоактивной терапии на основании его данных. Оценивались интраоперационные параметры, показатели волемической нагрузки, структура и дозировки инотропной/вазопрессорной поддержки, динамика лабораторных показателей, а также интраоперационные гемодинамические параметры. Конечными точками служили частота гипоксемии ($SpO_2 < 92\%$ или $PaO_2 < 80$ мм рт. ст.), частота потребности в инотропной/вазопрессорной поддержке, частота эпизодов гипо-/гиперкапнии, частота неврологических осложнений, длительность ИВЛ и длительность пребывания в ОРИТ.

Результаты исследования. Продолжительность ИК ($228 \pm 10,7$ против $220 \pm 12,07$ мин; $p=0,62$), время окклюзии аорты ($124 \pm 6,6$ против $118 \pm 9,2$ мин; $p=0,59$) и длительность циркуляторного ареста ($37 \pm 3,8$ против $40 \pm 4,8$ мин; $p=0,62$) не различались между группами. Показатели волемической нагрузки были сопоставимы: объём кристаллоидов ($1526,2 \pm 113,8$ против $1505,9 \pm 66,7$ мл; $p=0,878$), общий объём внутривенной инфузии ($2744,5 \pm 229,2$ против $2302,4 \pm 66,2$ мл; $p=0,069$), диурез ($2044,4 \pm 172,0$ против $1723,5 \pm 82,3$ мл; $p=0,098$), кровопотеря ($482,7 \pm 85,4$ против $482,4 \pm 28,7$ мл; $p=0,122$) и водный баланс ($427,9 \pm 79,0$ против $365,8 \pm 41,9$ мл; $p=0,513$). В структуре инотропной поддержки в основной группе не потребовалось применения допамина (0% против 13,9%; $p=0,15$) и адреналина (0% против 13,9%; $p=0,15$), а средняя доза допамина в группе сравнения составила $5,3 \pm 0,29$ мкг/кг/мин против полного отсутствия использования в основной группе ($p < 0,001$). Доза добутамина имела тенденцию к снижению в основной группе ($5,6 \pm 1,12$ против $9,0 \pm 2,13$ мкг/кг/мин; $p=0,163$). Лабораторные показатели к концу операции (гемоглобин, гематокрит, лактат) значимо не различались между группами ($p > 0,05$). В основной группе зарегистрировано статистически значимое снижение частоты гипоксемии — 33,3% против 66,7% в группе сравнения ($p=0,043$), и потребности в инотропной/вазопрессорной поддержке — 27,8% против 61,1% ($p=0,044$). Частота эпизодов гипо-/гиперкапнии не имела значимых различий (38,9% против 58,3%; $p=0,290$). Неврологические осложнения встречались реже в основной группе (22,2% против 41,7%), однако без достижения статистической значимости ($p=0,268$). Длительность ИВЛ сократилась с 45,4 до 23,1 ч ($p=0,022$), длительность пребывания в ОРИТ — с 60,9 до 38,1 ч ($p=0,001$).

Выводы. Применение целенаправленного интраоперационного мониторинга церебральной оксигенации (NIRS) в сочетании с расширенным гемодинамическим мониторингом при хирургии аневризм восходящего отдела и дуги аорты ассоциировано с достоверным снижением частоты гипоксемии и потребности в инотропной/вазопрессорной поддержке, а также с сокращением длительности ИВЛ и пребывания в ОРИТ.

Салимов Дж.С.¹, Холматов П.К.², Умарова З.Д.³

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

²Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

³Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов со спаечной кишечной непроходимостью путем совершенствования диагностического алгоритма и дифференцированного выбора консервативной или хирургической тактики с учетом клинико-лабораторных и лучевых предикторов неэффективности консервативного лечения.

Материал и методы. В гипотетическую модель исследования включены 120 пациентов со спаечной тонкокишечной непроходимостью в возрасте 19–78 лет. В зависимости от эффективности первоначальной консервативной терапии пациенты распределены на группу успешного консервативного лечения ($n=72$) и группу, потребовавшую оперативного вмешательства ($n=48$). Оценивали выраженность болевого синдрома, наличие рвоты и задержки стула и газов, частоту сердечных сокращений, уровень лейкоцитов, С-реактивного белка, данные ультразвукового исследования и КТ органов брюшной полости. Анализировали наличие свободной жидкости, выраженность дилатации тонкой кишки, признаки закрытой петли и ишемических изменений. Для сравнения использовали χ^2 -критерий Пирсона, точный критерий Фишера, t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна–Уитни. Факторы риска оценивали с расчетом отношения шансов (OR) и 95% ДИ; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Консервативная терапия оказалась эффективной у 72 (60,0%) пациентов, тогда как 48 (40,0%) потребовали оперативного лечения. Средняя продолжительность госпитализации составила $5,8 \pm 2,1$ дня при успешном консервативном лечении и $10,4 \pm 4,6$ дня у оперированных пациентов ($p < 0,001$). Свободная жидкость по данным КТ выявлена у 14 (19,4%) пациентов с эффективным консервативным лечением и у 29 (60,4%) пациентов, подвергнутых операции (OR=6,35; 95% ДИ 2,65–15,21; $p < 0,001$). Полная кишечная непроходимость наблюдалась соответственно у 9 (12,5%) и 23 (47,9%) пациентов (OR=6,42; 95% ДИ 2,55–16,17; $p < 0,001$). Отсутствие поступления водорастворимого контраста в толстую кишку через 24 часа отмечено у 8 (11,1%) пациентов первой и у 25 (52,1%) второй группы (OR=8,72; 95% ДИ 3,43–22,15; $p < 0,001$). Повышение уровня лейкоцитов $>12 \times 10^9/\text{л}$ отмечено у 11 (15,3%) и 21 (43,8%) пациентов соответственно (OR=4,30; 95% ДИ 1,80–10,26; $p=0,001$). Наиболее неблагоприятное сочетание признаков — полная непроходимость, свободная жидкость по КТ и отсутствие контраста в толстой кишке через 24 часа — ассоциировалось с высокой вероятностью необходимости операции. После хирургического лечения резекция тонкой кишки потребовалась 9 (18,8%) пациентам; послеоперационные осложнения развились у 6 (12,5%) больных.

Выводы. Дифференцированная оценка клинических, лабораторных и КТ-признаков позволяет своевременно выделять пациентов с высоким риском неэффективности консервативной терапии. Наиболее значимыми гипотетическими предикторами необходимости хирургического лечения являлись отсутствие продвижения водорастворимого контраста в толстую кишку через 24 часа, наличие свободной жидкости по данным КТ и полная кишечная непроходимость. Использование комплексного диагностического алгоритма позволяет обосновать раннюю хирургическую тактику у пациентов с высоким риском осложненного течения.

Салимов Х.Г., Салихов Д.Н., Абдуллозода Н.Х.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ СТРИКТУР УРЕТРЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНЫХ ДАННЫХ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Определить анатомические, клинические и ятрогенные факторы риска рецидива стриктуры уретры после реконструктивно-пластических вмешательств.

Материал и методы. Проведен систематический анализ литературы с использованием баз данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. В анализ включены результаты крупных многоцентровых исследований и метаанализов ведущих мировых центров реконструктивной урологии, охватывающие более 3500 пациентов, перенесших различные виды уретропластики (анастомотическую и заместительную буккальным графтом). Оценивалось влияние этиологии, локализации, протяженности стриктуры, предшествующего лечения и коморбидного фона пациента на частоту безрецидивного течения (stricture-free rate) в отдаленном периоде (более 5 лет).

Результаты исследования. Международная статистика демонстрирует, что общая эффективность открытой уретропластики составляет 85–90%, однако риск рецидива сохраняется. На основе метаанализов установлено, что сужения длиной более 4–5 см повышают риск рецидива в 1,5–2 раза по сравнению с короткими стриктурами (до 2 см) из-за большей площади ишемизированных тканей. Пануретральные стриктуры и поражения пенильного отдела имеют достоверно более высокую частоту неудач (до 20–25% рецидивов) по сравнению с бульбозным отделом (10–12%), что обусловлено особенностями кровоснабжения спонгиозного тела. Коморбидный фон в виде сахарного диабета, тяжелого ожирения (ИМТ > 30) и табакокурения достоверно нарушает микроциркуляцию, снижая приживаемость графта на 15–18%. Ятрогенный фактор также играет критическую роль: доказано, что более двух безуспешных внутренних оптических уретротомий (ВОУТ) в анамнезе фатально ухудшают качество ткани за счет выраженного спонгиоза, увеличивая риск неудачи последующей пластики на 30–35%.

Выводы. Международный опыт свидетельствует, что успех лечения зависит не только от техники операции, но и от учета предикторов рецидива. Многократные эндоскопические вмешательства должны быть исключены из практики, так как они истощают кровоснабжение уретры. Пациентам группы высокого риска требуется персонализированный подход и информирование о возможной необходимости двухэтапного лечения.

Салимов Х.Г., Мустафакулов С.С., Сидиков А.Ш.

РОЛЬ УРОФЛОУМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Кафедра урологии имени профессора А.С. Осими ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.; Таджикистан
ГУ «Республиканский урологический центр» Республики Таджикистан.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость урофлоуметрии в выявлении инфравезикальной обструкции и функциональных нарушений нижних мочевых путей.

Материал и методы. Обследованы 11 мужчин в возрасте 45–75 лет с симптомами нарушения мочеиспускания. Основную группу составили 7 пациентов с клинико-инструментальными признаками инфравезикальной обструкции, из них 4 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и 3 — со стриктурой уретры. Контрольную группу составили 4 практически здоровых мужчины соответствующего возраста без выраженных нарушений мочеиспускания.

Всем пациентам проводили сбор анамнеза, оценку симптомов по шкале IPSS, физикальное обследование, общий анализ мочи, определение простат-специфического антигена, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря и

предстательной железы с определением объёма остаточной мочи. Основным методом исследования являлась урофлоуметрия с оценкой максимальной скорости мочеиспускания ($Q_{\max}$), средней скорости потока мочи (Q_{ave}), объёма выделенной мочи, продолжительности мочеиспускания и характера урофлоуметрической кривой.

Результаты исследования. У пациентов основной группы выявлено выраженное снижение показателей урофлоуметрии по сравнению с контрольной группой. Среднее значение максимальной скорости потока мочи ($Q_{\max}$) составило $8,6 \pm 2,4$ мл/с у пациентов с ДГПЖ и $7,9 \pm 2,1$ мл/с при стриктуре уретры, тогда как в контрольной группе данный показатель составлял $18,7 \pm 3,2$ мл/с. Наиболее выраженное снижение $Q_{\max}$ наблюдалось у пациентов со стриктурой уретры.

Объём остаточной мочи в основной группе был выше и в среднем составлял 126 ± 54 мл против 38 ± 18 мл в контрольной группе. У 5 из 7 пациентов основной группы (71,4%) отмечалось снижение $Q_{\max}$ менее 10 мл/с, что сопровождалось увеличением объёма остаточной мочи и более выраженными симптомами нижних мочевых путей по шкале IPSS. У пациентов с инфравезикальной обструкцией преимущественно регистрировалась низкоамплитудная платообразная урофлоуметрическая кривая с увеличением продолжительности мочеиспускания до $42,6 \pm 8,3$ с против $19,4 \pm 3,7$ с в контрольной группе.

Выводы. Урофлоуметрия является доступным, неинвазивным и информативным методом объективной оценки мочеиспускания. Снижение $Q_{\max}$, платообразная форма урофлоуметрической кривой, увеличение продолжительности мочеиспускания и объёма остаточной мочи позволяют выявлять признаки инфравезикальной обструкции и нарушений функции нижних мочевых путей. Метод целесообразно использовать в комплексе с клиническим и ультразвуковым обследованием пациентов.

Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Гафурова Б. Ш.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК (МОЧЕВИНЫ И КРЕАТИНИНА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить изменения концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови у больных с хронической почечной недостаточностью и оценить их диагностическое значение для характеристики функционального состояния почек.

Материалы и методы. Обследованы больные с ХПН, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Для оценки функционального состояния почек проводилось биохимическое исследование сыворотки крови с определением концентрации мочевины и креатинина. Полученные показатели оценивали в зависимости от степени нарушения функции почек. Результаты сопоставляли с клиническими и лабораторными данными пациентов.

Результаты исследования. У больных с ХПН выявлялось повышение концентрации основных азотистых метаболитов в сыворотке крови — мочевины и креатинина. Степень их повышения зависела от выраженности снижения функциональной способности почек. Увеличение уровня креатинина отражало снижение клубочковой фильтрации, тогда как повышение мочевины свидетельствовало о нарушении выведения конечных продуктов белкового обмена. При прогрессировании почечной недостаточности отмечалась тенденция к дальнейшему увеличению концентрации указанных показателей, что подтверждает их диагностическую значимость при оценке функционального состояния почек.

Вывод. Определение мочевины и креатинина в сыворотке крови является информативным и доступным методом лабораторной оценки функционального состояния почек у больных с хронической почечной недостаточностью. Выраженность изменений данных показателей может использоваться в комплексе с клиническими данными и расчётной скоростью клубочковой фильтрации для оценки степени нарушения функции почек и динамического наблюдения за пациентами.

Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Курбонов К.

НАРУШЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности электролитного обмена у больных мочекаменной болезнью и определить наиболее характерные изменения, связанные с риском формирования и рецидивирования мочевых конкрементов.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные с мочекаменной болезнью, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование пациентов. В сыворотке крови определяли основные показатели электролитного обмена, включая концентрации натрия, калия, кальция, хлоридов и фосфатов. Дополнительно исследовали физико-химические свойства мочи, её pH и наличие кристаллурии. Полученные результаты сопоставляли с клиническими данными и особенностями течения мочекаменной болезни.

Результаты исследования. У больных мочекаменной болезнью выявлялись различные изменения показателей электролитного обмена. Наиболее значимыми являлись нарушения содержания кальция и фосфатов, которые могут

непосредственно участвовать в процессах кристаллизации и формирования мочевых конкрементов. Изменения концентрации электролитов сопровождались изменением физико-химических свойств мочи и могли способствовать повышению риска образования солевых кристаллов. Выраженность выявленных нарушений зависела от характера метаболических изменений и клинических особенностей заболевания. Комплексное исследование электролитного состава крови и мочи позволяет более полно оценить метаболические предпосылки камнеобразования. Нарушения электролитного обмена имеют существенное значение в патогенезе мочекаменной болезни и могут способствовать формированию и рецидивированию мочевых конкрементов.

Вывод. Определение основных электролитов в крови в сочетании с исследованием pH и солевого состава мочи позволяет выявлять метаболические факторы риска камнеобразования. Полученные данные могут быть использованы для индивидуализации профилактических и метафилактических мероприятий у больных мочекаменной болезнью.

Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Караева А.

НАРУШЕНИЯ СОЛЕВОГО ОБМЕНА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности нарушений солевого обмена у больных с мочекаменной болезнью и определить наиболее характерные метаболические факторы, способствующие образованию мочевых конкрементов.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные с мочекаменной болезнью, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Проводили общий анализ мочи с определением её физико-химических свойств, pH, относительной плотности и состава мочевого осадка. Исследовали наличие кристаллов солей, в том числе оксалатов, уратов и фосфатов. При необходимости результаты сопоставляли с показателями биохимического анализа крови и клиническими данными пациентов.

Результаты исследования. У больных с мочекаменной болезнью выявлялись различные варианты нарушения солевого обмена, проявлявшиеся изменением pH мочи и наличием кристаллурии. Наиболее диагностически значимыми изменениями являлись повышенное содержание оксалатов, уратов и фосфатов в моче. Характер выявляемых солей зависел от особенностей обменных нарушений и кислотности мочи. Выявление кристаллурии может свидетельствовать о повышенном риске формирования и рецидива мочевых конкрементов. Комплексное исследование метаболических показателей позволяет уточнить характер нарушений и определить основные направления метафилактики мочекаменной болезни. Нарушения солевого обмена являются одним из ведущих факторов патогенеза мочекаменной болезни.

Вывод. Исследование состава мочи, её pH и характера кристаллурии имеет важное значение для выявления метаболических предпосылок камнеобразования. Комплексная оценка показателей солевого обмена позволяет повысить эффективность диагностики, профилактики рецидивов и индивидуального подбора метафилактических мероприятий у больных мочекаменной болезнью.

Сангинов Д.Р.^{1,2}, Салимов Ф.И.,² Ниязов И.К.^{1,2}

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

2. ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологических значений некоторых цитокинов у больных раком щитовидной железы.

Материал и методы. В настоящее время, в развитии канцерогенеза в щитовидной железе большое внимание уделяется иммунным реакциям, которые играют важную роль в элиминации трансформирующих клеток. Данный факт определяет целесообразность оценки цитокинового статуса до и после лечения, а также в динамике терапии, что актуально при РЩЖ. Известно, что цитокины синтезируются иммунокомпетентными клетками и играют ключевую роль в воспалительных и противовоспалительных реакциях организма, в регуляции процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза, цитотоксичности клеток, межклеточных взаимодействиях и в развитии злокачественных новообразований. В связи с этим, нами были изучены сывороточные значения основных цитокинов и их поведение при РЩЖ.

Результаты исследования. Низкий риск: ИЛ-6 < 2 × нормы, ИЛ-4/ИЛ-6 > 0,2, ФНО-α/ИЛ-6 > 0,5 указывает на благоприятное течение.

Промежуточный риск: ИЛ-6 повышен в 2–3 раза, ИЛ-4/ИЛ-6 = 0,15–0,20, ФНО-α/ИЛ-6 = 0,3–0,5 указывает на риск регионарного распространения.

Высокий риск: ИЛ-6 > 3 × нормы, ИЛ-4/ИЛ-6 < 0,15, ФНО-α/ИЛ-6 < 0,3 указывает на высокую вероятность экстрапериодной инвазии, метастазирования, рецидива, низкой безрецидивной выживаемости.

Повышенные уровни ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО-α у больных с раком щитовидной железы отражают выраженную активацию системного воспалительного ответа. Наиболее значимым прогностическим маркером является ИЛ-6 и производные цитокиновые коэффициенты ИЛ-4/ИЛ-6 и ФНО-α/ИЛ-6. Снижение данных соотношений свидетельствует о преобладании провоспалительного компонента, ассоциированного с агрессивным течением опухоли, экстрапериодным распространением, метастазированием и высоким риском рецидива. Комплексная оценка цитокинов и воспалительных индексов крови может использоваться как иммуновоспалительный прогностический алгоритм при РЩЖ.

Вывод. С диагностической и прогностической целью изучение цитокинов показало, что анализ цитокинов у всех больных в зависимости от до и после лечения РЩЖ имеет свои особенности. Иммуновоспалительная верификация риска при РЩЖ показала: низкий риск: ИЛ-6 < 2× нормы, ИЛ-4/ИЛ-6 > 0,2, ФНО-α/ИЛ-6 > 0,5 указывает на благоприятное течение. Умеренный риск: ИЛ-6 повышен в 2–3 раза, ИЛ-4/ИЛ-6 = 0,15–0,20, ФНО-α/ИЛ-6 = 0,3–0,5 указывает риск регионарного распространения. Высокий риск: ИЛ-6 > 3× нормы, ИЛ-4/ИЛ-6 < 0,15, ФНО-α/ИЛ-6 < 0,3 указывает на высокую вероятность экстракapsулярной инвазии, метастазирования, рецидива, низкой безрецидивной выживаемости.

Сангинов Д.Р.^{1,2}, Салимов Ф.И.,² И.К. Ниязов^{1,2}, Гафоров К.А.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

2. ГУ Республиканский онкологический научный центр. Таджикистан.

Цель исследования. Оценка изменения цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-α в зависимости от распространённости опухолевого процесса.

Материал и методы. Результаты исследования основных цитокинов в зависимости от стадии РЩЖ больные были разделены на две группы: ранние стадии (I и II стадии) и поздние (III и IV стадии). Известно, что в развитии канцерогенеза в щитовидной железе большое внимание уделяется иммунным реакциям, которые играют важную роль в элиминации трансформирующих клеток. Эти факты определяют целесообразность сравнительной оценки цитокинового статуса в динамике распространения неоплазии при РЩЖ. Цитокины синтезируются иммунокомпетентными клетками и играют ключевую роль в воспалительных и противовоспалительных реакциях организма, в регуляции процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза, цитотоксичности клеток, межклеточных взаимодействиях и в развитии злокачественных новообразований.

Нами проведена сравнительная оценка значений цитокинового статуса при РЩЖ. Результаты исследования показали, что у обследованных больных сывороточное содержание ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО-α значительно повышены.

Результаты исследования. Анализ показал, что уровень ИЛ-4 в крови был повышен контроля в 2,3 раза при I и II стадиях заболевания. А при III и IV стадиях ИЛ-4 был достоверно снижен в 2,5 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-4 на ранних стадиях повышен в 5,7 раза, чем на поздних стадиях.

Анализ показал, что уровень ИЛ-6 в крови был повышен контроля в 1,5 раза при I и II стадиях заболевания. А при III и IV стадиях ИЛ-6 был достоверно повышен в 6,9 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ИЛ-6 на поздних стадиях повышен в 4,4 раза, чем на ранних стадиях.

Анализ показал, что уровень ФНО-α в крови был повышен контроля в 1,9 раза при I и II стадиях заболевания. А при III и IV стадиях ФНО-α был достоверно повышен в 4,2 раза по отношению к контрольным значениям. Между группами сравнение показало, что ФНО-α на поздних стадиях повышен в 2,2 раза, чем на ранних стадиях.

Выводы. ИЛ-4 относится к Th2-цитокинам и связан с гуморальным иммунитетом, иммунной регуляцией, подавлением части клеточного противоопухолевого ответа.

Секреция ИЛ-6 стимулируется ИЛ-1 и α-ФНО. Также ИЛ-6 играет важную роль в дифференцировании В-лимфоцитов, их превращении в плазматические клетки, которые секретируют иммуноглобулины. ИЛ-6 является провоспалительным цитокином, также индуцирует канцерогенез, стимулируя развитие опухоли, а также ИЛ-6 усиливает рост и метастазирование опухолевых клеток.

Из результатов видно, что высокий TNF-α может стимулировать ангиогенез, усиливать опухолевую инвазию, коррелировать с агрессивностью опухоли.

Следовательно, для прогрессирующего рака щитовидной железы характерно повышение ИЛ-6 и TNF-α, снижение ИЛ-4, дисбаланс Th1/Th2 и относительное усиление Th2-цитокинов, включая ИЛ-4.

Сангинов Д.Р.¹; Хусейнзода З.Х.¹; Муродзода А.И.²; Ниязов И.К.^{1,2}

ЗНАЧЕНИЕ УЧЕНИЯ АБУАЛИ ИБНИ СИНО В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИИ

1. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

2. ГУ “Республиканский онкологический научный центр” МЗСЗН РТ.

Цель исследования. Изучение научное наследие Абуали ибни Сино, связанное с опухолями и его значение в развитии современной онкологии.

Материал и методы. Изучено описание опухолей в I–III и IV книгах «Канона медицины» Абуали ибни Сино, а также современные историко-научные и медицинские литературные источники, посвященные наследию Авиценны.

Результаты исследования. Анализ эволюции учения об опухолях показывает, что хотя упоминания о разных аспектах опухоли были отмечены еще Гиппократом, Галеном, но впервые Абуали ибни Сино сформулировал системный подход к изучению опухолей человека, основанным на гуморальную теорию. Его изучение об опухолях обобщил все исследования, проведенные на протяжении более 15 веков римскими, греческими, арабскими, египетскими и китайскими учеными. Основные научные взгляды, изложены в его энциклопедическом труде «Ал-Конун-фит-тибб».

Учение гениального врача, связанные с опухолями включает актуальность их ранней диагностики, причины возникновения, клинические проявления, классификацию, методы диагностики и лечения, способность к распространению (метастазированию) и возврата (рецидива) болезни. Ученый, считая хирургический метод основным подход к лечению опухолей, одновременно подчеркивает важность лекарственной и фитотерапии.

Выводы. Учения Абуали ибни Сино об опухолях сформулировал значимый историко-научный пласт, в котором заложены основы клинической онкологии. Его наследие сохраняет научную и образовательную значимость в контексте тенденций современной онкологии.

Сангов Д.С.¹, Умари А.Р.², Гулов Ф.М.²

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

¹Государственное учреждение Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева.

²Кафедра общей хирургии № 1 им. профессора А.Н.Каххорова
ГООУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино". Таджикистан.

Цель исследования. Оценить роль ультразвуковой доплерографии в определении тактики лечения при ОСТКН.

Материал и методы. Данное исследование основывается на ретроспективном анализе 127 пациентов с ОСТКН, которые были госпитализированы в период с 2018 по 2025 годы в Государственное учреждение "Городской медицинский центр №2 имени академика К.Т. Таджиева" в городе Душанбе. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемой тактики лечения. В основной группе (198 человек) использовалась стратегия лечения, основанная на предложенном алгоритме выбора метода терапии и данных разработанной шкалы клинко-рентгенологической оценки для прогнозирования ишемии кишечника. В контрольной группе (169 человек) были применены стандартные традиционные методы диагностики и лечения. Для этих пациентов проведены лабораторные исследования, включающие определение уровней маркеров воспалительного процесса (лейкоциты, нейтрофилы, С-реактивный белок, прокальцитонин), а также оценка состояния водно-электролитного баланса. Анализ демографических данных показал, средний возраст пациентов в основной группе составляет 55 ± 12 лет. При гендерном распределении мужчин было 105 и 64 женщины. Средняя длительность заболевания ОСТКН - 4,75 часа. В зависимости от тактики и ультрасонографических показателей больные были распределены нами на 2 группы в зависимости от тактики лечения, группа с консервативной терапией включала 98 пациентов и группа конверсия в хирургические манипуляции включала 71 пациента.

Результаты исследований. Анализ доплерографических показателей у пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСТКН), подвергшихся конверсии в хирургию ($n=98$), и пациентов, получавших консервативную терапию ($n=100$), по времени от начала спаечной непроходимости выявил значительные различия. В группе хирургического вмешательства показатели в первые 1-2 часа были идентичны с группой консервативной терапии ($V_s = 109,3$ см/с, $V_d = 21,8$ см/с, $V_m = 45,9$ см/с, $RI = 0,77$). В интервале 2-5 часов в группе хирургического вмешательства значения начали снижаться: $V_s = 90,5$ см/с, $V_d = 17,5$ см/с, $V_m = 34,9$ см/с, $RI = 0,81$, тогда как в группе консервативной терапии они оставались выше: $V_s = 120,5$ см/с, $V_d = 25,6$ см/с, $V_m = 49,1$ см/с, $RI = 0,65$. Это указывает на ухудшение кровотока и рост сосудистого сопротивления, свидетельствующее о начале ишемии кишечника. Между 5 и 7 часами различия между группами усилились: в группе хирургического вмешательства V_s снизился до 60,25 см/с, а RI увеличился до 0,85, что говорит о нарастающей ишемии. В то время как в группе консервативной терапии значения остались более стабильными ($V_s = 140,5$ см/с, $V_d = 29,6$ см/с, $V_m = 54,6$ см/с, $RI = 0,56$). После 7 часов в группе хирургического вмешательства показатели продолжили ухудшаться ($V_s = 30,3$ см/с, $RI = 0,92$), что свидетельствует о критической ишемии. Это подтверждает важность своевременной хирургической коррекции для предотвращения некроза кишечника.

Выводы. Ультразвуковая доплерография эффективна для мониторинга состояния пациентов с ОСТКН и помогает своевременно принимать решение о необходимости хирургического вмешательства, снижая риск осложнений.

Сармисокова Х.Ч., Шарифова М.К., Джуракулова М.С.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить тактику прерывания неразвивающейся беременности и исходы лечения.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование проводилось в отделении патологии беременных Центральной районной больницы Дангаринского района. Изучены данные 15 женщин с диагнозом «неразвивающаяся беременность» на сроках от 9 до 14 недель. Пациентки были распределены на три возрастные группы: I группа - 20-30 лет, 3 женщины (20%); II группа - 31-36 лет, 5 женщин (33,3%); III группа - 37-42 года, 7 женщин (46,7%). У всех обследованных женщин диагноз был установлен по результатам ультразвукового исследования. Все данные обработаны с помощью Microsoft Word.

Результаты исследования. В исследование включены 15 женщин с диагнозом «неразвивающаяся беременность» на сроках 9-14 недель. У 7 пациенток (46,7%) срок беременности составлял 9-11 недель, у 8 (53,3%) - 12-14 недель.

Прерывание беременности проводилось в отделении патологии беременных (ОПБ). У 10 пациенток (66,7%) использовали медикаментозный метод. Из них у 3 женщин (30%) срок беременности составлял 9 недель, у 5 (50%) - 10 недель, у 2 (20%) - от 11 до 14 недель.

Первобеременных было 9 (60%), повторнобеременных - 6 (40%).

Среди 3 женщин в возрасте 20-30 лет у 1 (33,3%) срок беременности составлял 9 недель, у 2 (66,7%) - 12 недель. В группе 31-36 лет было 5 женщин: у 3 (60%) срок беременности составлял 14 недель, у 2 (40%) - 13 недель. Из 7 женщин в возрасте 37-42 лет у 5 (71,4%) срок беременности составлял 10 недель, у 2 (28,6%) - 11 недель.

Выводы. В исследованной группе доля первобеременных (60%) была выше, чем повторнобеременных (40%). Наибольшее число случаев неразвивающейся беременности отмечено у женщин в возрасте 37-42 лет по сравнению с возрастными группами 20-30 и 31-36 лет. Исходы прерывания неразвивающейся беременности были благоприятными. Случаев эндометрита и инфекционных заболеваний не отмечено.

Сармисоқова Х.Ч., Баротова Ш.Д., Трикашева Н.С.

ХУСУСИЯТҲОИ АКУШЕРӢ ВА ТАРЗИ ТАВАЛЛУД ДАР ҲОЛАТИ ПРЕЭКЛАМПСИЯИ ВАЗНИН

Кафедраи акушерӣ ва гинекологӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои синусоли ва акушерӣ, ҳолати оғози ғайолияти зоиш ҳангоми қабул ва тарзи анҷоми таваллуд дар занони бо ташҳиси преэклампсияи вазнин бистаришуда.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили ретроспективи 22 таърихи таваллуди занони ҳомила, ки дар давоми соли 2025 дар шуъбаи таваллуди БМН Данғара табобат гирифтаанд, анҷом дода шуд. Ташҳис ҳамчун маълумоти бақайдгирифташудаи таърихи таваллуди истифода гардид. Синну сол, шумораи ҳомиладориҳо, муҳлати ҳомиладорӣ, давраи таваллуд ҳангоми қабул ва тарзи таваллуд баррасӣ шуданд. Муҳлати ҳомиладорӣ аз рӯи рӯзи якуми ҳайзи охирин ва гистограмма арзёбӣ гардида буд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз шумораи умумии занон 6 нафар (27,3%) 19-25-сола, 11 нафар (50,0%) 26-35-сола ва 5 нафар (22,7%) 36-41-сола буданд. Нӯх нафар (40,9%) нахустҳомила ва 13 нафар (59,1%) такрорҳомила буданд. Ҳангоми қабул 8 зан (36,4%) дар давраи якуми таваллуд, 4 нафар (18,2%) дар давраи дуюм ва 10 нафар (45,5%) бе ғайолияти зоиш қарор доштанд. Муҳлати ҳомиладорӣ дар 8 ҳолат 38 ҳафта, дар 5 ҳолат 39 ҳафта ва дар 9 ҳолат 40 ҳафтаро ташкил дод. Таваллуд дар 19 ҳолат (86,4%) бо роҳи табиӣ ва дар 3 ҳолат (13,6%) бо буриши қайсарӣ анҷом ёфт. Дар ҳамаи таърихҳои таваллуд истифодаи табобати магнезиявӣ ва зиддифишорбаландӣ сабт шудааст.

Хулоса. Дар гурӯҳи таҳлилшуда занони 26-35-сола ва такрорҳомила бештар буданд; ҳамаи ҳолатҳо ба муҳлати 38-40 ҳафта рост омаданд. Таваллуди табиӣ 86,4%-ро ташкил дод. Ин натиҷаҳо сохтори силсилаи клиникаро тавсиф мекунанд.

Сатторов В.Т., Сатторов Э.М., Раҳмон Чоми

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Отделение реанимации и интенсивной терапии Областной клинической больницы имени Б. Вохидова, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность спинальной анестезии при оперативных вмешательствах по поводу грыж поясничного отдела позвоночника, особенности выбора дозы местного анестетика, уровня пункции, позиционирования пациента и применения адъювантов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ анестезиологического обеспечения [122](#) операций по поводу грыж позвоночника, выполненных в [2025–2026](#) гг. Спинальную анестезию выполняли после стандартного мониторинга гемодинамических и респираторных показателей. Пункцию субарахноидального пространства осуществляли преимущественно на уровнях L3–L4 и L4–L5 иглой Quincke. В качестве местного анестетика применяли 0,5% гипербарический бупивакаин (Marcaine Heavy, Longocain) в дозе 15–17,5 мг (3–3,5 мл). Дозу подбирали индивидуально с учетом возраста пациента, объема и предполагаемой продолжительности операции. В качестве адъюванта использовали фентанил. При необходимости дополнительной седации применяли сибазон внутривенно до 10 мг. Продолжительность эффективной анестезии составляла 2–4 часа. После выполнения спинальной анестезии пациента укладывали на бок, после чего выполняли необходимое позиционирование для хирургического вмешательства. Результаты исследования. Среди [122](#) пациентов женщины составили 81 (66,4%), мужчины — 41 (33,6%), соотношение 1,98:1. Наиболее частой локализацией грыж являлись уровни L4–L5 — 63 (51,6%) и L5–S1 — 38 (31,1%). Многоуровневые грыжи выявлены у 31 (25,4%) пациента.

Применение гипербарического бупивакаина в дозе 15–17,5 мг в сочетании с фентанилом обеспечивало адекватный сенсорный и моторный блок, достаточный для проведения оперативного вмешательства продолжительностью до 4 часов. У [118](#) (96,7%) пациентов спинальная анестезия была достаточной для завершения операции без перехода на интубационную анестезию. В 4 (3,3%) случаях потребовался переход на интубационную анестезию вследствие технических трудностей во время операции и недостаточной адекватности анестезиологического блока.

Наиболее частыми осложнениями являлись тошнота — 30% и рвота — 10%. Их возникновение преимущественно связывали с положением пациента во время оперативного вмешательства и особенностями анестезиологического сопровождения. Своевременная коррекция положения пациента, мониторинг гемодинамики и применение дополнительной медикаментозной поддержки позволяли повысить безопасность и комфорт пациента.

Выводы. Спинальная анестезия показала высокую эффективность при операциях по поводу грыж поясничного отдела позвоночника: в 96,7% случаев она позволила завершить вмешательство без перехода на интубационную анестезию. Использование 0,5% гипербарического бупивакаина в дозе 15–17,5 мг с фентанилом обеспечивало адекватную анестезию продолжительностью 2–4 часа. Пункция на уровнях L3–L4 и L4–L5 иглой Quincke являлась эффективным техническим подходом. Переход на интубационную анестезию потребовался в 3,3% случаев. Правильное позиционирование пациента на боковом этапе, индивидуальный подбор дозы анестетика и профилактика тошноты и рвоты являются важными составляющими безопасного анестезиологического обеспечения.

Сафарзода И.С., Абдуллозода Дж.А.
ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК И ИСХОДЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У МУЖЧИН С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

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

Цель исследования. Оценить влияние паховых грыж и методов герниопластики на тестикулярный кровоток, непосредственные и отдалённые результаты лечения.

Материал и методы. Проспективно обследованы 120 мужчин 18-45 лет с паховыми грыжами, оперированных на клинических базах кафедры общей хирургии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.; ретроспективно изучены данные 40 мужчин того же возраста с признаками тестикулярной недостаточности, ранее перенёсших паховую герниопластику. Натяжная аутопластика выполнена 80 больным, ненатяжные методы применены у 40, из них видеолапароскопическая герниопластика - у 18. Грыжа I типа по L.M. Nyhus установлена у 37 (30,8%), II типа - у 30 (25,0%), III типа - у 53 (44,2%) больных; длительность грыженосительства 5 лет и более отмечена у 50 (41,7%). Выполняли ультразвуковое исследование и цветное дуплексное сканирование сосудов семенного канатика и яичка (контроль - 20 практически здоровых мужчин), спермограмму, определение гормонов. Использованы критерии Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера; данные представлены в виде Me [Q1; Q3].

Результаты исследования. В ретроспективной группе, где все больные были оперированы натяжными методами, инфертильность установлена у 18 из 40 (45,0%) мужчин. Средняя скорость артериального кровотока в семенном канатике снижалась с увеличением размеров грыжи: 12,8 [10,7; 14,9] см/с у здоровых мужчин (n=20), 11,7 [10,8; 12,6] см/с при малых (n=12), 10,9 [9,0; 12,7] см/с при средних (n=20) и 9,1 [6,8; 11,4] см/с при больших грыжах (n=10); $p=0,038$ при сравнении подгрупп больных. Индекс резистентности составил 0,84 [0,76; 0,92], 0,84 [0,76; 0,90], 0,88 [0,80; 0,96] и 0,92 [0,84; 1,00] соответственно ($p=0,013$). Частота ранних послеоперационных осложнений составила 37,5% после натяжной аутопластики (30 случаев на 80 операций), 18,2% после открытых ненатяжных (4 на 22) и 11,1% после видеолапароскопических вмешательств (2 на 18); $\chi^2=6,664$; $p=0,036$. В сроки от 1 года до 5 лет (92 наблюдения) рецидив грыжи выявлен у 9 из 55 (16,4%) оперированных натяжными методами, у 1 из 22 (4,5%) после открытых ненатяжных и у 1 из 15 (6,7%) после видеолапароскопических операций. Нарушение репродуктивной функции зарегистрировано у 5 из 55 (9,1%) больных после натяжных методов; после ненатяжных и видеолапароскопических операций таких случаев не отмечено.

Выводы. Нарушение кровотока в семенном канатике нарастает с увеличением размеров паховой грыжи. Натяжная аутопластика сопровождается статистически значимо большей частотой ранних осложнений; рецидивы и нарушения репродуктивной функции в отдалённом периоде после неё также регистрировались чаще, чем после ненатяжных и видеолапароскопических вмешательств. Мужчинам репродуктивного возраста показаны предоперационная доплерография сосудов семенного канатика и выбор наименее травматичного способа пластики.

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЁННОГО ВТОРИЧНЫМ ГНОЙНЫМ КОКСИТОМ

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

Цель исследования. Усовершенствовать хирургическую тактику лечения острого гематогенного остеомиелита шейки бедренной кости у детей, осложнённого вторичным гнойным кокситом.

Материал и методы. Данное исследование было проведено в отделении гнойной-септической хирургии детского возраста Государственного учреждения Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» на базе кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В зависимости от хирургической тактики лечения острого гематогенного остеомиелита шейки бедренной кости (ОГО ШБК), осложнённого вторичными гнойными кокситами, больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Обследование проводилось среди детей от 2 до 16 лет в период с 2009 по 2024 гг. К контрольной группе (КГ) относилось 72 пациента, получивших лечение с 2009 по 2018 годы по общепринятой методике, которая заключалась в остеопункции шейки бедренной кости с последующим введением антибиотиков в полость костномозгового канала (КМК). С этой целью у больных КГ была применена игла лечебно-диагностическая костномозговая. При этом у 41 больного КГ имелся вторичный гнойный коксит, который проводился артротомией из переднего доступа, и полость тазобедренного сустава дренировали. К основной группе (ОГ) относили 52 больных, получивших лечение в период с 2019 по 2024 годы, лечение которых проведено по разработанной методике. Суть которой заключалась в остеопункции шейки бедренной кости с помощью модифицированной внутрикостной иглы-шуроп, и при этом просвет иглы не закрывался мандреном, а присоединялось в систему, другой конец которой заканчивался в стерильной ёмкости. Среди больных ОГ в 27 случаях имелось место вторичного гнойного коксита, при этом полость тазобедренного сустава дренировали по разработанной методике в косом направлении. Проксимальный конец дренажной трубки присоединялся к системе для капельного промывания, а дистальный конец заканчивался в стерильной ёмкости для постоянного оттока гноя.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что применение разработанной методики у больных ОГ способствовало полноценной непрерывной санации полости тазобедренного сустава и КМК со снижением внутрикостного давления (ВКД). Благодаря этому у больных ОГ наблюдалась достаточно быстрая (на $3,5 \pm 1,1$ сутки) нормализация температуры тела, чем у больных КГ (на $7,7 \pm 1,9$ суток). Кроме того, предлагаемый метод у больных ОГ способствовал за короткий промежуток времени полноценной санации гнойного очага в КМК и в полости

тазобедренного сустава в среднем на $4,1 \pm 1,4$ и $4,5 \pm 1,6$ сутки соответственно. Этот показатель у больных КГ составил $7,3 \pm 1,8$ и $7,9 \pm 2,0$ суток, что несколько выше, чем показатели ОГ.

Выводы. Таким образом, присоединение модифицированной внутрикостной иглы-шурupa к системе, другой конец которой заканчивается в ёмкости, обеспечивает постоянную непрерывную санацию КМК и, тем самым, способствует снижению ВКД. Дренирование полости тазобедренного сустава в косом направлении с капельным промыванием дренажа обеспечивает полноценный непрерывный санацию полости тазобедренного сустава от гноя. Всё это способствует за короткий промежуток времени полноценной санации остеомиелитического очага и снижению симптомов интоксикации.

Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить отдалённые результаты лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Материал и методы. Исследование было проведено в отделении гнойно-септической хирургии детского возраста Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» на базе кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Исследование проводилось среди больных с острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) в возрасте от 2 до 16 лет в период с 2009 по 2024 год. Больные были распределены на две группы: основную и контрольную. Контрольную группу (КГ) составили 63 пациента, получивших лечение с 2009 по 2018 годы по общепринятой методике, которая заключалась в остеопункции шейки бедренной кости с последующим введением антибиотиков в полость костномозгового канала (КМК), при вторичном гнойном коксите полость тазобедренного сустава дренировали из переднего доступа и с целью профилактики ортопедических осложнений некоторый больных наложили скелетное вытяжение по традиционной методике. У больных КГ отдалённые результаты лечения нам удалось изучить в сроки до 16 лет. Основную группу (ОГ) составили 60 больных, получивших лечение в периоде с 2019 по 2024 годы по разработанной методике, которая заключалась в остеопункции шейки бедренной кости с помощью модифицированной иглы, антибиотик в полости КМК не выводился, а просвет остеопункционной иглы не закрывался мандреном, а присоединялся к системе для постоянного оттока гноя. При наличии вторичного гнойного коксита полость тазобедренного сустава дренировали в косом направлении с капельным промыванием дренажной трубки, с целью профилактики ортопедических осложнений наложили скелетное вытяжение на основе разработанных критериев наложения и снятия скелетного вытяжения. Отдалённые результаты лечения у больных ОГ изучены в сроки от 1 года до 5 лет.

Результаты исследования. У больных ОГ хороший результат лечения отмечался в 40 (66,7%) случаях, у больных КГ 29 (46,0%) ($p < 0,05$). В эту группу вошли клинически здоровые дети. На рентгенографии костей тазобедренного сустава (КТС) патологических изменений не отмечалось. Удовлетворительный отдалённый результат лечения у больных ОГ отмечен у 12 (20,0%) больных и у 18 (28,6%) больных КГ ($p > 0,05$). Удовлетворительные результаты лечения выражались в отсутствии обострений ОГО КТС, гнойных свищей. Однако у некоторых больных сохранялись нарушения функции поражённой конечности в виде тугоподвижности тазобедренного сустава (ТБС). На рентгенографии КТС отмечались очаги остеосклероза, иногда с некоторой деформацией головки бедренной кости. Неудовлетворительный отдалённый результат отмечался у 8 (13,3%) и 16 (25,4%) больных ($p > 0,05^*$) соответственно. Критерием отнесения больных в данную категорию явились обострения остеомиелита и развитие ортопедических осложнений. У больных КГ ортопедическое осложнение анкилоз ТБС наблюдался в 3 (4,8%) случаях, коксартрозы в 5 (7,9%), патологический вывих головки бедренной кости 7 (11,1%), укорочение конечности на стороне поражения в 9 (14,3%) и деформации костей таза - 3 (4,8%) случая.

Выводы. Предлагаемая лечебно-профилактическая тактика лечения ОГО КТС у детей способствовал снижению частоты неудовлетворительных результатов лечения с 25,4% у больных КГ до 13,3% у больных ОГ.

Сафаров Х.А., Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б.

ДИНАМИКА ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗ В РАННИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить динамику положения глаз в ранние и отдалённые сроки после хирургической коррекции содружественного горизонтального косоглазия у детей.

Материал и методы исследования. В одноцентровое наблюдательное исследование включены 175 детей, которым в 2020-2024 гг. выполнено 176 операций по поводу содружественного горизонтального косоглазия. Возраст составлял 2-17 лет, медиана – 12 [7-15] лет. Сходящееся косоглазие выявлено у 118 (67,4%) детей, расходящееся – у 57 (32,6%). Офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения, положения и подвижности глаз, характера фиксации и величины горизонтальной девиации. Угол косоглазия определяли методом попеременного прикрывания с призмённой нейтрализацией, при недостаточном сотрудничестве ребёнка – методом Гиршберга. Хирургическая коррекция включала рецессию прямых мышц самостоятельно или в сочетании со срединной дубликатурой по К.Г. Пузыревскому. Положение глаз оценивали на 1-е, 3-и и 10-е сутки, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Основным критерием двигательного результата считали отсутствие измеряемой девиации, соответствовавшее записи 0 ПД.

Результаты исследования. Уже на 1-е сутки после хирургического лечения угол 0 ПД зарегистрирован у 110 из 134 обследованных детей (82,1%; 95% ДИ 74,5-88,2), тогда как остаточная девиация сохранялась у 24 (17,9%). На 3-и сутки отсутствие измеряемой девиации отмечено у 121 из 133 детей (91,0%; 95% ДИ 84,8-95,3), на 10-е сутки – у 129 из 131 (98,5%; 95% ДИ 94,6-99,8). Среди 128 детей с полным набором измерений на 1-е, 3-и и 10-е сутки изменение величины угла было статистически значимым (χ^2 Фридмана=43,69; $p<0,001$). При парных сравнениях улучшение доли детей без остаточной девиации сохраняло статистическую значимость: между 1-ми и 3-ми сутками $p<0,001$, между 1-ми и 10-ми – $p<0,001$, между 3-ми и 10-ми – $p=0,002$. Между 1-ми и 10-ми сутками у 22 детей остаточная девиация сменилась записью 0 ПД; обратных переходов не отмечено. Через 1 месяц угол 0 пд зарегистрирован у всех 133 обследованных, через 3 месяца – у всех 133, через 6 месяцев – у всех 130. Через 1 год данные имелись у 104 из 175 детей (59,4% исходной когорты), и во всех этих наблюдениях зарегистрирован угол 0 ПД (95% ДИ 96,5-100%). У 71 ребёнка годовой результат отсутствовал. Дети с доступным и отсутствующим годовым результатом статистически значимо не различались по возрасту, исходному углу и форме косоглазия, однако это не позволяет экстраполировать отдалённый результат на необследованную часть когорты.

Вывод. После хирургической коррекции содружественного косоглазия у детей отмечено выраженное уменьшение горизонтальной девиации уже в первые сутки и дальнейшее статистически значимое улучшение положения глаз к 10-м суткам. У обследованных пациентов достигнутый двигательный результат сохранялся через 1, 3 и 6 месяцев и был зарегистрирован через год у всех пациентов, явившихся на контроль. Отдалённые результаты следует интерпретировать с учётом неполноты годового наблюдения: объективно подтверждённый результат относится к 59,4% исходной когорты.

Сафаров Б.С.^{1,2}, Хамроев К.Б.^{1,2}, Хусейнов З.В.^{1,2}.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСТИННЫМ СПОНДИЛОЛИЗНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ

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

8 ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Анализ собственных результатов оперативного лечения больных с истмическим спондилолистезом позвонка L5, которым применялся метод транспедикулярной фиксации (ТПФ).

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 55 больных с истинным спондилолистезом, 25 больных (I группа) оперированы методом изолированного переднего межтелового спондилодеза, 30 больных (II группа) – с использованием систем транспедикулярной коррекции и фиксации позвоночника. Максимальные сроки наблюдения пациентов I и II групп составили 25 и 14 лет соответственно. Большинство больных имели II степень смещения L5 позвонка и были оперированы в возрасте 20-40 лет.

Результаты исследования. Были выделены факторы, в значительной степени влияющие на исход хирургического лечения больных со спондилолистезом: компрессия нервных корешков; степень смещения тела позвонка; нарушение стабильности и профиля позвоночника; высота межпозвонкового промежутка; дегенеративные изменения смежных позвоночных сегментов. Предложена рациональная тактика хирургического лечения с учетом вышеуказанных факторов, позволившая снизить частоту неудовлетворительных исходов лечения с 25,5 % (I группа) до 4,4 % (II группа).

Выводы. Сочетание патологических факторов в каждом конкретном случае позволяет формировать индивидуальную программу хирургического лечения, которая включает различные варианты декомпрессии корешков спинного мозга, инструментальной коррекции (редукции) и костно-пластической стабилизации позвоночника. Для коррекции и фиксации позвоночника при спондилолистезе рационально использование транспедикулярных систем. Редукция смещенного позвонка показана при смещении II-IV ст. и может быть выполнена с помощью специальных редукционных винтов либо инструментов.

Сафедов Ф.Х., Холниёзов Ш.Ф., Далери С.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У ДЕТЕЙ

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

ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация тактики оказания неотложной помощи при почечной колике у детей.

Материал и методы. Неотложная помощь была проведена среди 415 детей с почечной коликой за период 2020-2025гг. Возраст больных колебался от 1 года до 16 лет. Девочек составили 190 (45,8%), мальчики - 225 (54,2%). Всем пациентам в неотложном порядке выполнялась соннография, лабораторная диагностика, КТ, внутривенная урография была проведена после купирования болевого синдрома в зависимости от клиники больные были разделены на такие группы: первая группа больных с полной обструкцией мочевых путей с нарушением функции почек - 110 (26,5%). Вторая группа больных с частичной обструкцией мочевых путей и прогрессированием расширения ЧЛС с сохранением болевого синдрома – 140 (33,7%). Третья группа пациентов с частичной обструкцией мочевых путей, регрессией болевого синдрома на фоне консервативной терапии – 90 (21,6%). Четвертая группа пациенты с быстрым купированием почечной колики после проведения консервативного лечения 75 (18%).

Результаты исследования. Показания к инструментальному восстановлению оттока мочи зависит от степени тяжести обструктивных изменений мочевой системы. Тактикой лечения при почечной колике у детей является проведение терапии лекарственными препаратами, дренирование полостной системы почек и мочевого пузыря. Ретро-

градное стентирование было выполнено у 100 (24,1%) больных. Отсроченное стентирование выполнялось у детей второй группы в срок до 36 часов. Отсроченное стентирование в течение 48 часов было выполнено у больных третьей группы. Методика стентирования мочевых путей у 63 (15,1%) больных детей с почечной коликой была эффективной. А у 47 (11,3%) больных пришлось провести чрезкожную пункционную нефростомию.

Выводы. Независимо от возраста при патологии ПМС и ЧЛС можно дренировать внутренними или наружными мочеточниковыми стентами, которые позволяют купировать почечную колику, способствуют восстановлению пассажа мочи и предупреждению гибели паренхимы почек.

Сафедов Ф.Х., Далери С., Холниёзов Ш.Ф.

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация методов лечения при перекруте гидатиды яичек у детей.

Материал и методы. С 2019 по 2025гг. в отделении детской урологии клиники детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино при ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» наблюдались 133 (100%) детей, которые поступили с диагнозом "Синдром острой мошонки". Чаще диагностирован перекрут гидатиды яичек. В 31 (23,3%) случаях перекручивание гидатида располагалось у верхнего полюса яичек, а у 92 (69,2%) детей гидатида была обнаружена в привесе яичек. У большинства детей было характерно появление умеренной боли в паховый области, которая через сутки перемещалась в мошонку. Постоянные болевые синдромы, местные температуры, гиперемия определяют диагноз "Синдром острой мошонки". Комплекс этих симптомов является показанием для срочной госпитализация больного.

Результаты исследования. При ультразвуковом исследовании органов мошонки визуализировалось образование в области мошонки, включая его придаток. У 123 (92,5%) детей выполнена гидатидэктомия. У 10 (7,5%) больных детей наблюдалась внезапная боль в мошонке после подвижных игр. Они поступили в течение 10-24 часов от начала заболевания. При пальпации яичек умеренно болезненны, отёк и гиперемия не отмечаются. При УЗИ и доплерографии патологические изменения яичек не выявлены. Но визуализирована гидатида яичек размером 5 до 8 мм. В таких случаях использовали физический покой и суспензорий. Через 2-3 дня боли в области яичек затихли. При повторном УЗИ яичек патологических изменений в полости мошонки не выявлено. После выписки из стационара все пациенты находились на диспансерном наблюдении у детского уролога.

Выводы. Наличие болевого синдрома, гиперемия отёк кожи мошонки, данные УЗИ и доплерография определяют активные хирургические действия при перекруте гидатиды яичка. Невыраженные боли, отсутствие гиперемии и местной температуры, также отёка кожи мошонки, УЗИ доплерографическая картина позволяют провести активное наблюдение ребенка и избежать травмирующего хирургического лечения.

Саъдуллозода Ф.С., Мухаббатов Х.Дж., Исмаилова С.С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ RIRS И MINI-PCNL ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ ПОЧЕК СРЕДНЕГО РАЗМЕРА (10–20 ММ): ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Сравнить эффективность и частоту полного очищения почки от камней при миниинвазивных вмешательствах.

Материал и методы. Проведен метаанализ публикаций из баз данных PubMed и Web of Science (2020–2025 гг.). Рассматривались результаты лечения более 2000 пациентов с камнями почек размером 10–20 мм. Основными параметрами сравнения выступали: показатель stone-free rate (SFR), длительность операции, выраженность послеоперационной боли, риск инфекционных осложнений и сроки госпитализации.

Результаты исследования. Обобщение данных международных исследований выявило, что mini-PCNL демонстрирует более высокий показатель полного очищения почки после первой процедуры (92–95%) по сравнению с RIRS (82–87%), что особенно выражено при локализации конкремента в нижней чашечке. В то же время метод RIRS характеризуется значительно меньшей инвазивностью: риск кровотечения, требующего гемотрансфузии, при ретроградном доступе практически равен нулю, тогда как при mini-PCNL он составляет около 1,5–2%. Частота развития системного воспалительного ответа (SIRS) сопоставима в обеих группах (5–8%), однако при RIRS риск возрастает при длительности операции более 90 минут вследствие высокого внутрилоханочного давления. В аспекте реабилитации пациенты после RIRS имеют достоверно меньшую потребность в анальгетиках и выписываются из стационара в среднем на 1,2 дня раньше, чем после перкутанного вмешательства.

Выводы. Оба метода являются высокоэффективными в лечении МКБ. Мини-перкутанная нефролитотрипсия остается предпочтительной для достижения максимального SFR за один сеанс, особенно при плотных камнях и конкрементах нижней группы чашечек. В то же время ретроградная интратанальная хирургия (RIRS) является методом выбора для пациентов, стремящихся к минимальной инвазивности и быстрому восстановлению, несмотря на возможную необходимость повторных вмешательств для полной элиминации фрагментов.

Саъдуллозода Ф.С., Сидиков А.Ш., Абдуллозода Н.Х.
КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА

Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность патогенетической терапии, направленной на улучшение микроциркуляции и венозного оттока.

Материал и методы. Проведен обзор современных исследований (PubMed, Cochrane Library), посвященных лечению абактериального простатита (категория IIIb по классификации NIH). Анализировались данные о применении мультимодального подхода, включающего использование венотоников (микронизированная очищенная флавоноидная фракция), альфа-адреноблокаторов, лечебной физкультуры и физиотерапевтических методов (электромиостимуляция, экстракорпоральная магнитостимуляция). Оценка эффективности проводилась по шкале NIH-CPSI и результатам ультразвуковой доплерографии сосудов малого таза.

Результаты исследования. Согласно мировым данным, до 60–70% случаев хронического простатита имеют неинфекционную (конгестивную) природу. Основными факторами развития застоя признаны гиподинамия, нарушение ритма половой жизни и варикозное расширение вен парапростатического сплетения. Установлено, что изолированная антибактериальная терапия при данной форме эффективна менее чем в 20% случаев, что подтверждает необоснованность рутинного назначения антибиотиков. Применение венотоников в течение 2–3 месяцев способствует достоверному снижению болевого синдрома по шкале NIH-CPSI на 35–40% за счет уменьшения отека предстательной железы. Включение в схему лечения аэробных нагрузок и упражнений для мышц тазового дна повышает скорость объемного кровотока в простате на 25% по данным доплерографии. Использование системы UPOINT для фенотипирования пациентов позволяет персонализировать терапию, что увеличивает комплаентность и снижает частоту рецидивов на 45% в течение года.

Выводы. Лечение хронического конгестивного простатита требует отхода от стандартных антибактериальных схем в пользу коррекции регионарной гемодинамики. Комбинированное применение венопротекторов, модификация образа жизни и использование тазовой физиотерапии являются патогенетически обоснованными методами, позволяющими достичь стойкой ремиссии и существенно улучшить качество жизни пациентов.

Семенова И.И.^{1,2}, Качан Т.В.¹

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА НИЗКОГО ЗРЕНИЯ И ФЕНОТИПИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ С ВЕБ-РЕАЛИЗАЦИЕЙ

1. УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова», Минск, Беларусь
2. УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать и валидировать прогностическую модель, позволяющую на основе мультимодальных клинико-инструментальных данных оценивать риск низкого зрения, определять фенотип возрастной макулярной дегенерации (ВМД) и формировать персонализированные рекомендации по тактике ведения пациентов, с реализацией модели в виде веб-калькулятора.

Методы исследования. В ретроспективное исследование включено 463 глаз 278 пациентов с ВМД. Исходные данные содержали 64 клинико-инструментальных параметра, из которых, с помощью алгоритма случайного леса, были отобраны 9 ключевых признаков: возраст, центральная толщина сетчатки в фовеоле, толщина сетчатки в парафовеолярной области, средний объем сетчатки, а также бинарные индикаторы наличия кистозного макулярного отека, фиброваскулярной отслойки ретинального пигментного эпителия, друз и гиперрефлективного материала. Прогнозирование зрительной дисфункции (максимально скорректированная острота зрения, МКОЗ <0,1) реализовано с помощью логистической регрессии с L2-регуляризацией в двух режимах (сбалансированном и стандартном). Фенотипирование осуществлено методом кластеризации K-средних.

Результаты исследования. Сбалансированная модель превзошла стандартную по чувствительности (77% против 27%) при приемлемом снижении специфичности (72% против 98%). ROC-анализ показал стабильную предсказательную силу (AUC на тестовой выборке составила 0,81–0,82). Методом кластеризации выделены три кластера, достоверно различающихся по анатомо-функциональным параметрам ($p < 0.001$). В кластере 1 («отёчный/фиброзный») зафиксированы наихудшие показатели максимальная толщина сетчатки (410 мкм), частота кистозного отека 59%, самое низкое зрение (медиана 0,15), доля пациентов с МКОЗ <0,1 составила 41%. Кластер 2 («друзный/ранний») 249 глаз (53,8%) демонстрирует благоприятный профиль медиана МКОЗ 0,6, высокая частота друз (84%), минимальные изменения других структур. Кластер 0 («Активная неоваскуляризация») показал умеренное снижение зрения (медиана МКОЗ 0,3), высокую частоту фиброваскулярных отслоек (71%) и гиперрефлективного материала (80%). Созданный веб-калькулятор обеспечивает ввод девяти параметров и выдачу результата в режиме реального времени (время ответа не более 5 секунд).

Выводы. Разработанная модель позволяет стратифицировать пациентов по риску низкого зрения, идентифицировать фенотип ВМД и формировать персонализированные рекомендации. Интеграция модели в веб-калькулятор обеспечивает доступность инструмента в клинической практике и сокращает временные затраты на анализ данных, что способствует повышению качества офтальмологической помощи.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТВЕТА НА АНТИ-VEGF ТЕРАПИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕБ-КАЛЬКУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

1 УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клунова», Минск, Беларусь

2 Кафедра глазных болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Цель исследования. Разработать и валидировать модель машинного обучения для прогнозирования анатомического ответа на анти-VEGF терапию у пациентов с влажной формой ВМД и на её основе создать веб калькулятор для практического применения.

Методы исследования. Проведено ретроспективное когортное исследование с двумя временными срезами (до лечения и контроль) на основе данных 262 пациентов (443 глаза) с влажной формой ВМД, получивших 1041 курс анти VEGF терапии в 2021–2025 гг. Для построения прогностической модели отобраны 88 пар последовательных визитов с интервалом контроля 20–60 дней, где первый визит соответствовал проведению инъекции. Использованы 6 клинических параметров, доступных до лечения: возраст, исходная ЦТС и МКОЗ, препарат (афлиберцепт, бевацизумаб, бролуцизумаб), количество инъекций в курсе и интервал до контроля. Обучены алгоритмы Random Forest, XGBoost и LightGBM с коррекцией дисбаланса классов.

Результаты исследования. Лучшей для прогнозирования 4 категорий изменения ЦТС (значительное уменьшение, умеренное уменьшение, стабилизация, увеличение) оказалась модель Random Forest: точность модели (accuracy) – 77,8% (95% ДИ 74,2–81,4), macro F1 = 0,68 (95% ДИ 0,64–0,72)). Максимальная чувствительность достигнута для стабилизации (ответ (recall) 85%). Ключевыми предикторами явились исходная ЦТС, исходная МКОЗ и возраст пациента. На основе модели разработан веб-калькулятор «anti-VEGF Anatomical Response Predictor», который по шести входным параметрам – возраст, ЦТС до, МКОЗ до, препарат, количество инъекций, интервал до контроля – вычисляет вероятности каждого исхода и определяет наиболее вероятный. Прогнозирование функционального исхода (улучшение зрения) оказалось невозможным из-за дисбаланса классов (улучшение лишь в 23% случаев) и малой выборки (AUC = 0,357). На основе лучшей модели разработан веб-калькулятор на платформе Streamlit, доступный по постоянной ссылке. Время получения результата – не более 5 секунд.

Выводы. Разработана и валидирована модель Random Forest для прогнозирования анатомического ответа на анти-VEGF терапию у пациентов с влажной формой ВМД (accuracy 77,8%, macro F1 = 0,68). На её основе создан веб-калькулятор «anti-VEGF Anatomical Response Predictor». Калькулятор позволяет в реальном времени на основе шести клинических параметров оценить вероятности четырёх исходов изменения центральной толщины сетчатки и является готовым инструментом поддержки принятия клинических решений.

Сидиков А.Ш., Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра урологии имени А.С. Осими ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ГУ «Республиканский урологический центр Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить эффективность различных схем терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

Материалы и методы. В исследование включены 90 пациентов с ДГПЖ в возрасте 50–80 лет (средний возраст — 64,3±6,8 года), распределённых на 3 группы по 30 человек с учётом возраста, объёма простаты, выраженности симптомов и количества остаточной мочи.

1-я группа получала монотерапию α1-адреноблокаторами: тамсулозин 0,4 мг/сут или альфузозин 10 мг/сут. 2-я группа — комбинированную терапию α1-адреноблокатором с ингибитором 5α-редуктазы: финастеридом 5 мг/сут или дутастеридом 0,5 мг/сут. В 3-й группе проводилась расширенная комбинированная терапия с дополнительным назначением фитопрепаратов, НПВС, антихолинергических препаратов или β3-агонистов в зависимости от клинических проявлений.

Всем пациентам проводили клиническое обследование, пальцевое ректальное исследование, УЗИ предстательной железы с определением её объёма и количества остаточной мочи, определение уровня ПСА, оценку IPSS и качества жизни (QoL). Статистическую обработку проводили с использованием критерия Стьюдента; $p < 0,05$ считали статистически значимым.

Результаты исследования. До лечения показатели IPSS между группами достоверно не различались и составляли 21,4±2,8; 22,1±3,1 и 22,6±2,9 балла соответственно ($p > 0,05$). Средний объём простаты составил 48,3±6,4; 56,7±7,2 и 59,1±8,1 см³, количество остаточной мочи — 68,4±12,5; 74,2±13,6 и 81,3±14,7 мл соответственно.

Через 6 месяцев улучшение отмечалось во всех группах, наиболее выраженное — в 3-й группе. IPSS снизился на 33,6% в 1-й группе — с 21,4±2,8 до 14,2±2,1 балла, на 53,4% во 2-й — с 22,1±3,1 до 10,3±1,9 и на 68,6% в 3-й — с 22,6±2,9 до 7,1±1,6 балла ($p < 0,05$ по сравнению с 1-й и 2-й группами).

Показатель QoL улучшился с 4,8±0,7 до 3,1±0,5 балла в 1-й группе, с 5,0±0,6 до 2,4±0,4 — во 2-й и с 5,1±0,5 до 1,6±0,3 — в 3-й группе ($p < 0,05$). Количество остаточной мочи снизилось с 68,4±12,5 до 42,7±9,3 мл, с 74,2±13,6 до 28,5±7,4 мл и с 81,3±14,7 до 18,9±5,6 мл соответственно ($p < 0,05$).

Объём предстательной железы достоверно уменьшился во 2-й группе — с 56,7±7,2 до 46,1±6,3 см³ и в 3-й — с 59,1±8,1 до 44,3±5,8 см³. В 1-й группе значимого уменьшения не отмечено: с 48,3±6,4 до 45,9±5,7 см³ ($p > 0,05$).

Выводы. Все схемы терапии ДГПЖ обеспечивали положительную клиническую динамику. Наиболее выраженное снижение симптомов, улучшение качества жизни и уменьшение количества остаточной мочи отмечалось при расширенной комбинированной терапии. Применение ингибиторов 5 α -редуктазы способствовало более выраженному уменьшению объёма предстательной железы и остаточной мочи.

Синои С.Г.

ДИНАМИКА МРТ-ПРИЗНАКОВ ЛИГАМЕНТИЗАЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ PRP И СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

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

Цель исследования. Оценить динамику МРТ-признаков лигаментизации сухожильного ауто трансплантата и его интеграции в костных каналах после стандартной реконструкции передней крестообразной связки и операций, дополненных PRP или стромально-васкулярной фракцией.

Материал и методы. В сравнительное исследование включены 189 пациентов: контрольная группа - 84, группа PRP - 53, группа SVF - 52 пациента. Индекс отношения сигнал/шум (SNQ) трансплантата оценивали через 3, 6 и 12 месяцев. Интеграцию в бедренном и большеберцовом каналах классифицировали по трёхуровневой шкале через 6 и 12 месяцев. Количественные данные представлены как Ме [Q1-Q3]. Использовали критерий Краскела-Уоллиса, попарный критерий Манна-Уитни с поправкой Холма, корреляцию Спирмена и многофакторную линейную регрессию с робастными стандартными ошибками НСЗ.

Результаты исследования. Через 3 месяца SNQ составил 5,30 в контрольной группе, 4,95 в группе PRP и 4,87 в группе SVF ($p < 0,001$). Через 6 месяцев показатели составили 3,86, 3,65 и 3,22, а через 12 месяцев - 2,57 соответственно (оба $p < 0,001$). После многофакторной коррекции применение PRP ассоциировалось со снижением SNQ через 12 месяцев на 0,32 (95% ДИ от -0,48 до -0,17; $p < 0,001$), а SVF - на 0,52 (95% ДИ от -0,69 до -0,34; $p < 0,001$). Более низкий SNQ умеренно коррелировал с более высокими IKDC и KOOS Sport и с более ранним возвращением к спорту, но не с артрометрией.

Выводы. Применение PRP и особенно SVF сопровождалось более низкими значениями SNQ и более высокой долей полной интеграции трансплантата в костных каналах. МРТ-признаки созревания имели слабые и умеренные связи с клиническими исходами, поэтому не должны использоваться как единственный критерий готовности к спортивной нагрузке.

Синои С.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ PRP И СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ

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

Цель исследования. Сравнить клинико-функциональные результаты стандартной артроскопической реконструкции передней крестообразной связки и операций, дополненных интраоперационным применением обогащённой тромбоцитами плазмы или аутологичной стромально-васкулярной фракции жировой ткани.

Материал и методы. В сравнительное исследование включены 189 пациентов 18-45 лет после первичной артроскопической реконструкции передней крестообразной связки ауто трансплантатом из сухожилий полусухожильной и нежной мышц. Контрольную группу составили 84 пациента, группу PRP - 53, группу SVF - 52 пациента. Оценивали ВАШ, Lysholm, IKDC, KOOS, артрометрию, возвращение к спортивной активности и осложнения. Наблюдение проводили до операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Количественные показатели представлены как Ме [Q1-Q3]. Для межгрупповых сравнений применяли критерий Краскела-Уоллиса и попарный критерий Манна-Уитни с поправкой Холма. Независимые эффекты оценивали в многофакторных линейных и логистических моделях.

Результаты исследования. Исходные показатели, включая ИМТ, между группами статистически значимо не различались. Через 12 месяцев IKDC составил 86,8 [83,5-90,3] балла в контроле, 87,0 балла в группе PRP и 90,1 балла в группе SVF ($p = 0,003$). Показатель Lysholm достиг 89,8, 90,8 и 93,9 балла соответственно ($p < 0,001$). После многофакторной коррекции SVF ассоциировалась с увеличением IKDC на 3,17 балла (95% ДИ 1,46-4,88; $p < 0,001$), Lysholm на 4,41 балла (95% ДИ 2,95-5,86; $p < 0,001$) и KOOS Sport на 5,14 балла (95% ДИ 3,35-6,93; $p < 0,001$). Для PRP независимый эффект подтверждён по Lysholm, KOOS Sport и артрометрии, но не по IKDC. Вероятность возвращения к спорту была выше в группе SVF: ОШ=2,92; 95% ДИ 1,06-8,09; $p = 0,039$.

Выводы. Биологическая поддержка реконструкции передней крестообразной связки сопровождалась улучшением отдельных клинико-функциональных исходов. Наиболее последовательный эффект выявлен при применении SVF. Влияние PRP было менее выраженным и не распространялось на все конечные точки.

Смирнов Г.В., Турищев И.В., Яматина С.В.

АЛГОРИТМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЬЕРА РОБЕНА

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования. Цель исследования разработка и клиническая апробация алгоритма периоперационного ведения детей с СПР тяжелой степени выраженности, адаптированного к условиям российских реанимационных отделений, с акцентом на безопасность, эффективность и минимизацию инвазивных вмешательств.

Методы исследования. Проведён ретроспективный и проспективный анализ данных 76 детей с СПР, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ДГКБ святого Владимира (Москва) в период с 2018 по 2025 гг. Пациенты прошли комплексное дооперационное обследование: лабораторный контроль, фиброоптическую ларингоскопию и трахеоскопию, нейросонографию, были осмотрены неврологом, неонатологом, консультированы клиническим фармакологом. Части пациентов были выставлены противопоказания для оперативного лечения в связи с сопутствующей патологией. Показания к ОДНЧ включали тяжёлую обструкцию дыхательных путей и неэффективность консервативной терапии. Операция выполнялась в возрасте от 0 до 4 месяцев. Послеоперационное ведение включало продленную ИВЛ, аналгоседацию и питание через назогастральный зонд. Дистракция проводилась по стандартному режиму: латентный период — 7 дней, активная фаза — 1-2 мм/сутки в течение 10–14 дней.

Результаты и их обсуждение. У всех прооперированных пациентов отмечено устойчивое улучшение проходимости верхних дыхательных путей уже к 7-му дню активной дистракции. Осложнения в послеоперационном периоде включали временные нарушения глотания (у 9%) и местные воспалительные реакции в области фиксации аппарата (у 7%), постинтубационные стенозы (у 6%). Трахеостомия в дальнейшем потребовалась двум пациентам. Летальный исход зарегистрирован в 1 случае. Средняя длительность пребывания в ОРИТ составила 17 ± 5 дней. У всех выписанных детей отмечено улучшение качества сна, снижение частоты апноэ и прогресс в нутритивном статусе.

Выводы. Разработанный алгоритм периоперационного ведения детей с СПР, основанный на ранней остеогенной дистракции, демонстрирует высокую эффективность и безопасность в условиях реанимации нашей больницы. Ключевым преимуществом является отсутствие необходимости в трахеостомии, что снижает риск инфекционных и функциональных осложнений. Метод позволяет добиться стойкой коррекции дыхательной недостаточности и улучшить долгосрочный прогноз. Внедрение стандартизированного протокола способствует повышению качества медицинской помощи данной категории пациентов.

Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ ОСЛОЖНЁННЫЙ ПОЛИПОЗОМ.

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь эндоскопических и компьютерно-томографических изменений с нарушением обонятельной функции у пациентов с хроническим риносинуситом, осложнённый полипозом.

Материал и методы. На базе НМИЦ РТ «Шифобахш» за 2025-2026 годы нами проведён анализ результатов обследования 19 пациентов с хроническим риносинуситом в возрасте от 19 до 48 лет. Всем пациентам выполнено эндоскопическое исследование полости носа. Компьютерная томография околоносовых пазух проведена у 6 пациентов. Обонятельная функция оценивалась субъективно на основании жалоб пациентов и объективно методом ольфактометрии с выделением нормосмии, гипосмии и аносмии. При эндоскопии оценивали состояние слизистой оболочки и наличие полипозных изменений среднего носового хода; по данным КТ — состояние верхнечелюстных пазух и проходимость естественных соустьев.

Результаты исследования. У 8 (42,1%) пациентов при эндоскопии выявлялись выраженный отёк слизистой оболочки и полипозные изменения среднего носового хода; у всех пациентов данной группы отмечалась аносмия. У 6 (31,6%) пациентов по данным КТ определялось двустороннее утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух с блоком естественных соустьев; в этой группе выявлена гипосмия. У 5 (26,3%) пациентов патологических изменений на КТ не выявлено, при этом эндоскопически определялся выраженный отёк слизистой оболочки; обонятельная функция оставалась сохранной. Таким образом, наиболее выраженное нарушение обоняния наблюдалось у пациентов с полипозными изменениями, тогда как при отсутствии КТ-признаков поражения пазух и наличии изолированного эндоскопического отёка снижение обоняния не отмечалось.

Выводы. Эндоскопические и компьютерно-томографические изменения при хроническом риносинусите сопровождаются различной степенью нарушения обонятельной функции. Аносмия отмечена у пациентов с полипозными изменениями среднего носового хода. Комплексное применение эндоскопии, КТ и оценки обонятельной функции позволяет более полно характеризовать патологический процесс и повышает информативность обследования пациентов с хроническим риносинуситом.

Собирзода М.Э., Ахрориён З.А., Юсупов Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Сопоставить результаты эндоскопического исследования полости носа и компьютерной томографии околоносовых пазух при хроническом риносинусите (ХРС), а также определить значение комплексного применения данных методов.

Материал и методы. На базе НМИЦ РТ «Шифобахш» за 2025-2026 годы, нами было проведено исследование, включившее 23 пациента с ХРС в возрасте от 19 до 55 лет. Компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух выполнена 18 пациентам, эндоскопическое исследование полости носа — 16, оба метода — 11 пациентам. Выраженность эндоскопических изменений оценивали по шкале Lund–Kennedy, компьютерно-томографических изменений — по

шкале Lund–Mackay. Анализировали отёк слизистой оболочки, наличие патологического отделяемого и полипозных изменений, распространённость поражения околоносовых пазух, а также состояние остиомеатального комплекса. В группе пациентов, обследованных обоими методами, взаимосвязь между показателями шкал оценивали с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты исследования. У 11 пациентов, обследованных обоими методами, средний балл по шкале Lund–Kennedy составил 4,5, а по шкале Lund–Mackay — 8,4. Между показателями двух шкал установлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,98$; $p < 0,001$). При эндоскопическом исследовании полипозные изменения выявлены в 4 случаях, отёк слизистой оболочки — в 7, патологическое гнойное отделяемое — в 3 случаях. По данным КТ блок остиомеатального комплекса обнаружен в 5 случаях. Компьютерная томография позволила оценить распространённость патологических изменений в околоносовых пазухах и особенности их анатомического строения. Эндоскопическое исследование обеспечило непосредственную оценку состояния слизистой оболочки полости носа и области среднего носового хода.

Выводы. Эндоскопическое исследование полости носа и компьютерная томография околоносовых пазух являются взаимодополняющими методами объективной оценки хронического риносинусита. Эндоскопия информативна для выявления отёка слизистой оболочки, патологического отделяемого и полипозных изменений, тогда как КТ позволяет определить распространённость поражения околоносовых пазух и оценить состояние остиомеатального комплекса. Выявленная корреляционная связь подтверждает согласованность результатов двух методов. Их комплексное применение позволяет более полно оценить характер и распространённость патологического процесса и обосновать выбор лечебной тактики.

Собиров Ж.Г., Сафаров А.З.

ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Национальный медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить ранние и отдалённые клинические, лабораторные и функциональные результаты ТП у детей.

Материал и методы. Исследование выполнено в Национальном медицинском центре (Ташкент, Узбекистан). Включено 40 пациентов детского возраста с терминальной стадией ХБП, находившихся на программном гемодиализе и впоследствии подвергшихся ТП от живых родственных доноров. Критериями включения являлись: возраст до 18 лет, наличие терминальной стадии ХБП, проведение заместительной почечной терапии (гемодиализ). До ТП все пациенты получали стандартную программу гемодиализа (3 раза в неделю, продолжительность сеанса 3–4 часа, средний Kt/V $1,32 \pm 0,05$), с использованием high-flux синтетических диализаторов; сосудистый доступ представлен артериовенозной фистулой у 62,5% и центральным венозным катетером у 37,5%. Донорская группа включала исключительно живых родственных доноров (преимущественно родители), с HLA-совпадением 3–4 антигенов в 70% случаев.

Результаты исследования. Немедленная функция трансплантата отмечена у 90% реципиентов, отсроченная — у 10%, хирургических осложнений не зарегистрировано. После ТП наблюдалось статистически значимое улучшение лабораторных показателей: уровень креатинина снизился с $541,6 \pm 22,4$ до $88,7 \pm 6,9$ мкмоль/л через 12 месяцев, СКФ увеличилась с $7,8 \pm 0,6$ до $76,8 \pm 4,7$ мл/мин/1,73 м². Отмечена положительная динамика анемического синдрома, электролитного баланса и минерального обмена, включая снижение уровня паратгормона с 612 ± 38 до 176 ± 19 пг/мл. По данным ультразвукового мониторинга, сосудистых и урологических осложнений не выявлено, показатели внутрипочечного кровотока оставались стабильными. Отдалённые результаты (24 месяца) продемонстрировали 100% выживаемость пациентов и трансплантатов, отсутствие возврата к диализной терапии. Дополнительно отмечено значимое улучшение антропометрических показателей: масса тела увеличилась с $37,6 \pm 2,96$ до $47,8 \pm 2,8$ кг, рост — с $1,4 \pm 0,04$ до $1,55 \pm 0,04$ м. Социальная реабилитация характеризовалась восстановлением образовательной активности (88,2% обучаются или завершили обучение).

Выводы. ТП от живого родственного донора у детей с терминальной ХБП обеспечивает высокую эффективность лечения, выражающуюся в значимом улучшении почечной функции и метаболических параметров; 100% выживаемости пациентов и трансплантатов в среднесрочной перспективе; восстановлении физического развития и социальной адаптации. Полученные данные подтверждают целесообразность расширения программ родственной ТП в педиатрической практике.

Собиров Ж.Г., Сафаров А.З.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА У ДЕТЕЙ

Национальный медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительно оценить клиничко-лабораторные, функциональные и социальные исходы у детей с ТСХБП при длительном программном гемодиализе и после трансплантации почки от живого родственного донора.

Материал и методы. Проведено одноцентровое сравнительное исследование, включившее две когорты пациентов детского возраста с ТСХБП: группа трансплантации ($n=40$), группа программного гемодиализа ($n=40$). Все пациенты до трансплантации получали программный гемодиализ в стандартном режиме (3 раза в неделю, 3–4 часа, $Kt/V \geq 1,2$), соответствующем рекомендациям KDOQI/KDIGO. Средняя длительность диализной терапии составляла $16,2 \pm 1,7$ месяца в группе диализа и $14,6 \pm 1,9$ месяца в группе трансплантации. Оценка проводилась по следующим

параметрам: лабораторные показатели (гемоглобин, креатинин, мочеви́на, электролиты, паратгормон, альбумин); показатели адекватности диализа (Kt/V); инструментальные данные (эхокардиография, УЗИ); антропометрические параметры с использованием Z-score (ВОЗ); частота осложнений ХБП; показатели социальной адаптации. Срок наблюдения составил до 24 месяцев после трансплантации и до 12 месяцев в группе диализа. Статистический анализ выполнен с использованием описательных методов ($M \pm m$), уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. В группе гемодиализа, несмотря на достижение адекватности терапии (Kt/V $1,36 \pm 0,05$), сохранялась высокая частота осложнений: анемия - 100%, вторичный гиперпаратиреоз - 81,3%, артериальная гипертензия - 75,0%, гипертрофия левого желудочка - 56,3%. Отмечено частичное улучшение лабораторных показателей: гемоглобин увеличился с $82,6 \pm 2,4$ до $106,7 \pm 1,9$ г/л, однако уровень креатинина оставался высоким ($769,3 \pm 26,5$ мкмоль/л), что отражает отсутствие восстановления функции почек. У 56,3% детей выявлено отставание роста, дефицит массы тела - у 43,8%, что свидетельствует о выраженном нарушении физического развития. Социальная адаптация ограничена: 31,3% пациентов находились на домашнем обучении, 3% не обучались по состоянию здоровья. В группе трансплантации отмечено принципиально иное течение: снижение уровня креатинина до $88,7 \pm 6,9$ мкмоль/л; увеличение СКФ до $76,8 \pm 4,7$ мл/мин/1,73 м²; нормализация электролитного и минерального обмена; 100% выживаемость пациентов и трансплантатов в течение 24 месяцев; отсутствие возврата к диализу. Антропометрические показатели достоверно улучшились: нормализация массы тела достигнута у 88,2% пациентов, нормальный рост - у 82,4%. Социальная реабилитация характеризовалась восстановлением образовательной активности у большинства детей (более 85%).

Выводы. Программный гемодиализ обеспечивает адекватную детоксикацию, однако не предотвращает прогрессирование системных осложнений ТСХБП и нарушения физического развития. Трансплантация почки от живого родственного донора приводит к восстановлению функции почек, нормализации метаболических показателей и значительному снижению частоты осложнений. В среднесрочной перспективе трансплантация обеспечивает 100% выживаемость пациентов и трансплантатов, а также выраженное улучшение качества жизни и социальной адаптации. Полученные данные обосновывают приоритетное развитие программ родственной трансплантации почки в педиатрической практике.

Солнева Ш.А., Ахрориев З.А., Исмаилова З.Э.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

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

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения ДППГ.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с жалобами на головокружение, количество которых составило 35 человек, обратившихся в период с февраля 2025 года по июль 2026 года.

Диагностика основывалась на оценке жалоб, данных анамнеза, характера и условий возникновения головокружения, а также результатах позиционных диагностических проб. Для объективизации характерного позиционного нистагма использовались очки Френзеля. Полученные данные подчёркивают необходимость целенаправленного проведения позиционной диагностики у пациентов, предъявляющих жалобы на приступообразное головокружение, возникающее или усиливающееся при изменении положения головы.

Результаты исследования. ДППГ выявлено у 24 пациентов, что составило 70,6% от общего количества пациентов с головокружением в исследуемой выборке. Полученный показатель свидетельствует о высокой частоте данного заболевания в структуре периферического головокружения. Верификация диагноза с использованием позиционных проб позволяет определить характер поражения и выбрать соответствующий репозиционный манёвр. Использование позиционных проб в сочетании с объективной регистрацией характерного нистагма позволяет повысить обоснованность диагностики ДППГ в условиях амбулаторного приёма и своевременно определить тактику репозиционного лечения. Патогенетическое лечение ДППГ основывается на перемещении патологически расположенных отолитов из полукружного канала, что приводит к быстрому улучшению состояния больного без использования лекарственных средств.

Выводы. Высокая доля ДППГ в структуре выявленных случаев обосновывает необходимость обязательного включения позиционных диагностических проб в обследование пациентов с характерными жалобами.

Сочетание клинической оценки, позиционного тестирования и объективизации нистагма с последующим дифференцированным выбором репозиционного манёвра является рациональным подходом к диагностике и лечению ДППГ.

Солихов Р. Дж., Ашуров А.С., Кобилзода К.К.

НЕТИПИЧНЫЕ СПОСОБЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО. Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения и снижение конверсии у больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ).

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений за 60 больными с острым калькулезным холециститом, за период с 2009 по 2012 год. Мужчин было 8 (13,3%), женщин - 52 (86,7%) в возрасте от 18 до 76 лет. Все больные были обследованы до операции. Давность заболевания от 6 до 72 ч. Противопоказаний для проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) не было. Больным при невозможности осуществления стандартной ЛХЭ выполнялась не «открытая» холецистэктомия, а ЛХЭ не типичными способами. Все

больные оперированы под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции лёгких, использовали эндовидеохирургическую стойку «Азимут» (г. Санкт-Петербург, Россия), «Крыло» (г. Воронеж, Россия).

Результаты исследования. Больным с ОКХ с инфильтратом в шейке желчного пузыря, гепатодуоденальной связки и ОКХ в сочетании с циррозом печени выполнили нетипичные способы холецистэктомии. 8 (13,3%) больным выполнили ЛХЭ по Прибраму. Продолжительность операции 70 ± 10 мин. 6 (10%) больным была выполнена субтотальная ЛХЭ, учитывая высокую вероятность развития желчеистечения в послеоперационном периоде, к шейке желчного пузыря подводился тампон и два дренажа диаметром 10 мм. Продолжительность операции 90 ± 10 мин. Остальным 46 (76,6%) больным выполнили ЛХЭ продолжительность операции 40 ± 10 мин. У одного больного отмечалось кровотечение из артерий стенок желчного пузыря после ЛХЭ по Прибраму, остановили с помощью диатермокоагуляции. В послеоперационном периоде у одной больной отмечалось нагноение послеоперационной раны. Конверсия и летальный исход среди наблюдавших больных не отмечены.

Вывод. Таким образом, нетипичные способы ЛХЭ позволяют снизить количество конверсии, интраоперационные повреждения гепатикохоледоха, а также послеоперационные осложнения.

Солихов Р.Дж., Кобилзода К.К., Ашуров А.С.

МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО. Таджикистан.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым калькулёзным холециститом.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 31 больного с острым калькулёзным холециститом. Мужчин было 5 (16,1%), женщин - 26 (83,9%). Возраст больных колебался от 47 до 78 лет. Всем пациентам перед операцией проводили декомпрессию желчного пузыря с помощью микрохолецистостомии (МХС). МХС выполнялись под ультразвуковым контролем с помощью УЗИ аппаратов Aloka SSD-1100 и Toshiba SSA-550A (Япония). ЛХЭ как окончательный метод лечения выполнена 22 больным, остальным 9 больным в связи с наличием холедохолелитиаза $n=4$ и воспалительных инфильтратов ($n=5$) была выполнена холецистэктомия из мини лапаротомного доступа.

Результаты исследования. Оптимальные сроки проведения операции определяли на основании характера содержимого желчного пузыря с учётом микрофлоры и выраженности параметров интоксикации. При первичных микробиологических исследованиях степень бактериальной обсемененности составила $10^6 - 10^{10}$ КОЕ/мл, на 3-и сутки снизилась до $10^3 - 10^4$. Изменение параметров ЛИИ и ПТ указывали на наличие выраженной эндотоксемии у обследованных больных. На третьи сутки после МХС отмечалось снижение уровня указанных показателей в 2-3 раза (до МХС: ЛИИ - $6,2 \pm 0,8$; ПТ- $15,2 \pm 1,8$; после ЛИИ- $2,8 \pm 1,4$; ПТ- $24,3 \pm 2,3$). Миниинвазивные операции выполнялись на 14-21 сутки после МХС. Основным критерием неэффективности предоперационной подготовки служили случаи конверсии при применении ЛХЭ и МХЭ, которые среди наших наблюдений не отмечались. В послеоперационном периоде осложнение отмечалось у 1 (3,22%) больного после ЛХЭ, в виде нагноения послеоперационной раны, которую лечили консервативно.

Вывод. Таким образом, миниинвазивное вмешательство может быть широко использовано в клинической практике при различных формах ОКХ после декомпрессии желчного пузыря. Многоэтапное хирургическое лечение не приводит к увеличению количества интраабдоминальных и системных осложнений, а также послеоперационной летальности, что подчёркивает её практическую значимость.

Сохибов Ш.М., Холов Д.Д., Вохидова М.А.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оптимизировать хирургическую тактику лечения пациентов с вентральными грыжами на фоне морбидного ожирения путем дифференцированного выбора метода вмешательства с учетом индивидуального риска послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективно-проспективный сравнительный анализ результатов хирургического лечения 150 пациентов с вентральными грыжами и индексом массы тела ≥ 35 кг/м², находившихся на лечении в 2018–2024 гг. Пациенты были распределены на три группы по 50 человек: I группа — изолированная герниопластика; II группа — этапное лечение с предварительной коррекцией массы тела и последующей реконструкцией передней брюшной стенки; III группа — симультанное выполнение герниопластики и бариатрического вмешательства.

Оценивали клинические, антропометрические, метаболические и анатомические факторы риска, частоту ранних послеоперационных осложнений и длительность госпитализации. Для статистического анализа применяли χ^2 -критерий Пирсона, точный критерий Фишера, параметрические и непараметрические методы сравнительного анализа, корреляционный и регрессионный анализ. Для оценки прогностической эффективности разработанной шкалы выполняли ROC-анализ с расчетом AUC, чувствительности, специфичности и индекса Юдена.

Результаты исследования. Частота ранних послеоперационных осложнений последовательно снижалась в зависимости от выбранной хирургической тактики: с 36,0% (18/50) в I группе до 22,0% (11/50) во II группе и 12,0% (6/50)

в III группе. Межгрупповые различия были статистически значимыми ($\chi^2=9,03$; $p=0,011$). Относительное снижение риска осложнений при этапном лечении по сравнению с изолированной герниопластикой составило 38,9%, а при симультанной тактике — почти в 3 раза.

При оценке эффективности разработанного алгоритма у 150 пациентов частота послеоперационных осложнений составила 36,0% при стандартном подходе против 16,0% при использовании алгоритма ($p=0,006$). Частота сером снизилась с 20,0 до 8,0% ($p=0,031$), а средняя продолжительность госпитализации — с $7,5\pm 1,8$ до $6,2\pm 1,4$ суток ($p<0,001$). Снижение частоты инфекции области операции (13,3% против 5,3%; $p=0,089$) и повторных вмешательств (5,3% против 1,3%; $p=0,172$) носило характер тенденции.

Разработанная балльная шкала стратификации хирургического риска продемонстрировала высокую прогностическую эффективность: AUC=0,903 (95% ДИ 0,851–0,955; $p<0,001$), чувствительность 85,7%, специфичность 82,5%, индекс Юдена 0,682. Оптимальной точкой отсечения определено значение ≥ 5 баллов.

Выводы. У пациентов с вентральными грыжами и морбидным ожирением выбор хирургической тактики должен основываться на комплексной оценке индивидуального операционного риска. Применение разработанного алгоритма позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 36,0 до 16,0%, сером — с 20,0 до 8,0% и сократить длительность госпитализации на 1,3 суток. Авторская шкала стратификации риска продемонстрировала высокую прогностическую эффективность (AUC=0,903) и может использоваться для индивидуализации выбора хирургической тактики у данной категории пациентов.

Султонов Х.К., Набизода М.Х.

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения некротизирующей инфекции мягких тканей.

Материал и методы. В исследовательскую группу вошли 68 пациентов, получавших лечение по поводу различных форм некротизирующей инфекции в хирургическом отделении ГУ «Городской медицинский центр №3» города Душанбе в период с 2010 по 2017 годы. Среди включённых лиц было 32 мужчины и 36 женщин в возрастном диапазоне от 30 до 84 лет. Наибольшее число заболевших приходилось на возрастную категорию 40–53 года, что подчёркивает преимущественное поражение лиц трудоспособного возраста и указывает на значимое социально-экономическое значение заболевания.

При лечении пациентов с НФ после вскрытия и некрэктомии были использованы вакуумные системы, которые накладывались на нижние конечности в условиях отделения гнойной хирургии. В модифицированной системе дренажную функцию выполняла трубка из мочевого катетера, располагавшаяся в толще полиуретанового наполнителя. Рану на всем протяжении перфорировали (от 1 до 3 отверстий на см^2). Имея в виду все особенности раны, такое расположение дренажа явилось самым оптимальным для эвакуации раневого содержимого и создания условий разряжения в полости. Система менялась каждые сутки и перед установкой новой системы производился тщательный туалет раны. Также в течение дня (каждые 2–3 часа) применялась перекись водорода (до 50 мл) и отключалась вакуум-система на полчаса. Данный процесс продолжался до полного очищения раны и снижения до оптимума контаминации (10^3 КОЕ). Применение этой методики, обеспечило более эффективную элиминацию инфекционного агента и раневого отделяемого.

Результаты исследования. Пациенты были классифицированы по степени распространённости и локализации поражения на три основные группы: первая — с некротической формой рожистого воспаления (27 человек), вторая — с некротизирующим фасциитом (31 пациент), и третья — с мионекрозом (10 пациентов). Процент летальных исходов при данных формах некротизирующей инфекции составил 39%. При этом первичные высокие ампутации выполнены 9 больным. В то время как поэтапные высокие ампутации после вскрытия и паллиативных вмешательств проведены 4 больным, а у 12 больных образовались обширные постнекрэктомические дефекты, требующих пластики. При невозможности полностью исключить наличие НИ ($n=6$) были выполнены диагностические операции для визуальной оценки. Во время операции наличие некротизирующей инфекции подтверждалось типичными морфологическими изменениями: подкожная жировая клетчатка и фасции выглядели тускло, в тканях обнаруживались очаги некроза, пропитанные мутным экссудатом. При выявлении подобных изменений хирургическая тактика включала выполнение широких и протяжённых разрезов с мобилизацией кожно-жировых лоскутов, проведение радикальной некрэктомии с удалением всех нежизнеспособных тканей, а также обязательное дренирование раневой полости и подлоскутных пространств с помощью рыхлых марлевых тампонов, обильно смоченных раствором перекиси водорода. Хирургическая тактика носила этапный характер: повторные вмешательства осуществлялись в течение последующих 12–24 часов, с обязательным продолжением интенсивной комплексной консервативной терапии.

Выводы. Таким образом, преимущества модифицированного метода вакуум терапии при некротизирующем фасциите: позволяет адекватно санировать гнойно-некротический очаг и избежать дальнейшего прогрессированного процесса при некротизирующем фасциите, а также; способствует значительно снизить процент осложнений и летальности; позволяет обеспечить более эффективную эвакуацию экссудата и создать равномерное разрежение во всех участках раневой полости.

Султонов Х.К., Набизода М.Х.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

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

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с некротизирующими инфекциями мягких тканей (НИМТ).

Материал и методы. В исследование включены 68 больных. Мужчин было 32 (47,1%), женщин - 36 (52,9%); возраст варьировал от 30 до 84 лет, наибольшая часть пациентов относилась к возрастной группе 40–53 лет. По клинической форме болезни больные распределились следующим образом: некротическая форма рожи - 27 (39,7%), некротизирующий фасциит - 31 (45,6%), мионекроз - 10 (14,7%). У 41 (60,3%) пациента патологический процесс локализовался на нижних конечностях. Более чем у 90% больных имелась сопутствующая патология; наиболее часто встречались сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и анемия.

Результаты исследования. Все пациенты поступили в тяжёлом состоянии и были прооперированы в экстренном порядке. Основным хирургическим вмешательством служила широкая некрэктомия с ревизией поражённых тканей и дренированием раны. Большинству больных потребовались повторные хирургические обработки, поскольку в динамике формировались вторичные некрозы, требующие удаления нежизнеспособных тканей. В сомнительных диагностических ситуациях, когда НИМТ нельзя было уверенно исключить клинически и инструментально, у 6 пациентов была выполнена диагностическая ревизия. Интраоперационными признаками некротизирующей инфекции служили тусклая или некротизированная подкожная клетчатка, изменение фасции, пропитывание тканей мутным экссудатом и отсутствие нормального кровоснабжения. После подтверждения диагноза диагностическое вмешательство переходило в лечебное: выполнялись протяжённые разрезы, мобилизация кожно-жировых лоскутов, некрэктомия и дренирование. У 15 пациентов с некротизирующим фасциитом использовали вакуумную терапию ран. Систему устанавливали после хирургической обработки и тщательного туалета раны, меняли ежедневно. Применение отрицательного давления способствовало эвакуации раневого отделяемого, снижению микробной контаминации и подготовке раневой поверхности к закрытию. Аутодермопластика расщеплённым кожным трансплантатом выполнена 16 (23,5%) пациентам после очищения ран, появления зрелых грануляций и стабилизации общего состояния. Перед пластикой у всех больных получен отрицательный бактериологический результат. Полное приживание трансплантата достигнуто в 12 (75,0%) случаях, частичное - в 3 (18,8%); полный некроз трансплантата зафиксирован в 1 (6,2%) случае. Высокая ампутация на уровне бедра выполнена 9 (13,2%) больным; у 4 (5,9%) пациентов после малых хирургических вмешательств произведена ампутация на уровне верхней трети голени. В целом высокие ампутации потребовались 13 (19,1%) пациентам, летальность после которых составила 46,2% (6 из 13). Общая летальность по группе составила 23,5% (16 из 68). Основными причинами смерти были острая сердечно-сосудистая недостаточность и прогрессирующий эндотоксикоз.

Выводы. Таким образом, во всех сомнительных ситуациях, когда диагноз НИМТ нельзя уверенно исключить, показана ранняя диагностическая хирургическая ревизия: отсутствие гноя при пункции или по данным УЗИ не является основанием для выжидательной тактики. Оптимальная лечебная тактика при НИМТ включает раннюю радикальную некрэктомию, этапные хирургические обработки с интервалом 12–24 ч, антибактериальную терапию с учётом полимикробного характера инфекции, коррекцию сопутствующих нарушений, вакуумную терапию по показаниям и отсроченную аутодермопластику после подготовки раневого ложа.

Таджиназаров М.Б.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ NATON В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: проанализировать первый опыт применения роботизированной системы Naton (Naton Science and Technology Group, КНР) для выполнения ТЭКС в Республике Узбекистан, реализованный в рамках международного научно-практического сотрудничества со специалистами Суннинской центральной больницы Китайской Народной Республики.

Материал и методы. В исследование включены 5 пациентов (3 женщины, 2 мужчины; средний возраст $64,4 \pm 4,5$ лет, диапазон 59–71 год; средний ИМТ $29,1 \pm 0,4$ кг/м²), которым в апреле 2026 года выполнено РА-ТЭКС с применением системы Naton. Все операции проводились под спинальной анестезией. Цементная фиксация компонентов применена во всех случаях. Предоперационно у 4 пациентов (80%) выявлена варусная деформация, у 1 (20%) – вальгусная; стадия гонартроза по Kellgren–Lawrence III–IV степени. Период наблюдения составил 2 месяца (с 10 апреля по 10 июня 2026 года). Оценка результатов включала рентгенологические показатели – угол механической оси (НКА), угол бедренного компонента во фронтальной плоскости (CFA), угол тиббиального компонента (TCA) и задний наклон большеберцовой кости (PTS) – а также комплекс функциональных шкал: VAS, ROM, KSS, WOMAC, OKS, HSS и FJS.

Результаты исследования. Ни в одном случае не зафиксировано интраоперационных осложнений, конверсии к традиционной хирургической технике или технических неисправностей роботической системы. Среднее время операции составило $112,6 \pm 6,4$ мин (диапазон 105–122 мин), среднее время турникета – $64,6 \pm 4,3$ мин, интраоперационная кровопотеря – $220,0 \pm 21,9$ мл. Восстановление механической оси нижней конечности в пределах $\pm 3^\circ$ от нейтральной достигнуто у всех 5 пациентов (100%); среднее отклонение НКА составило $1,6 \pm 0,3^\circ$ (диапазон $1,2$ – $2,0^\circ$). Задний наклон большеберцовой кости (PTS) снизился с $12,60 \pm 1,21^\circ$ до $5,40 \pm 0,51^\circ$ ($p < 0,01$). Угол бедренного компонента CFA составил $1,00 \pm 0,26^\circ$, угол тиббиального компонента TCA – $0,68 \pm 0,25^\circ$; все значения находились в пределах допустимой нормы ($\pm 3^\circ$). По всем функциональным шкалам зафиксировано статистически значимое улучшение: VAS снизился с $7,2 \pm 0,7$ до $2,4 \pm 0,5$ балла ($\Delta VAS = -4,8 \pm 0,7$); ROM увеличился с $80,0 \pm 7,1^\circ$ до $114,6 \pm 4,3^\circ$ ($\Delta ROM = +34,6 \pm 6,2^\circ$); KSS вырос с $41,6 \pm 2,4$ до $77,8 \pm 2,6$ балла; WOMAC снизился с $59,2 \pm 4,1$ до $22,4 \pm 3,0$; OKS повысился с $21,2 \pm 1,7$ до $38,0 \pm 1,9$;

HSS – с $61,0 \pm 2,8$ до $80,2 \pm 1,9$ балла. Индекс FJS составил $69,6 \pm 7,5$ балла, средний балл удовлетворённости пациентов – $35,2 \pm 1,9$ из 40. Послеоперационных осложнений, тромботических событий, инфекционных и нейроваскулярных осложнений не зафиксировано ни в одном случае.

Заключение. Первый опыт применения роботической системы Naton для ТЭКС в Республике Узбекистан демонстрирует высокую точность восстановления механической оси нижней конечности (100% в пределах $\pm 3^\circ$) и клинически значимое улучшение функциональных показателей при полном отсутствии периоперационных осложнений. Полученные предварительные данные свидетельствуют о практической реализуемости и безопасности внедрения данной роботической технологии.

Тайгибов И.Р., Нажмидинов Ш.Д., Касымов К. Ф.

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Кафедра акушерства и гинекологии. КГМА им. И.К. Ахунбаева. Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования. Оценить влияние дисфункции щитовидной железы на течение и исходы гнойно-септических заболеваний органов малого таза у женщин.

Материал и методы. Ретроспективное когортное исследование выполнено на базе гинекологического отделения Национального хирургического центра им. М.М. Мамакеева. Проанализированы данные 657 женщин с гнойно-септическими заболеваниями органов малого таза (эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, сепсис), госпитализированных в 2021–2024 гг. Критерии включения: возраст ≥ 18 лет, клиничко-лабораторное и/или интраоперационное подтверждение диагноза, определение ТТГ и fT4 в первые 24 часа госпитализации. Исключены пациентки, перенёсшие операции на щитовидной железе, принимавшие тиреоидные препараты, а также с декомпенсированной печёночной/почечной недостаточностью; пациентки с вероятным синдромом нетиреоидной патологии ($n=19$) анализировались отдельно. Уровни ТТГ и fT4 определяли методом иммунохемилюминесценции (Architect i2000, Abbott). Статистический анализ выполнен в IBM SPSS 26.0 с использованием дисперсионного анализа (ANOVA), критерия Краскела–Уоллиса, χ^2 -критерия Пирсона/точного теста Фишера; ассоциации оценивали методами логистической и гамма-регрессии с коррекцией на ключевые конфаундеры. Статистически значимым считали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Из 638 включённых в анализ пациенток эутиреоз выявлен у $74,1\%$ ($n=473$), гипотиреоз – у $22,6\%$ ($n=144$, из них около $2/3$ – субклинический), тиреотоксикоз – у $3,3\%$ ($n=21$). Распределение по нозологическим формам между группами статистически значимо не различалось ($p=0,12$). Частота осложнений в группах гипотиреоза и тиреотоксикоза составила $36,1\%$ и $42,9\%$ против $14,4\%$ при эутиреозе ($p < 0,001$); потребность в лечении в ОРИТ – $29,2\%$ и $33,3\%$ против $10,8\%$ ($p < 0,001$); частота хирургических вмешательств – $61,1\%$ и $66,7\%$ против $43,3\%$ ($p < 0,001$); госпитальная летальность – $5,6\%$ и $4,8\%$ против $1,5\%$ ($p=0,008$). Медиана длительности госпитализации составила 6 [5–8] суток при эутиреозе против 9 [6–14] и 9 [6,5–11,5] суток при гипотиреозе и тиреотоксикозе соответственно ($p < 0,001$). После коррективки на конфаундеры гипотиреоз и тиреотоксикоз сохраняли независимую связь с осложнениями (ОШ 2,85 и 3,12), потребностью в ОРИТ (ОШ 2,39 и 2,88) и длительностью госпитализации ($\exp(\beta)$ 1,42 и 1,31); связь с летальностью статистической значимости не достигла. Установлен дозозависимый эффект гипотиреоза: манифестная форма ассоциировалась с более выраженным ухудшением исходов (ОШ осложнений 4,10), чем субклиническая (ОШ 2,15). Уровень ТТГ умеренно коррелировал с длительностью госпитализации ($\rho=0,32$) и уровнем СРБ ($\rho=0,28$), $p < 0,001$.

Выводы. Дисфункция щитовидной железы, преимущественно в форме гипотиреоза, выявляется у значительной части пациенток с гнойно-септическими заболеваниями органов малого таза и ассоциирована с более тяжёлым течением инфекционного процесса – усилением воспалительного ответа, повышением частоты осложнений, потребности в интенсивной терапии и увеличением сроков госпитализации. Независимая связь гипотиреоза и тиреотоксикоза с неблагоприятными исходами сохраняется после коррекции на конфаундеры, при этом гипотиреоз демонстрирует дозозависимый эффект. Различия в летальности не достигли статистической значимости, вероятно, из-за ограниченной мощности исследования. Результаты обосновывают необходимость рутинной оценки тиреоидного статуса у пациенток с гнойно-септическими гинекологическими заболеваниями для стратификации риска и оптимизации лечения.

Тайжанова Д.Ж., Серикбай Н.А., Кабилдина Н.А.

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ВПЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, НАО «Карагандинский медицинский университет», Караганда, Казахстан

Цель исследования. Проанализировать опубликованные данные и определить предикторы прогрессирования легкой дисплазии шейки матки (LSIL/CIN1) у женщин с ВПЧ-инфекцией, имеющие наибольшее значение для стратификации клинического риска.

Материал и методы. Поиск публикаций за 2011–2025 гг. проводили в базах данных PubMed/MEDLINE, Scopus и Web of Science. Отбор исследований выполняли в соответствии с рекомендациями PRISMA 2020. Из 420 выявленных публикаций в обзор включили 33 полнотекстовых исследования.

Результаты исследования. Наиболее убедительные данные получены для генотипа ВПЧ 16/18 и тип-специфической персистенции высокоонкогенных типов ВПЧ, прежде всего ВПЧ 16. Экспрессия E6/E7, метилирование ДНК и вирусная нагрузка обладают дополнительным прогностическим потенциалом, тогда как иммунные и микробиомные

показатели пока имеют ограниченную клиническую валидацию. Многофакторные модели, объединяющие вирусные, молекулярные и клинические показатели, позволяют точнее стратифицировать риск, чем оценка отдельных маркеров.

Выводы. Наибольшее значение для стратификации риска прогрессирования LSIL/CIN1 имеют генотип ВПЧ 16/18 и тип-специфическая персистенция высокоонкогенных типов ВПЧ. Молекулярные маркеры трансформирующей инфекции могут дополнять оценку риска, однако степень их клинической валидации различается. Многофакторные модели, объединяющие вирусные, молекулярные и клинические показатели, позволяют точнее оценивать риск прогрессирования, чем отдельные маркеры.

**Туйдиев Ш.Ш. Махмудназаров М.И.
СЕПТОПЛАСТИКА ПРИ ВЫВИХЕ ХРЯЩА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.**

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Изучение эффективности применения щадящего способа хирургического вмешательства при вывихе и подвывихе хряща носовой перегородки.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 больных с искривлением перегородки носа в возрасте от 15 до 38 лет. У 16 больных наблюдался полный вывих и смещение хряща в правую ноздрю, у 12 пациентов – подвывих четырехугольного хряща и смещение его переднего края влево. Всем больным до операции и в послеоперационном периоде проводились исследования функционального состояния носовой полости, клинико - лабораторные исследования, и рентгенография околоносовых пазух.

Результаты исследования. При исследовании функционального состояния носовой полости выявлены значительные нарушения дыхательной, защитной функций и косметический дефект в виде смещения кончика носа в сторону, что явились показаниями к операции. Для хирургической коррекции деформированного хряща носовой перегородки мы применили следующий способ септопластики. После разреза и обнажения края четырехугольного хряща перегородки носа слева, распатором-отсосом производили отслойку слизистой оболочки вместе с надхрящницей на всем протяжении стенки только на стороне разреза. Затем нижним горизонтальным и задним вертикальным разрезами хрящ отсекали от костной основы перегородки носа снизу и перпендикулярной пластинки решетчатой кости сзади. Далее вдоль верхнего края перегородки носа проводили два параллельно продольных разреза на всю длину и глубину хряща, не повреждая слизистую оболочку с другой стороны стенки. Хрящевую полоску диаметром 1-2 мм между разрезами отслаивали от слизистой противоположной стороны и удаляли, после чего четырехугольный хрящ становился подвижным и держался на мюкоперихондрии противоположной стороны перегородки. В завершении операции передний конец мобилизованного хряща перегородки носа вводили в заранее подготовленный разрез в кожной части перегородки между медиальными ножками крыльных хрящей и фиксировали швами. В случаях подвывиха только переднего края хряща, проводили два параллельно вертикальных разреза по линии искривления и удаляли полоску хряща между разрезами, что позволяло мобилизовать передний отдел хряща. Далее мобилизованный каудальный конец хряща вводили в карман мембранозной части перегородки носа по вышеописанной методике и фиксировали швами. У пациентов, которое вывих четырехугольного хряща и смещение его переднего края наблюдалось справа, разрез и обнажение края четырехугольного хряща перегородки носа мы проводили с правой стороны.

В послеоперационном периоде у всех больных наблюдали восстановление носового дыхания в полном объеме и устранение косметического дефекта.

Выводы. Таким образом, способ септопластики путем коррекции и мобилизации хряща носовой перегородки является щадящим и эффективным методом хирургического вмешательства при вывихе перегородки носа.

**Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Махмадиев А.А.
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Разработка оптимальных методов хирургических вмешательств при сочетанных патологиях носовой полости и околоносовых пазух.

Материал и методы исследования. В ЛОР отделениях Национального медицинского центра РТ под нашим наблюдением находился 21 больной с деформацией перегородки носа в сочетании с патологией структур носовой полости и околоносовых пазух. У 8 пациентов диагностирована деформация носовой перегородки, гипертрофия нижних носовых раковин и полипозный этмоидит, у 7 – искривление перегородки носа сочеталось с хроническим вазомоторным ринитом и кистой верхнечелюстной пазухи и у 6 больных с хроническим гипертрофическим ринитом и полипозным гайморитом. Возраст больных колебался от 16 до 57 лет. Из них мужчин было 14, женщин – 7. Для установления диагноза больным до операции и в послеоперационном периоде проводились исследования функционального состояния носовой полости, клинико-лабораторные исследования, рентгенография и КТ околоносовых пазух. Основными жалобами больных были постоянные затруднение носового дыхания, расстройство чувства обоняния, слизисто или слизисто-гнойными выделениями из носа, зависимость от сосудосуживающей капли, заложенность в ушах, быстрой утомляемость, нарушение сна с ночным храпом и периодическими головными болями, которые значительно влияли на качество жизни пациентов.

Результаты исследования. При исследовании функционального состояния полости носа выявлены значительные нарушения дыхательной, защитной и обонятельной функций носа, что явилось основанием для проведения оперативного вмешательства. Риноскопическая картина больных проявлялась застойной гиперемией слизистой оболочки

полости носа, разными вариантами деформации перегородки носа, умеренной гипертрофией нижних и средних носовых раковин, а также наличием полипозных образований и патологического (слизистого, слизисто-серозного) содержимого в полости носа. Хирургические вмешательства были выбраны в зависимости от вида деформации носовой перегородки, патологии носовых раковин и околоносовых пазух. Операцию начинали с коррекции перегородки носа, после завершения которой последовательно выполняли ультразвуковую дезинтеграцию гипертрофированных носовых раковин, гайморотомию и полипэктомию. Все оперативные вмешательства проводили под общим эндотрахеальным наркозом. В послеоперационном периоде осуществляли ежедневный уход за полостью носа и околоносовых пазух путем туалета и промывания. Отек слизистой носовой полости и околоносовых пазух исчезал на 6-8 сутки с постепенным восстановлением носового дыхания. Контрольные осмотры больных через 6 месяцев и год показали эффективность проведения одномоментной функциональной риносинусхирургии при искривлениях перегородки носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух. При этом у 16 (76,1%) оперированных отмечен хороший и у 5 (23,8%) удовлетворительный функциональный результаты, которые выражались 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.

Выводы. Одномоментное проведение хирургических вмешательств на перегородке носа, носовых раковинах и околоносовых пазухах, являются оптимальным и эффективным методом хирургического лечения при сочетанных патологиях полости носа и околоносовых пазух, избавляющие больных от необходимости повторных вмешательств.

Умарализода С.А., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А.

САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ “УРЕСУЛТАН” ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ЧАРРОҲИИ ОМОСҲОИ НЕКСИФАТИ ХАНЧАРА

Кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Мақсади таъқиқот. Истифодаи маводи дорувории “Уресултан” ҳамчун ҷузъи табobati комплексӣ дар давраи пас аз чарроҳии беморони гирифтори ташкилаҳои нексифати ханчара.

Мавод ва усулҳои таъқиқот. Дар шӯъбаҳои бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» аз соли 2025 то 2026 зери назорат 14 бемор дар гуруҳи асосӣ ва 11 нафари дигар дар гуруҳи муқоисавӣ қарор дошт. Синии беморон аз 6 то 53 солро ташкил медоданд. Беморони мубталои этиологияҳои органикии ханчара дар шӯъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии МД ММТ ҚТ «Шифобахш» бистарӣ буданд. Дар ҳамаи беморон дисфонияи дараҷаҳои гуногун мушоҳида мешуд. Ба ҳамаи беморон муоинаи узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ва видеоларингоскопия дар марҳилаҳои пеш аз чарроҳӣ ва пас аз чарроҳӣ анҷом дода шуд. Амалёти чарроҳӣ бо роҳи эндоскопӣ- бартарарфозии ташкилаҳои нексифати ханчара дар ҳамаи беморон зери беҳискунии умумии эндотрахеалӣ анҷом дода шуд. Дар минтақаи чарроҳӣ ҳам дар гуруҳи асосӣ ва ҳам дар гуруҳи муқоисавӣ барои муддати муайян аломатҳои реактивӣ, аз ҷумла варами перифокалӣ, гиперемия ва ташаккули қабати фиброзӣ мушоҳида гардид.

Натиҷаҳои таъқиқот. Дар давраи баъд аз чарроҳӣ ба беморони гуруҳи асосӣ зери назорати эндоскоп ба минтақаи чарроҳишуда маҳлули 0.01% Уресултан пошида шуда, дар рафти табобат дар рӯзи 5, 15 ва 30 баъди чарроҳӣ тақроран фиброларингоскопия гузаронида шуд. Таҳлили натиҷаҳо нишон дод, ки рӯзи 5-ум дар 12 бемори гуруҳи асосӣ барқароршавии пардаи луобии чинҳои садо мушоҳида гардида, сурхӣ ва варами онҳо камтар гардидааст. Инчунин, дар беморони гуруҳи асосӣ ихроҷоти луобӣ ва намнокии ҷои чарроҳат кам мушоҳида гардид, ки ин барои зудтар барқароршавии минтақаи чароҳат самараи хубро нишон медиҳад. Дар гуруҳи муқоисавӣ дар рӯзҳои 15-18 сурхӣ ва варами ноғияи ҷароҳат кам гардида, роғи овозӣ шакли нимбайзавиро гирифт, ки ин суръати суст барқароршавиро нишон медиҳад.

Вобаста ба таҳис ва ҷалъи ҷароҳии гузаронидашуда дар 2 бемори гуруҳи асосӣ давраи барқароршавии баъди ҷароҳӣ аз 8 то 10 рӯзро ташкил дод. Дар ин беморон дар рӯзи 2-3 нисбат ба беморони дар боло тавсифшуда падидаҳои реактивии пас аз чарроҳӣ шадидтар мушоҳида карда шуданд. Ҳангоми фонатсия, роғи овозӣ шакли нимбайзавӣ дошт ва дар минтақае, ки аз он ташкилаи омӯсӣ бартарарф гардида буд, сурхӣ ва варами зиёд ба назар мерасид. Дар рӯзи 10-уми пас аз чарроҳӣ ва пошидани маводи 0.01% Уресултан варами минтақаи ҷароҳишуда кам гардида, садопардаи ранги гулобиро гирифтанд. Дар гуруҳи муқоисавӣ бошад дар ин гуна беморон раванди барқароршавии баъди 29 рӯз мушоҳида гардид.

Ҳамин тариқ, муайян гардид, ки таъсири маводи 0.01% Уресултан аз ҷумла дар беморони баъди чарроҳии омӯсҳои хушфати ханчара муфид ва таъсирбахш буда, барои зудтар бартарарф намудани падидаҳои баъдичарроҳӣ натиҷаи хуб медиҳад. Муайян гардид, ки истифодаи маводи 0.01% Уресултан дар равандҳои баъди чарроҳӣ барои барқарор намудани ҳолати функционалии ханчара кӯмаки зиёд мерасонанд.

Хулоса. Натиҷаҳои тадқиқот нишон медиҳад, ки истифодаи маводи дорувории Уресултан дар марҳилаи пас аз чарроҳии бартарарфозии ташкилаҳои нексифати ханчара аз ҷиҳати клиникӣ асоснок буда, ба беҳтаршавии ҷараёни реабилитатсия ва кам гардидани падидаҳои номатлуби пас аз чарроҳӣ мусоидат менамояд.

Умбетжанов Е.У., Давлатзода Б.Х., Икромӣ Т.Ш.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Д.ж. Ахмедова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. На основании анализа современных научных данных систематизировать факторы риска послеоперационного делирия у онкологических пациентов и обосновать целесообразность комплексной предоперационной оценки фенотипа уязвимости пациента.

Материал и методы исследования. Проведен аналитический обзор современных публикаций, посвященных послеоперационному делирию у взрослых пациентов хирургического и онкологического профиля. Особое внимание уделялось систематическим обзорам и метаанализам, оценивающим роль исходного когнитивного статуса, старческой астении, коморбидности, нутритивного статуса, саркопении, а также периоперационных факторов в развитии ПОД. Факторы рассматривались в рамках концепции взаимодействия исходной уязвимости пациента и периоперационного стрессового воздействия.

Результаты исследования и их обсуждения. Частота ПОД после онкологических операций существенно варьирует в зависимости от профиля вмешательства, характеристик пациентов и применяемого диагностического инструмента. Современные исследования демонстрируют, что риск делирия определяется не отдельным фактором, а совокупностью взаимосвязанных характеристик пациента. Наиболее устойчиво с развитием ПОД ассоциируются пожилой возраст, исходное когнитивное снижение, старческая астения, коморбидность, низкий функциональный и нутритивный резерв. В метаанализе исследований онкологических операций предоперационная когнитивная дисфункция ассоциировалась более чем с пятикратным увеличением шансов развития ПОД. Старческая астения также рассматривается как независимый предиктор делирия и других неблагоприятных послеоперационных исходов. Дополнительный вклад в формирование риска вносят анемия, гипоальбуминемия, воспалительная активность, длительность и объем хирургического вмешательства, кровопотеря и гемотрансфузия, гемодинамическая нестабильность, болевой синдром и особенности медикаментозной терапии. Таким образом, традиционная оценка отдельных факторов риска может быть недостаточной для отражения индивидуальной восприимчивости пациента к операционному стрессу. Перспективным подходом представляется выделение фенотипа уязвимости, объединяющего когнитивный, функциональный, соматический, нутритивно-саркопенический и периоперационный домены.

Выводы. Послеоперационный делирий у онкологических пациентов имеет многофакторную природу и развивается в результате взаимодействия исходной уязвимости организма с периоперационными стрессорами. Переход от изолированной регистрации факторов риска к комплексному фенотипированию уязвимости может повысить точность предоперационной стратификации риска ПОД и обеспечить основу для разработки индивидуализированных профилактических стратегий.

Умбетжанов Е.У., Давлатзода Б.Х., Мухамедгали Р.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии имени профессора Дж. Ахмедова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Проанализировать современные инструменты прогнозирования послеоперационного делирия у пациентов онкохирургического профиля.

Материал и методы. Проведен аналитический обзор современных исследований, посвященных моделям прогнозирования делирия у взрослых пациентов онкохирургического профиля в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Рассматривались валидированные многофакторные модели прогнозирования, а также инструменты оценки отдельных компонентов исходной уязвимости пациента. Особое внимание уделялось времени проведения оценки, составу предикторов, дискриминационной способности и возможности практического применения моделей.

Результаты исследования. Существующие инструменты оценки риска делирия существенно различаются по целевой популяции и времени прогнозирования. Одной из наиболее изученных моделей является PRE-DELIRIC, включающая 10 клинических предикторов, доступных в течение первых 24 часов пребывания в ОРИТ: возраст, тяжесть состояния по APACHE II, категорию и срочность поступления, кому, инфекцию, метаболический ацидоз, применение седативных препаратов и морфина, концентрацию мочевины. При разработке модели площадь под ROC-кривой при внешней валидации составила 0,84. Модель E-PRE-DELIRIC позволяет проводить более раннюю оценку непосредственно при поступлении в ОРИТ и включает девять параметров, среди которых возраст, предшествующие когнитивные нарушения, злоупотребление алкоголем, мочевины, среднее артериальное давление, дыхательная недостаточность и характеристики поступления. Однако результаты внешних валидаций демонстрируют вариабельность прогностической точности обеих моделей в различных клинических популяциях. Существенным ограничением существующих инструментов является недостаточный учет комплексной предоперационной уязвимости пациента. Когнитивный статус, старческая астения, коморбидность, функциональный и нутритивный резерв могут оцениваться с использованием Mini-Cog/MoCA, Clinical Frailty Scale, Charlson Comorbidity Index и других инструментов, однако обычно не интегрированы в единую модель прогнозирования ПОД. Отдельную группу составляют CAM-ICU, ICDSC и 4AT, предназначенные преимущественно для выявления уже возникшего делирия и не являющиеся шкалами прогнозирования его риска.

Выводы. Современные модели позволяют стратифицировать риск делирия, однако их прогностическая эффективность зависит от клинической популяции и момента проведения оценки. PRE-DELIRIC характеризуется широкой доказательной базой для пациентов ОРИТ, но требует данных первых 24 часов наблюдения, что ограничивает возможность полностью предоперационного прогнозирования. Перспективным направлением является разработка и валидация моделей, объединяющих показатели исходной когнитивной, функциональной и соматической уязвимости с периоперационными факторами риска и учитывающих особенности конкретной хирургической популяции.

Усмонзода Б.Н., Саъдуллозода Ф.С., Нусратуллоева М.И.
АНАЛИЗ ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЛИТИАЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Кафедра урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Цель исследования. Представить обзор литературы и научных публикаций о применении различных методов лечения уретеролитиаза.

Материал и методы. Проведен поиск литературы в базе данных Pubmed, E-library, cyberleninka.ru и др., по ключевым словам, мочекаменная болезнь, уретероскопия, уретеролитотрипсия, лазеры в урологии, гольмиевый лазер, пневматическая уретеролитотрипсия, тулиевый волоконный лазер. Выполнен поиск англоязычных и русскоязычных материалов, доклинических (на животных) и клинических исследований. Проведен анализ опубликованных статей.

Результаты исследования. В настоящее время уретероскопия является эффективным и минимально-инвазивным методом лечения камней мочеточника. В клинической практике уролога для разрушения камня мочеточника при уретероскопии используются различные виды энергий. В настоящее время в арсенале уролога имеются отличающиеся по своей физике разрушения конкремента литотрипторы, такие, как пневматические, ультразвуковые, электроимпульсные, электрогидравлические и лазерные. За последнее десятилетие отмечается бурный прогресс лазерных технологий в урологии. Согласно последним рекомендациям Европейской ассоциации урологов гольмиевый лазер является «золотым стандартом» при выполнении как ригидной, так и гибкой уретероскопии. Однако в последние годы появляются много сообщений о выполнении литотрипсии с помощью тулиевого волоконного лазера, который отличается высокой частотой импульсов, эффективностью и минимальной ретропульсией. В данной тезисе проведен литературный обзор данных о преимуществах и недостатках того или иного метод.

Выводы. В настоящее время ретроградная контактная уретеролитотрипсия является наиболее эффективным малоинвазивным методом удаления клинически значимых камней мочеточника.

Файзуллоев Дж.А., Шарипов А.М., Бадалов Ш.А.
ТРАВМА ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Провести анализ структуры, клинической картины, диагностических подходов и исходов лечения у детей с травмами грудной и брюшной полостей, а также выявить факторы, способствующие возникновению осложнений.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 120 детей в возрасте от 2 до 16 лет, находившихся на лечении по поводу травмы грудной и/или брюшной полости в течение 5-летнего периода (2021–2026 гг.). Среди обследованных детей мальчики преобладали-78 (65%), тогда как девочек было 42 (35%). Характер травм: тупые повреждения зафиксированы у 108 пациентов (90%), проникающие у 12 (10%). Этиологическая структура включала дорожно-транспортные происшествия-48 (40%) случаев, падения с высоты-31 (25,8%) случаев, бытовые инциденты-23 (19,2%) случая и спортивные травмы-18 (15,0%) случаев. Диагностический комплекс базово включал клиническое обследование, лабораторные исследования крови (общий и биохимический) и УЗИ. При наличии показаний применялись рентгенография и компьютерная томография. Выбор стратегии лечения обуславливался степенью тяжести полученных повреждений и гемодинамическими параметрами ребенка.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, у 56 детей (46,7%) диагностирована изолированная абдоминальная травма, у 29 (24,2%)-изолированная травма грудной клетки, а у 35 (29,1%) зафиксировано сочетание поражений обеих полостей. В группе с повреждением органов брюшной полости лидируют ранения селезенки-19 (15,8%) случаев и печени 25 (20,8%) случаев, тогда как травмы полых органов наблюдались у 8 (6,7%) детей, а почек у 7 (5,8%). Что касается травматизации грудной клетки, то наиболее распространенными диагнозами стали ушиб легочной ткани 24 (20,0%) пациента, пневмоторакс 15 (12,5%) детей и гемоторакс 11 (9,2%) детей.

Консервативное лечение проведено 94 (78,3%) детям, в то время как необходимость хирургического вмешательства возникла у 26 (21,7%) пациентов.

Осложнения развития заболевания выявлены у 14 (11,7%) больных, причем преимущественно при комбинированных травмах. Смертельный исход зафиксирован в двух ситуациях (1,7%). Выявленные показатели согласуются с актуальными научными источниками, подчеркивающими эффективность консервативного ведения у большинства гемодинамически стабильных детей с закрытыми повреждениями внутренних органов.

Выводы. Подводя итоги, следует отметить, что у детей повреждения грудной и брюшной полостей отличаются широким спектром травматических поражений и высокой долей комбинированных ранений. Основными этиологическими факторами выступают ДТП и падение с высоты. У детей с нормальным гемодинамическим статусом предпочтительна выжидательная тактика с консервативным ведением под постоянным медицинским контролем. Своевременное выявление патологий и минимизация числа ненужных операций достигаются за счет раннего скрининга с помощью УЗИ и обдуманного назначения компьютерной томографии.

Факиров Х.З., Назаров Ш.К., Отаев Ш.З.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТЯЖНОЙ ЛИГАТУРНОЙ ВЕНТРОПЛАСТИКИ ПРИ МАЛЫХ И СРЕДНИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ОТТОРЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности натяжной лигатурной вентропластики с дополнительным укреплением линии ушитого грыжевого дефекта у пациентов с высоким риском осложнений при использовании сетчатых имплантов.

Материал и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которой являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 62 пациента с вентральными грыжами: мужчины — 56%, женщины — 44%, средний возраст составил $49,2 \pm 11,9$ лет. Послеоперационные грыжи наблюдались у 61% пациентов, первичные — у 39%. По классификации EHS (European Hernia Society) грыжи распределялись следующим образом: W1 (<4 см) — 46%, W2 (4–10 см) — 54%.

Локализация: медианные (М) — 60%, латеральные (L) — 40%. Пациенты имели высокий риск осложнений при использовании сетки, обусловленный сахарным диабетом (28%), ожирением (42%), хроническими очагами инфекции (31%), иммунодефицитными состояниями (14%) и ранее перенесёнными раневыми осложнениями (19%). Методика хирургического лечения включала натяжную лигатурную вентропластику с послойным ушиванием апоневроза. Дополнительно применялась техника усиления линии шва: формировалось дополнительное лигатурное укрепление с отступом от краёв грыжевых ворот и проведением фиксирующих швов по периметру ушитого дефекта с обходом основной линии шва, что обеспечивало перераспределение натяжения и снижение риска прорезывания тканей. Интраоперационно отмечались умеренные технические сложности, связанные с истончением апоневроза и изменёнными рубцовыми тканями в зоне дефекта.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила 52 ± 11 минут. Кровопотеря была минимальной и не превышала 50–70 мл. В 100% случаев удалось выполнить пластику без применения сетчатых имплантов. В раннем послеоперационном периоде болевой синдром по ВАШ составил в среднем $4,1 \pm 0,8$ балла в первые сутки и снижался до $1,6 \pm 0,5$ к 3–4 суткам. Активизация пациентов происходила на 1–2 сутки. Осложнения отмечены у 11% пациентов: серомы (6%), поверхностные раневые осложнения (5%). Глубоких инфекций и эвентрации не наблюдалось. Повторных хирургических вмешательств не потребовалось. При наблюдении в течение 12 месяцев рецидив грыжи выявлен у 6,5% пациентов с W1 и у 14,3% с W2. Следует отметить, что рецидивы были связаны преимущественно с выраженным ожирением и нарушением режима послеоперационной нагрузки. Лабораторные показатели воспалительной реакции (лейкоциты, С-реактивный белок) нормализовались к 5–7 суткам. Признаков системной воспалительной реакции и септических осложнений не выявлено. Летальных исходов не зарегистрировано.

Выводы. Модифицированная натяжная лигатурная вентропластика с дополнительным укреплением линии шва является эффективным методом лечения малых и средних вентральных грыж у пациентов с высоким риском отторжения сетчатого импланта. Метод обеспечивает низкую частоту осложнений, приемлемый уровень рецидивов и позволяет избежать применения протезирующих материалов в неблагоприятных клинических условиях.

Факиров Х.З., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбанова К.М. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Сравнение результатов эмпирической антибиотикотерапии (ЭАТ) и антибактериальной терапии, скорректированной на основании результатов микробиологического исследования экссудата брюшной полости и антибиотикочувствительности возбудителей.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование были включены 40 пациентов с верифицированным диагнозом распространённого гнойного перитонита, госпитализированных в период с 2022 по 2025 гг. Пациенты были распределены по полу следующим образом: мужчин — 24 (60%), женщин — 16 (40%). Возрастной состав: 6 пациентов (15%) — в возрасте 18–39 лет, 14 пациентов (35%) — в возрасте 40–59 лет, 20 пациентов (50%) — старше 60 лет. Все пациенты были экстренно оперированы. В послеоперационном периоде они были разделены на две сравнительные группы в зависимости от подхода к антибактериальной терапии: **Группа 1 (n = 20):** получала эмпирическую антибиотикотерапию (ЭАТ) согласно стандартным схемам лечения перитонита (чаще всего — комбинации цефалоспоринов III поколения с метронидазолом или фторхинолонами), без уточнения чувствительности возбудителя. **Группа 2 (n = 20):** в ходе операции у этих пациентов осуществлялся забор экссудата из брюшной полости для бактериологического посева и последующего определения антибиотикочувствительности. На основании полученных результатов (на 2–3 сутки) проводилась коррекция антибактериальной терапии. Диагностика включала клинико-лабораторные данные (лейкоцитоз, СРБ, прокальцитонин), инструментальные методы (УЗИ, КТ), а также микробиологическое исследование интраабдоминального экссудата. Оценивались клинические исходы: динамика воспалительных маркеров, сроки нормализации температуры, частота гнойно-септических осложнений, продолжительность госпитализации и летальность.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал выраженное различие в клинических исходах между двумя группами. В **группе 1** (ЭАТ без микробиологического контроля) положительная клиническая динамика была отмечена у 13 пациентов (65%). В 4 случаях (20%) развились гнойно-септические осложнения (внутрибрюшные абсцессы, флегмоны, раневая инфекция), в 3 случаях (15%) имела место летальность, в том числе на фоне прогрессирующего сепсиса и полиорганной недостаточности. В **группе 2**, где проводилось микробиологическое исследование экссудата с последующим уточнением антибиотикочувствительности, положительный эффект достигнут у 18 пациентов (90%). Только у одного пациента (5%) отмечено развитие послеоперационного осложнения (ограниченный подпечёночный абсцесс, купированный пункцией и коррекцией терапии). Летальность в этой группе составила 5% (1 случай), обусловленный тяжёлой сопутствующей патологией. Наиболее часто выявляемыми возбудителями являлись: *Escherichia coli* — в 47% случаев, *Klebsiella pneumoniae* — в 25%, *Enterococcus faecalis* — в 18%, *Pseudomonas aeruginosa* — в 10%. При этом в 65% случаев выявлена умеренная или высокая устойчивость микроорганизмов к цефалоспорином III поколения и фторхинолонам. В 70% наблюдений схема лечения была скорректирована в пользу карбапенемов (меропенем, имипенем), аминогликозидов (амикацин) или гликопептидов (ванкомицин) в зависимости от чувствительности возбудителя. Также установлено, что пациенты старше 60 лет, имевшие сопутствующую патологию (сахарный диабет, ХСН, ХПН), особенно нуждаются в ранней и точной коррекции антибактериальной терапии.

Выводы. 1. Применение бактериологического посева экссудата из брюшной полости с последующим определением чувствительности к антибиотикам позволяет значительно повысить клиническую эффективность лечения перитонита. На фоне распространённой устойчивости микроорганизмов к стандартным схемам ЭАТ, целесообразно как можно раньше проводить микробиологическую диагностику. В группе пациентов, получивших коррекцию антибиотикотерапии на основе чувствительности, отмечено уменьшение числа осложнений в 4 раза и летальность снижена в 3 раза по сравнению с группой ЭАТ. Для стационаров, оказывающих неотложную хирургическую помощь, внедрение стандартизированных алгоритмов микробиологического контроля при перитоните является необходимым элементом антимикробной политики.

Фатоев Б.Г.^{1,3}, Рахмонзода Х.Дж.^{1,3}, Коситов Д.Д.^{2,3}

РОЛЬ МОНИТОРИНГА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

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

10 Кафедра нейрохирургии и вертебрологии ГОУ «ИПО в СЗ РТ». Таджикистан.

11 ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Определить возможности измененной ВРС отражать степень поражения ВНС и предсказывать исходы у пациентов с ТЧМТ как в остром периоде, так и в период пробуждения.

Материал и методы. В проспективное исследование были включены 25 пациентов (20 мужчин и 5 женщин) с ТЧМТ с начальной ШКГ ≤ 8 баллов, поступивших на стационарное лечение в отделение нейрореанимации ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – 7 больных с летальным исходом (уровень сознания – 3-5 баллов по ШКГ), 2-я группа – 12 выживших пациентов с хорошим исходом (группа хорошего восстановления, ШКГ ≥ 10 баллов), 3-я группа – 6 пациентов с худшим неврологическим статусом (группа плохого исхода, ШКГ < 10 баллов).

Результаты исследования. Все пациенты до получения ЧМТ были здоровы.

Причиной ТЧМТ были ДТП (17), высотная травма (3), бытовые инциденты (5). Средний возраст пострадавших – $34,7 \pm 8,2$ года. Сочетанная травма грудной клетки имела у 10 пациентов, травма живота — у 2, скелетная травма – у 8. Первичная компьютерная томография у 3 пациентов выявила компрессию цистерн мозга, у 20 — смещение срединных структур более 5 мм, у всех обследованных — внутримозговые гематомы объемом более 25 см³ (эвакуированные хирургически). Похожие повреждения отмечались во всех группах больных. Средний балл ШКГ при поступлении в ОРИТ составил $5,1 \pm 1,3$, через 2 дня после окончания седатации средний балл у выживших был равен $10,5 \pm 3,2$.

Выводы. Анализ вариабельности ритма сердца является валидным методом оценки тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС у пациентов с ТЧМТ. Изменения вариабельности ритма сердца могут отражать степень поражения церебральных функций: так, у седатированных пациентов нарушения ВРС, особенно ее вагусный компонент, связаны с нарастанием отека головного мозга.

Фуркатзод Ф., Карим-заде Х.Д., Махмадзода Ш.К.

ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить распространённость и характер глазных симптомов у пациентов с различной нейрохирургической патологией, а также установить корреляционные связи между типом заболевания и выявляемыми офтальмологическими признаками.

Материал и методы. В исследование включены 512 пациентов, поступивших в нейрохирургическое отделение в период с 2023 по 2025 годы: 390 детей (76,2%) в возрасте от 0 до 18 лет и 122 взрослых (23,8%). Диагностический процесс включал клиническое обследование, нейровизуализацию (МРТ и КТ), при необходимости — гистологическую верификацию диагноза. Офтальмологическое обследование проводилось врачом-офтальмологом и включало визометрию, тонометрию, офтальмоскопию, периметрию и оптическую когерентную томографию (ОКТ). Возрастная структура: 0–5 лет — 20,3%, 6–12 лет — 35,1%, 13–18 лет — 20,7%, 19–45 лет — 17,2%, старше 45 лет — 6,6%.

Распределение по диагнозам: опухоли мозга — 30,9%, внутричерепная гипертензия — 23,4%, гидроцефалия — 16,8%, черепно-мозговая травма — 11,3%, менингит/энцефалит — 8,4%, прочие — 9,2%.

Результаты исследования. Глазные симптомы выявлены у 420 пациентов (82,0%). Чаще всего встречались: отёк диска зрительного нерва (41,6%), снижение остроты зрения (22,5%), нистагм (19,5%), диплопия (15,6%), птоз (13,8%), скотомы (7,8%). У детей симптомы наблюдались достоверно чаще (87,2%), чем у взрослых (65,6%); наибольшая доля пришлась на возраст 6–12 лет (93,3%). Мальчики страдали чаще девочек (54,8%). Установлена достоверная корреляция между опухолями задней черепной ямки и отёком ДЗН ($r = 0,62$; $p < 0,01$), а также между гидроцефалией и нистагмом ($r = 0,55$; $p < 0,05$). Птоз преимущественно регистрировался при аневризмах и менингиомах основания черепа. Клинические наблюдения подтвердили диагностическую значимость симптомов: отёк ДЗН при медуллобластоме, парез VI нерва при менингиоме мостомозжечкового угла, птоз и мидриаз при аневризме задней соединительной артерии, нистагм при кисте червя мозжечка, анизокория при внутричерепной гематоме.

Выводы. Глазные симптомы являются важными диагностическими признаками при нейрохирургической патологии: у 82% пациентов с подтверждённым диагнозом выявлены различные офтальмологические проявления, чаще всего у детей школьного возраста. Выявленные корреляции усиливают значение офтальмологического осмотра. Раннее выявление глазных симптомов и их систематическая оценка повышают точность и своевременность постановки нейрохирургического диагноза. Рекомендуется включение офтальмолога в состав мультидисциплинарной бригады при ведении пациентов с подозрением на внутричерепную патологию.

Хайдаров З.Б., Махмадзода Ш.К., Кадырова Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

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

Цель исследования. Изучить эффективность диагностических методов цифровой рентгенографии, компьютерной томографии и В-сканирования для визуализации и локализации рентгеноконтрастных инородных тел в орбите.

Материал и методы. Работа представляет собой открытое проспективное исследование. В исследование были включены 52 пациента с подозрением на наличие инородных тел в глазу при первичном обращении в первое глазное отделение ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» в период с января 2018 по декабрь 2024 года. В исследование были включены 52 пациента (52 глаза), в том числе 49 (94,2 %) мужчин и 3 (5,8 %) женщины в возрасте от 16 до 69 лет, средний возраст — $33,04 \pm 13,34$ года. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование при травмах глаза, а также прицельная цифровая рентгенография в прямой и боковой проекциях (в том числе с использованием протеза Комберга — Балтина), ультразвуковая биометрия, компьютерная томография. Пациенты с положительными результатами были разделены на группы в зависимости от локализации инородных тел: вне глаза, в стенке глазного яблока и внутриглазные инородные тела. Время нахождения инородных тел в глазах составило от 1 до 98 часов.

Результаты исследования. В общей сложности у 52 пациентов было подозрение на наличие инородных тел в глазу, и в итоге у всех был диагностирован экзофтальм. Из них в 46 (88,46%) случаях были обнаружены внутриглазные инородные тела, в 3 (5,8%) — инородные тела в стенке глазного яблока, в 3 (5,8%) — внеглазные инородные тела. Качественные результаты диагностики пациентов с инородными телами в глазу с использованием трех методов визуализации. Чувствительность цифровой рентгенографии и компьютерной томографии В-scan в диагностике инородных тел в глазу составила 98,07%, 100% и 94,23%, а специфичность - 96,15%, 92,30% и 88,49% соответственно. Параллельная комбинированная диагностика повысила чувствительность диагностики. В 51 глазу с положительными результатами локализация инородного тела была точно диагностирована с помощью цифровой рентгенографии, в 52 - с помощью компьютерной томографии и в 49 - с помощью В-сканирования. Форма и размеры инородных тел были точно определены в 50 глазах с помощью компьютерной томографии, в 48 - с помощью компьютерной томографии и в 46 случаях с помощью В-сканирования. Компьютерная томография показала наибольшую чувствительность ко всем типам инородных тел, а КТ лучше определяет размер и форму.

Вывод. Цифровой рентгенографический метод с использованием протеза Комберга — Балтина, являясь наиболее доступным и наименее затратным способом определения локализации фрагментов, позволяет установить расположение внутриглазных инородных тел и тем самым выбрать оптимальный метод их извлечения. Сочетание методов лучевой визуализации внутриглазных инородных тел позволяет более точно определить расположение фрагмента в глазу и за глазным яблоком, а также сопутствующие повреждения глазного яблока.

Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Юнусова З.И.

СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГЛАЗ

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

Цель исследования. Изучение клинических особенностей и зрительных исходов при открытых травмах глаза.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование с участием 561 пациента (561 глаз), госпитализированного в офтальмологическое и травматологическое отделение Национального медицинского центра Республики Таджикистан в период с 2018 по 2022 год. Использовались данные из медицинских карт: результаты офтальмологического обследования УЗИ, рентгенографии, КТ орбиты, лабораторные исследования. Статистический анализ проводился с использованием U-критерия Манна — Уитни и Q-критерия Кохрена ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 33 года (25; 43), 84% из них — мужчины. Основными пострадавшими были рабочие и строители (49%), работники сельского хозяйства — 13,8%, люди, не занятые физической активностью, — 5,7%. Основная причина травм — острые предметы (87,7%), особенно металлические (53,1%) и деревянные (19,2%). В 18,5% случаев было обнаружено внутриглазное инородное тело (ВГИТ). К осложнениям относятся выпадение сосудов (53,9%), гифема (38,7%), травматическая катаракта (22,6%), ВГИТ (18,5%), кровоизлияния, отслоение сетчатки, признаки инфекции и т. д. Первичное хирургическое лечение было проведено в 96,6% случаев, витрэктомия — в 2,1%, эвисцерация — в 1,2%. У 58% пациентов после лечения зрение улучшилось, у 53,1% восстановилось объективное зрение ($p < 0,001$). На момент госпитализации у 67,7% пациентов зрение было от нуля до движения руки, а после лечения — у 45,6%. Зрение выше 0,01 улучшилось с 32,2% до 53,1%. Было установлено, что огнестрельные травмы в первую очередь характерны для мужчин старше 25 лет, вероятно, из-за того, что мужчины чаще занимаются физическим трудом и уделяют меньше внимания защите от травм, чем женщины. Металлические предметы и древесина были наиболее распространёнными источниками травм для трудоспособного населения страны, особенно при использовании молотков, шлифовальных машин (электроинструментов) и т. д. Частота взрывных (1,97%) и пиротехнических (0%) травм невелика из-за законодательных ограничений.

Выводы. Проведённое исследование показало, что травмы глаз чаще всего получают мужчины трудоспособного возраста (64,5%), особенно строители, рабочие и/или лица без постоянной работы (49,1%), а не те, кто не занимается физическим трудом (5,7%). Наиболее распространёнными травмирующими предметами были металлические (53,1%) и деревянные (19,2%) предметы, а чаще всего пострадавшие обращались в специализированное учреждение в течение первых 6 часов (41,5%) после получения травмы.

Хайдаров Н.С., Сайдалыев С.С. Саттаров Ж.Б.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра общей хирургии Ферганский институт общественного здравоохранения. Узбекистан

Цель исследования. Оптимизация диагностики и выработка рациональной хирургической тактики при СНК у детей, разработка комплексного подхода к реабилитации и профилактике заболевания.

Материалы и методы. За период с 2018-2023 г.г. в клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и многопрофильной клиники находились на лечении 231 больной со СНК в возрасте от 3 мес. до 18 лет. Девочек было 93 (40,7%), мальчиков — 138 (59,3%).

Диагностика базировалась на клинических признаках и данных рентгенологического обследования (обзорная рентгенография живота вертикально в прямой проекции), в отдельных случаях для обследования использовались возможности КТ- и УЗИ-диагностики.

Используемые методы лечения состояли из консервативных мероприятий или оперативного пособия (лапаротомия с висцеролизом и адгеолизом либо лапароскопическое устранение непроходимости кишечника). Консервативное лечение включало в себя следующий комплекс: декомпрессия ЖКТ, отмена перорального кормления, инфузионная терапия с коррекцией уровня калия и электролитных нарушений, медикаментозная стимуляция кишечника, клизмы. Критерием к выбору того или иного метода лечения служили форма спаечной непроходимости, а также особенности её клинических проявлений и острота течения.

Результаты и их обсуждение. Консервативные мероприятия служили стартовым лечением у всех пациентов с ранней формой и у больных с подострым течением поздней формы спаечной непроходимости. В качестве контроля эффективности консервативного разрешения непроходимости кишечника служило рентгеноконтрастное исследование пассажа по пищеварительному тракту.

В дальнейшем тактика у этих детей определялась клинической эффективностью проводимого лечения - при безуспешности консервативных мероприятий в течение 2-3 часов, либо обострении клинических проявлений на фоне стимуляции кишечника решался вопрос об оперативном вмешательстве. У пациентов с острой и сверхострой формами поздней спаечной непроходимости выставлялись показания к экстренному вмешательству сразу при поступлении.

Усилия, направленные на своевременную диагностику, и дифференциальный подход в выборе тактики и метода разрешения спаечной непроходимости кишечника позволили добиться хороших результатов в лечении данного контингента больных детей. Из общего числа больных оперировано всего 98 человек (из них 29 - лапароскопически): 27 детей с ранней формой и 71 ребёнок с поздней формой спаечной непроходимостью кишечника.

Большое значение в клинике уделяется вопросам профилактики спаечной болезни. Интраоперационная профилактика заключается в максимально щадящем отношении к тканям брюшной полости. В послеоперационном периоде основной целью профилактики являются быстрое купирование воспаления в брюшной полости, минимизация времени стояния дренажей в брюшной полости. Разработанный в клинике комплекс противоспаечного восстановительного лечения включает в себя регламентацию диеты, курсы противоспаечного физиолечения, диспансерное наблюдение за больными. Основными задачами восстановительного лечения и профилактики спаечного процесса в брюшной полости являются обеспечение адекватной моторики кишечника, исключающей длительный копростаз, рассасывание внутрибрюшных сращений и укрепление мышц передней брюшной стенки. Проведение противоспаечной терапии предусматривает в течение года не менее четырех курсов физиолечения с интервалом между ними в полтора-два месяца.

В последние годы в комплексную программу реабилитации и профилактики СНК включаем препарат «лонгидаза 3000 МЕ». Препарат назначается внутримышечно с интервалом в 2 дня, курс составляет 5 инъекций. Обладая ферментативной протеолитической (гиалуронидазной) активностью, хелатирующими и противовоспалительными свойствами, лонгидаза 3000 МЕ помимо этого оказывает иммуномодулирующее, детоксицирующее и антиоксидантное

действие. Препарат обладает не только способностью деполимеризовать матрикс соединительной ткани в фиброзно-гранулематозных образованиях, но и подавлять обратную (регуляторную) реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани.

Все больные после выписки из стационара получали комплексную противоспаечную реабилитацию по отработанной схеме и состояли на диспансерном учёте в течение 3 лет.

Выводы. Результаты лечения детей со спаечной непроходимостью кишечника и дальнейший прогноз определяются своевременностью диагностики заболевания, организацией оказания лечебной помощи и правильным выбором метода лечения при соблюдении основных принципов его проведения. Возможности лапароскопической хирургии расширяют перспективы малоинвазивного подхода в лечении данной патологии. Большое значение для отдалённых результатов имеет комплексный подход к противоспаечной реабилитации и профилактике, позволяющий существенно снизить число рецидивов заболевания и обеспечить стойкое восстановление функции пищеварительного тракта у детей.

Хайдаров Н.С., Сайдалыев С.С., Саттаров Ж.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра общей хирургии. Ферганский институт общественного здравоохранения. Узбекистан

Цель исследования. Анализ традиционных и лапароскопических методов хирургического лечения острого аппендицита с целью профилактики заболевания и прогнозирования риска осложнений.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2023 гг. в отделении экстренной детской хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП было прооперировано более 1000 детей с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Среди пациентов в возрасте от 1 до 18 лет лапароскопические вмешательства были выполнены более чем у 80 детей. Из них:

- у 25 пациентов (31,25%) — различные формы острого аппендицита;
- у 42 пациентов (52,5%) — различные гинекологические заболевания у девочек (разрыв кисты яичника, апоплексия, перекрут придатков матки и др.);
- у 13 пациентов (16,25%) — выполнена диагностическая лапароскопия.

Остальным пациентам были проведены операции традиционным методом. При этом число больных, перенесших аппендэктомию традиционным способом, составило более 500 человек.

Результаты исследования. Проведён анализ результатов лечения пациентов с острым аппендицитом, разделённых на две группы в зависимости от метода оперативного вмешательства.

Среди больных, оперированных традиционным способом, 150 пациентов в различные сроки после операции повторно обращались с различными жалобами. Из них у 68 пациентов развилась спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая повторной госпитализации. В 35 случаях (51,5%) выполнены операции по рассечению спаек. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7–10 дней.

В группе пациентов, оперированных лапароскопическим методом, повторных обращений не отмечено. Средняя продолжительность госпитализации составила 3–5 дней.

Лапароскопическое лечение проводилось при наличии показаний. Противопоказаниями являлись: наличие значительного количества свободной жидкости в брюшной полости, распространённый перитонит, лизис и перфорация аппендикса, а также врождённые пороки сердечно-сосудистой и дыхательной систем у ребёнка.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий у пациентов с острым аппендицитом.

Основное внимание следует уделить:

1. **Предоперационной профилактике** — снижению количества и объёма хирургических вмешательств за счёт полноценной диагностики и минимизации необоснованных операций на органах брюшной полости.
2. **Профилактике на этапе хирургического вмешательства** — внедрению современных технологий и методов, направленных на снижение влияния неблагоприятных факторов, в частности развитию лапароскопического подхода и ограничению применения традиционных операций.

Хайдарова Ф.А.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МОНОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии, Азиатский международный университет, Узбекистан

Цель исследования. Определение эффективности применения селективных модуляторов рецепторов прогестерона при миоме матки.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 23 женщины позднего репродуктивного возраста (36–45 лет) с миомой матки, из них 12 (основная группа) получали по 5 мг в сутки улипристал ацетат (селективный модулятор рецепторов прогестерона), 11 (группа сравнения) принимали эстроген-гестагенные препараты (новинет) по традиционной схеме с 1-го по 21-й день менструального цикла. Продолжительность курса лечения составила 3 месяца. Проводилась оценка общего соматического и гинекологического статуса, ультразвуковое исследование матки. Данные, полученные в ходе исследования, подверглись статистической обработке с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Фармакологические возможности лечения миомы матки основаны на том, что рецепторы эстрогенов и прогестерона в ткани миомы преобладают над их содержанием в нормальной миометрии, и

поэтому половые стероиды оказывают стимулирующее действие на рост миомы. Улипристал ацетат обратимо блокирует рецепторы прогестерона в тканях-мишенях.

После 3-х месячного курса лечения улипристалом ацетатом выявлено уменьшение объема миоматозных узлов (66,7%), уменьшение менструальной кровопотери до развития аменореи (58,3%), повышение уровня гемоглобина (83,3%). В группе, получавшей новонет, также отмечалось уменьшение объема миоматозных узлов (36,4%), нормализация менструальной кровопотери (72,7%) и стабилизация уровня гемоглобина (81,8%).

Устойчивый эффект лечения через 6 месяцев наблюдался у 50,0% женщин основной группы и у 45,4% женщин группы сравнения. Большинство женщин в обеих группах нуждались в хирургическом лечении через год после лечения. Таким образом, консервативное лечение миомы матки на примере улипристала ацетата или новинета оказывает хороший терапевтический эффект, который более выражен при применении улипристала ацетата. В некоторых случаях проведенное лечение позволяет отложить хирургическое вмешательство. При этом для отказа от хирургического лечения необходимо оценить отдаленные результаты после нескольких курсов.

Выводы. Применение селективных модуляторов рецепторов прогестерона на фоне достижения аменореи значительно уменьшает объем миоматозных узлов, что может считаться значимым терапевтическим эффектом. Для достижения долгосрочной эффективности рекомендуется проводить несколько последовательных курсов.

Хакимзода Б.Х., Назриева Ш.Н., Юлдошева Х.Т.

ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить динамику показателей углеводного и липидного обмена, а также частоту ремиссии сахарного диабета 2 типа в течение первого года после бариатрического хирургического лечения.

Материал и методы. Проведён анализ результатов обследования пациентов основной клинической группы, перенёсших бариатрическое вмешательство. Лабораторная оценка углеводного обмена включала определение глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина, инсулина и расчёт индекса НОМА-IR до операции и через 12 месяцев.

Липидный профиль изучали по уровню общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности и триглицеридов до хирургического лечения, через 6 и 12 месяцев.

Отдельно оценивали результаты у 18 пациентов с установленным до операции сахарным диабетом 2 типа. Полную и частичную ремиссию заболевания определяли с учётом уровня глюкозы, HbA1c и отсутствия сахароснижающей фармакотерапии.

Результаты исследования. Через 12 месяцев после операции средняя концентрация глюкозы крови снизилась с $6,7 \pm 1,9$ до $5,1 \pm 0,6$ ммоль/л, $p < 0,001$. Уровень HbA1c уменьшился с $6,7 \pm 1,4$ до $5,4 \pm 0,5\%$, $p < 0,001$.

Концентрация инсулина снизилась с $22,4 \pm 7,8$ до $14,1 \pm 5,2$ мкЕд/мл, а индекс НОМА-IR – с $7,1 \pm 3,4$ до $3,2 \pm 1,1$. Изменения обоих показателей были статистически значимыми – $p < 0,001$.

Из 18 пациентов с сахарным диабетом 2 типа полная ремиссия заболевания была достигнута у 6 человек – 33,3%, частичная ремиссия – у 9, или 50,0%. Таким образом, у 83,3% пациентов отмечалась полная или частичная ремиссия. У трёх пациентов, составлявших 16,7%, ремиссия достигнута не была.

Положительная динамика отмечалась и со стороны липидного обмена. Уровень общего холестерина уменьшился с $5,8 \pm 1,1$ до $4,9 \pm 1,0$ ммоль/л через 6 месяцев и до $4,7 \pm 0,9$ ммоль/л через год. Концентрация липопротеинов низкой плотности снизилась с $3,6 \pm 0,9$ до $2,8 \pm 0,7$ ммоль/л.

Уровень триглицеридов уменьшился с $2,1 \pm 0,8$ до $1,3 \pm 0,4$ ммоль/л, тогда как концентрация липопротеинов высокой плотности увеличилась с $1,02 \pm 0,21$ до $1,21 \pm 0,24$ ммоль/л. Для всех показателей различия достигали статистической значимости – $p < 0,001$.

Выводы. Бариатрическое хирургическое лечение оказывает выраженное положительное влияние на углеводный и липидный обмен. Снижение гликемии, HbA1c, инсулина и НОМА-IR свидетельствует об уменьшении инсулинорезистентности.

Достижение полной или частичной ремиссии сахарного диабета 2 типа у 83,3% пациентов подтверждает метаболическую эффективность хирургического лечения. Одновременная нормализация липидного профиля позволяет рассматривать бариатрические вмешательства как метод комплексной коррекции ожирения и ассоциированных сердечно-сосудистых факторов риска.

Хаккулов Э.Б.¹, Алимов Ж.У.²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Кафедра хирургии и детской хирургии, Ташкентский государственный медицинский университет, Чирчикский филиал. Узбекистан

² Кафедра онкологии, онкогематологии, радиационной онкологии. Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов и качества жизни участников исследования с раком простаты.

Материалы и методы. Материал для исследования был собран в рамках клинического исследования в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии Самаркандского филиала и Самаркандского областного межрегионального Хосписа с 2020 по 2025 г.г. Участников исследования, разделённых на три группы: основную группу (n=95), контрольную группу (n=75), и группу андрогенная депривационная терапия без применения терапии гиперактивного мочевого пузыря (n=50).

Результаты и исследования. Что касается образа жизни, включая малоподвижный образ жизни, курение и употребление алкоголя, распределение следующее:

Малоподвижный образ жизни: да - в 45 (69,2%) случаев в основной группе, 37 (67,2%) - в контрольной группе, и 18 (60%) - в группе андрогенная депривационная терапия без терапии гиперактивного мочевого пузыря.

Курение: не курили - 40 (61,5%) в основной группе, 35 (63,6%) в контрольной группе, и 19 (63,3%) в группе андрогенная депривационная терапия без терапии гиперактивного мочевого пузыря. Бывшие курильщики составили 10 (15,4%), 9 (16,4%), и 7 (23,3%) соответственно, тогда как текущие курильщики - 15 (23,1%), 11 (20%), и 4 (13,3%) в тех же группах. Употребление алкоголя: да - в 16 (24,6%) случаев в основной группе, 12 (21,8%) - в контрольной группе, и 8 (26,7%) - в группе андрогенная депривационная терапия без терапии гиперактивного мочевого пузыря.

Малоподвижный образ жизни и курение могут существенно ухудшить как урологическое здоровье, так и общее состояние пациентов. Малоподвижный образ жизни, характерный для примерно двух трети пациентов в обеих группах, оказало свое влияние на развитие и усугубление гиперактивного мочевого пузыря.

Выводы. Проведённое исследование показало, что у пациентов с раком простаты широко распространены модифицируемые факторы риска, такие как малоподвижный образ жизни, курение и употребление алкоголя, которые могут способствовать усилению симптомов гиперактивного мочевого пузыря и снижению качества жизни.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного ведения данной категории пациентов с сочетанием противоопухолевого лечения, своевременной коррекции симптомов гиперактивного мочевого пузыря и мероприятий по изменению образа жизни. Повышение уровня физической активности, отказ от курения и ограничение употребления алкоголя могут способствовать улучшению функционального состояния нижних мочевых путей, повышению эффективности проводимой терапии и улучшению качества жизни пациентов с раком простаты.

Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Х.Ш.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА И ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЖКК) путем совершенствования диагностического алгоритма, применения современных методов эндоскопического гемостаза и последовательной медикаментозной терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 162 пациентов с верифицированными язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Основную часть обследованных составили пациенты трудоспособного возраста 30–40 лет - 58% (n=94). Доля пациентов гериатрического профиля составила 7,4% (n=12). Тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери диагностирована у 38,3% (n=62) больных. Высокая степень коморбидности отмечена у 48,7% пациентов с сочетанием двух и у 13,2% - трех и более сопутствующих заболеваний. У 32,1% больных язвенная болезнь сочеталась со стенозом или пенетрацией, что требовало индивидуального определения дальнейшей лечебной тактики. Основным методом экстренной диагностики являлась видеогастродуоденоскопия с оценкой эндоскопических признаков кровотечения по классификации Forrest.

Результаты исследования. Разработанная лечебная тактика основывалась на последовательном применении двух этапов. На первом, ургентном, этапе проводилась стабилизация гемодинамики и коррекция дефицита ОЦК в условиях ОРИТ. При проведении ранней лечебно-диагностической ЭГДС у пациентов с активным кровотечением Forrest Ia, Ib и признаками Forrest IIa выполнялся комбинированный эндоскопический гемостаз с использованием инъекционного метода и электрокоагуляции. В первые 24 часа осуществлялся динамический эндоскопический контроль с одновременной интенсивной антисекреторной терапией ингибиторами протонной помпы.

Применение активной эндоскопической тактики позволило снизить частоту рецидивов кровотечения до 6,2%, а показатель хирургической активности - до 3,4%. При неэффективности эндоскопического гемостаза выполнялись экстренные хирургические вмешательства, включая иссечение язвы и резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Простое прошивание язвенного дефекта в 90% случаев сопровождалось высоким риском повторного кровотечения и поэтому рассматривалось преимущественно как вынужденное вмешательство. Общая летальность составила 10,4% и была преимущественно связана с тяжестью кровопотери и выраженной сопутствующей патологией.

Второй, реабилитационный, этап включал комплексное обследование после стабилизации состояния, оценку риска повторных осложнений и определение дальнейшей стратегии — планового хирургического лечения либо продолжения консервативной противоязвенной и эрадикационной терапии.

Выводы. Применение дифференцированного двухэтапного алгоритма, основанного на раннем эндоскопическом гемостазе, динамическом мониторинге и адекватной антисекреторной терапии, позволяет снизить частоту рецидивов кровотечения и необоснованных экстренных оперативных вмешательств. Индивидуализация дальнейшей тактики после стабилизации состояния способствует улучшению результатов лечения больных с осложненной язвенной болезнью.

Халимов Дж.С., Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность и клинические преимущества видеолaparоскопических вмешательств в сравнении с традиционными операциями при эхинококкозе печени, включая сочетанное поражение органов брюшной полости.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 224 пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости. Большинство больных - 81,3% - составляли лица трудоспособного возраста. Основу диагностического алгоритма составляло ультразвуковое исследование, информативность которого достигала 97,1%. Для уточнения топографии и распространенности патологического процесса в 14,3% случаев дополнительно выполнялись КТ и МРТ. Диаметр эхинококковых кист варьировал от 3,0 до 27,0 см. Поражение правой доли печени выявлено у 63,0%, левой - у 37,0% пациентов. Сегменты I и VII, характеризующиеся технической сложностью хирургического доступа, были поражены у 30,3% больных. Двухдолевое поражение печени отмечено у 9,4%, сочетанный эхинококкоз печени и других органов брюшной полости - у 8,0%, осложненное течение заболевания - у 4,0% пациентов.

Результаты исследования. Традиционные открытые вмешательства выполнены у 67,8% пациентов. В структуре операций преобладала открытая эхинококкэктомия с оставлением остаточной полости - 31,7%; закрытый вариант эхинококкэктомии выполнен в 12,5%, перицистэктомия - в 8,0%, «идеальная» эхинококкэктомия - в 8,6% случаев. При распространенном поражении выполнялись атипичные резекции печени - 4,6% и правосторонняя гемигепатэктомия - 3,2%. Симультанные операции на других органах брюшной полости проведены у 6,6% пациентов. Послеоперационная летальность в данной группе составила 0,6%, продолжительность госпитализации - 13 ± 3 суток.

Видеолaparоскопические технологии применены у 32,1% больных. В зависимости от характера и локализации кист выполнялись различные варианты лапароскопической эхинококкэктомии: открытая техника со вскрытием кисты - 54,2%, закрытая - 20,8%, перицистэктомия - 6,9%. «Идеальная» лапароскопическая эхинококкэктомия с удалением кисты без вскрытия хитиновой оболочки выполнена в 4,2% наблюдений.

В группе миниинвазивных вмешательств послеоперационные осложнения и летальные исходы не зарегистрированы. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 ± 2 суток, что достоверно меньше показателя в группе традиционного хирургического лечения ($p < 0,05$).

Выводы. Видеолaparоскопические вмешательства являются эффективным и безопасным направлением хирургического лечения эхинококкоза печени и могут применяться у тщательно отобранных пациентов, в том числе при локализации кист в технически сложных сегментах. Основными преимуществами миниинвазивного подхода являются снижение операционной травмы, уменьшение частоты послеоперационных осложнений, сокращение сроков госпитализации и ускорение восстановления трудоспособности пациентов.

Хамидова Ф.Х., Давлатзода Г.К., Ишан-Ходжаева Ф.Р.

ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА ARID1A И СИТРУИНОВ В ЦИТОТРОФОБЛАСТЕ ПОСЛЕДОВ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Кафедра акушерства и гинекологии 2, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить гистологические характеристики и экспрессию молекулярных регуляторов клеточного ответа последов женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО).

Материал и методы. Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование 12 последов женщин с ПРПО, родивших в сроке 36 недель гестации после индукции родов. При гистологическом исследовании оценивали наличие хронической плацентарной недостаточности и её форму. Экспрессию белка ARID1A и сиртуина SIRT6 определяли иммуногистохимическим методом, применяя кроличьи моноклональные антитела к ARID1A и к сиртуину 6 (SIRT6) (Abcam, Великобритания). Количественную обработку изображений выполняли в программе «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия).

Результаты исследования. Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН), проявляющаяся в виде преждевременного созревания плаценты и воспалительных изменений последа, диагностирована в 9 из 12 случаев. Площадь экспрессии ARID1A — 33,14% (32,45–34,41) и SIRT6 — 34,70% (34,41–35,18) в подгруппе с признаками ХПН была выше ($p = 0,027$ и $p = 0,018$), чем в подгруппе без ХПН: 29,25% (26,52–30,09) и 30,25% (29,19–32,52) соответственно. Относительная оптическая плотность обоих маркеров между подгруппами не различалась ($p = 0,255$ и $p = 0,446$ соответственно).

Выводы. Выявленное нами повышение экспрессии обоих белков при неизменной оптической плотности укладывается в представление об адаптационной реакции трофобласта и стромы ворсин на неблагоприятные условия плацентации.

Хамраев А.Ж., Хамроев У.А., Камолова К.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕТЕЙ.

Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения ЭА у детей, путём оптимизации тактики и методы хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведены ретроспективные клинические анализ за 20 лет у 64 детей с ЭА (среди них 7 больных с послеоперационными ЭА) на клинических базах кафедры детской хирургии, урологии и взрослой урологии ТашГМУ. ЭА по локализации: вестибулярная-32 (50%) и промежностная-32 (50%); по степени смещения: I-22; II-9; III-32. У всех больных IIIст. 32-(50%) проведена хирургическое лечение в возрасте: до 6 мес.-2 (6,25%); 6-12мес.-6

(18,75%); 1-3года-15(47%); 4-9лет-9 (28%). Мальчиков-7 (21%), девочек-25 (78%). При осмотре определяется анококцигеальный индекс - АКИ=А: В; пальпаторно-наличие копчика; рентгенологические (костей таза) определяли сакральный индекс - СИ=ВС: АВ (0,74-0,77), ирригография (аноректальный угол-АРУ=82-105°); электромиография—определяет локализации наружного сфинктера прямой кишки (СПК) и его взаимоотношения; МРТ—выявляет расположения мышечного комплекса анального жома, что имеет важное значение в диагностике ЭА и определения тактики ХЛ у детей.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что послеоперационное ЭА возникли часто при повреждении внутреннего и наружного СПК и отсутствие восстановления прямокишечно-копчиковой связки (ПКС) при сочетании агенезии копчика, которое было отмечено у 15 (47%) девочек. СИ и АКИ были <нормы, означало о передней ЭА. МРТ-выявлено атипичное расположение мышц леваторов передней полуокружности ануса, и АРУ был <82°. На основе выше данных установлен абсолютные показания к хирургическому лечению при всех формах ЭА. В 23 (72%) случаях проведено операция по Стоуну и в 9 (28%) - по Риццолли. При этом, очень важно создавать противовес, путём укрепления дефекта задних леваторов и восстановлением ПКС у больных с агенезией копчиковой кости. В данной ситуации нами проводился этот видоизмененный метод Риццолли с дополнительным укреплением задних дефектов мышц и восстановлением структуры ПКС. После хирургической коррекции детей с врожденной ЭА, полное восстановление функциональные нарушения акта дефекации после 1-2 курса реабилитационного лечения (ЭСМ, БОС-терапия) в течение 1-3 месяца. во всех случаях. У больных с послеоперационной ЭА, ранней хирургическое лечение дали возможность восстановления функции заднего прохода на фоне после 2-4 курса реабилитационного лечения с интервалом 1-1,5 месяца и сроком 3-6 месяцев.

Выводы. При врожденной и послеоперационной ЭА у детей ранней хирургическое коррекцию и своевременное реабилитационное комплекс лечение обеспечивает улучшение результатов лечения.

Хамраев А.Ж., Сейтимбетов Д.Д.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов ПХК у больных с ПНАС, путем изучения причин осложнений интра- и послеоперационном периоде и реабилитационного лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 больных за последние 10 лет с ПНАС, после первичной хирургической коррекции АРП на базах кафедры детской хирургии ТашГМУ, СамГМУ. ПХК произведена в виде: ППП - у 46,5% больным; БППП - у 25,8%; ПСПП - у 17,2%; ЗСПП - у 10,3% больным. Больные по поводу ПНАС оперированы: 2-кратно – 58,6%; 3-хкратно – 29,3% и 4-хкратно и более – 12%. Всем больным проведены клинико-лабораторные, специальные, рентгенологические, дополнительные (МРТ, УЗИ органов малого таза и тазового дна) и функциональные (ЭМГ, ЭНМГ) методы исследования. Больные были распределены на 2 группы: основная - 35 больных, получившие перед каждой ПХК реабилитационное лечение по разработанной тактике; контрольная - 27 больных, получившие традиционной тактике.

Результаты исследования. При изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных выявлено, что неудачная первичная хирургическая коррекция АРП и её осложнения развивались на почве диагностических (39%), тактических и технических (61%) ошибок. При ПХК по возможности обходились без лапаротомии, проводили минимальную диссекцию тканей сохранением кровоснабжения и иннервации; восстанавливали физиологический аноректальный угол; сохраняли внутренний анальный сфинктер; избегали натяжения в зоне вновь сформированного неоануса. При выборе ПРО оптимизировали хирургическое лечения по устранению дефекта и осложнений предыдущих операций и профилактики их причин. Результаты ПХК показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно проводить между операциями местное противовоспалительное и противорубцовое реабилитационное лечения. Проводить электромиостимуляцию (ЭСМ) анального жома и БОС терапии для улучшения кровоснабжения, иннервации, улучшения трофики местной ткани и повышения тонуса сфинктерных мышц. Проводить электрофорез с лидазой на область промежности и бужирования с баллонодилатацией при стенозе заднего прохода в раннем этапе после повторной коррекции. Комплексное хирургическое лечения перед ПХК на 24,8% улучшились клинические результаты хирургического лечения. Таким образом, предложенная тактика комплексного лечения ПНАС у детей позволила улучшить результаты на 85,5%, путем выявления причин осложнений первичных и повторных операций, оптимизации хирургической тактики и полноценного комплексного реабилитационного лечения и снижения количество ПХК - в 1,5 раза.

Выводы. Для улучшения результатов ПХК на аноректальной зоне у детей, перед каждой операцией, необходимо проводить реабилитационное лечения с целью улучшения кровоснабжения и противорубцовую терапию.

Хамроев Б.М., Боймуродов О.С., Карим-заде Б.Д.

ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЖКБ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

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

Цель исследования. Уменьшение количества и длительности желчевыделения из холедоха после извлечения усовершенствованной нами Т-образной трубки.

Материалы и методы. В отделении общей хирургии ГУ ГЦЗ № 2 г. Душанбе, с 2020 по 2026 годы, нами проводилась сравнительная клиническая оценка раннего послеоперационного периода 60 больных с наружным дренированием общего желчного протока по поводу желчекаменной болезни с холедохолитиазом и механической желтухой. Больные были разделены на две группы: основную, в которую включены 30 больных и контрольную – 30 больных, которые находились на стационарном лечении. Средний возраст больных составил $56,2 \pm 1,2$. Давность заболевания была от недели до 9 – ти лет.

Результаты исследования. Как нам известно, при извлечении традиционной Т – образной трубки, два конца последней сгибаются и образуются складки от двух сторон дренажа, которое увеличивает диаметр трубки. Таким образом, эти складки становятся причиной образования на месте дренажа отверстия относительно большого размера вследствие частичного рвения общего желчного протока. Для устранения этого недостатка перед вставлением Т – образной трубки в холедох, часть предполагаемого места образования вышесказанных складок на дренаже отрезаются овальным разрезом. После чего диаметр трубки при извлечении из холедоха не меняется вследствие необразования складок по бокам. У пациентов исследуемых групп после извлечения дренажа из холедоха впервые сутки наблюдались желчеистечение I – ой степени (до 100,0 мл в сутки) у 12(20,0%) -ти больных (12 (40,0%) случаев в ОГ и 0(0,0%) – в КГ), II –ой степени (от 100,0 до 500,0 мл в сутки) – у 25 (83,3%) – ти пациентов (9 (30,0%) случаев в ОГ и 16 (53,3%) – в КГ) и III –ой степени (более 500,0 мл в сутки) – у 5(8,3%) – ти больных (0 – случаев в ОГ и 5 (16,7%) – в КГ).

Желчевыделение после удаления дренажа из холедоха с последующим уменьшением количества выделяемой наружу желчи и снижением пропитывания перевязочного материала последним наблюдалось в течение от 2-х до 7-ми дней у больных основной группы и от 6-ти до 15-ти дней у больных контрольной группы.

Таким образом, способ профилактики обильного и длительного желчеистечения после извлечения дренажа из холедоха путём применения усовершенствованной нами Т-образной трубки снижает количество и длительность желчеистечения в послеоперационном периоде за счёт образования на месте удалённого дренажа отверстия относительно малого диаметра в отличие от традиционной Т-образной трубки.

Вывод. Оптимизированный нами способ дренирования холедоха снижает количество и длительность выделения желчи, а также снижает койко-дни в стационаре, что позволяет рекомендовать его для широкого медицинского применения для наружного дренирования общего желчного протока у больных с ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом для профилактики обильного и длительного желчеистечения в раннем послеоперационном периоде.

Хамроев Б.М., Мухаббатзода Дж.К., Боймуродов О.С.

УЗИ И МРТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность УЗИ и МРТ у больных со сложными свищами прямой кишки.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 100 больных со сложными свищами прямой кишки, осложненные реактивным сфинктеритом, пектеностомой анального сфинктера, постоперационным сужением анального сфинктера или дефектом последнего, или без них, которые находились в отделении колопроктологии ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджикива в возрасте от 18 до 73 лет за период 2020-2026 годы. Для получения полноценной информации проводили УЗИ параректальной клетчатки и анального сфинктера ректальным датчиком и МРТ. Больные были подразделены на 2 группы. Первую группу составили 60 пациентов, которым проводилось УЗИ промежности с линейным датчиком. Во вторую группу включали 32 пациента, которым применена МРТ для выявления характера свищевых ходов и наличия гнойных полостей, а также затёков в параректальной клетчатке.

Результаты исследования. Ультразвуковое исследование анального сфинктера и параректальной клетчатки у больных со сложными свищами прямой кишки показало, что у 35 (58,3%) больных первой группы выявлено наличие гнойных затёков в параректальной клетчатке, среди них у 16 (26,7%) пациентов отмечены признаки реактивного сфинктерита, у 10 (16,7%) больных выявлен пектеностомой анального сфинктера прямой кишки. Среди последних в 5 (8,3%) случаев обнаружен стеноз анального канала. А также у 6 (10,0%) пациентов УЗИ исследованием обнаружен дефект анального сфинктера прямой кишки, который был связан с перенесённым ранее хирургическим рассечением анального жома при острых парапроктитах. По данным УЗИ в 37 (61,7%) случаях свищевой ход был извилистым. МРТ у больных второй группы выявила признаки гнойной полости в параректальном пространстве у 13 (40,6%) больных. Признаки инфильтрации анального сфинктера - реактивного сфинктера отмечены у 7 (21,8%) больных при близком расположении гнойного затёка к анальному жому. По результатам МРТ пектеностомой анального сфинктера обнаружен в 8 (25,0%) случаях (среди них в 3(9,4%) случаях выявлено послеоперационное сужение анального канала), а дефект анального сфинктера – в 2 (6,25%) наблюдениях.

Выводы. УЗИ и МРТ для диагностики сложных свищей прямой кишки являются основной частью предоперационного периода для получения необходимой информации о характере свищевого хода, выявления гнойных затёков и выбора альтернативного способа оперативного лечения, что создаёт предпосылки для улучшения результатов ближайшего и отдалённого периода хирургического лечения сложного хронического парапроктита.

Хамроев У.А., Ахмедова Р.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра детской хирургии, урологии и урологии взрослых, Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан.

Цель исследования. Сравнить результаты традиционной (открытой) и лапароскопической коррекции врожденной дуоденальной непроходимости (ВДН) у новорожденных и выявить основные факторы, связанные с послеоперационными осложнениями.

Материал и методы. В исследование включены 109 новорожденных с ВДН, получавших лечение в Учебно-медицинском центре неонатальной хирургии Республиканского перинатального центра в 2020–2025 гг. Мальчиков — 52 (47,7%), девочек — 57 (52,3%); доношенных — 78 (71,6%), недоношенных — 31 (28,4%). Диагностика: клинико-лабораторные исследования, обзорная рентгенография, контрастные исследования, УЗИ органов брюшной полости, нейросонография и эхокардиография. Все пациенты прошли предоперационную стабилизацию (48–72 часа).

Результаты исследования. Антенатальное УЗИ выявило высокую кишечную непроходимость в 73 (67%) случаях. Средний возраст госпитализации — 3,9 суток; сопутствующие пороки — у 67,9% (синдром Дауна 23,8%, ВПС 17,4%, атрезия ануса 5,5%). Этиология: кольцевидная поджелудочная железа — 53 (48,6%), дуоденальные мембраны — 27 (24,8%), атрезия ДПК — 22 (20,2%), стеноз — 3 (2,8%), аберрантные сосуды — 4 (3,6%). Лапароскопические операции — 40 (36,7%), конверсия — 16 (14,6%), первичная лапаротомия — 53 (48,6%). Лапароскопия: большая продолжительность (110,2 vs 75,5 мин), меньший срок пребывания (16,4 vs 19,2 сут), сниженная потребность в опиоидах, лучший косметический результат. Летальность — 10,09% (множественные пороки, сепсис, ДВС, полиорганная недостаточность).

Выводы. УЗИ (анте- и постнатальное) высокоинформативно; симптом «двойного пузыря» — ключевой признак полной непроходимости. При антенатальном выявлении показано кариотипирование (связь с синдромом Дауна в 23,8%). Основные причины — кольцевидная поджелудочная железа (48,6%), мембраны (24,8%) и атрезия (20,2%). Лапароскопическая дуоденодуоденостомия предпочтительна при внекишечных причинах, дуоденотомия с иссечением мембраны — при внутрикишечных. Лапароскопический доступ сокращает срок госпитализации, уменьшает потребность в наркотических анальгетиках и улучшает косметический результат, подтверждая безопасность и эффективность в руках опытных хирургов.

Хамрокулзода Ф., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ЭФФЕКТ И ОТСУТСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исхаки ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико-иммунологическую эффективность, профиль безопасности и отсутствие осложнений при включении отечественного иммуномодулирующего препарата Тимогар в комплексную терапию аллергического риносинусита у детей в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Детского ЛОР-отделения НМЦ «Шифобахш» с участием 60 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом персистирующего аллергического риносинусита средней степени тяжести. Все пациенты проживали в климатических условиях Республики Таджикистан с повышенным уровнем инсоляции и пылевой нагрузки. Пациенты были разделены на две группы: основную ($n = 30$), получавшую базовую терапию (интраназальные кортикостероиды, антигистаминные препараты) в сочетании с отечественным иммуномодулятором Тимогар (синтетический аналог тимических пептидов), и контрольную ($n = 30$), получавшую только стандартную базовую терапию. Оценка результатов проводилась через 1, 3 и 6 месяцев от начала лечения. Оценивали выраженность симптомов по шкале TNSS, состояние слизистой оболочки носа по данным эндоскопии, уровни секреторного IgA (sIgA) в назальном смыве, показатели системного иммунитета, а также частоту возникновения нежелательных реакций и осложнений.

Результаты исследования. У детей основной группы на фоне применения отечественного препарата Тимогар отмечалось более быстрое купирование основных клинических проявлений (заложенности носа, ринореи, зуда и чихания). К 14-му дню терапии суммарный балл по шкале TNSS в основной группе снизился с $9,4 \pm 0,8$ до $2,6 \pm 0,4$, тогда как в контрольной группе — только до $4,8 \pm 0,6$ ($p < 0,01$). По данным иммунологического анализа, в основной группе зафиксировано значительное повышение уровня sIgA в назальном секрете (с $112,4 \pm 14,2$ до $245,8 \pm 18,6$ мкг/мл), что свидетельствовало о восстановлении местной мукозальной защиты. В течение 6 месяцев наблюдения частота присоединения вторичных бактериальных и вирусно-бактериальных риносинуситов у детей основной группы снизилась в 2,8 раза по сравнению с контрольной. В процессе лечения и последующего наблюдения ни у одного ребенка основной группы не было зарегистрировано системных или местных аллергических реакций, а также других токсико-аллергических осложнений.

Выводы. Включение отечественного иммуномодулирующего препарата Тимогар в схемы лечения аллергического риносинусита у детей в условиях Республики Таджикистан существенно повышает клиническую эффективность базовой терапии и сокращает сроки достижения ремиссии. Препарат способствует нормализации показателей местного мукозального иммунитета (повышение sIgA) и снижает риск развития вторичных инфекционных осложнений верхних дыхательных путей. Отечественный иммуномодулятор Тимогар продемонстрировал высокий профиль безопасности и полное отсутствие осложнений, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в детской оториноларингологической и аллергологической практике.

Хасанова З.М., Махмадзода Ш.К.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СТУДЕНТОВ С МИОПИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ И СОБЛЮДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

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

Цель исследования. Охарактеризовать особенности зрительного поведения студентов медицинского университета с миопией и оценить соблюдение ими основных профилактических рекомендаций.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 271 студента медицинского университета. Анализ включал сведения о характере учебной и внеучебной зрительной нагрузки, использовании электронных устройств, организации перерывов во время длительной работы на близком расстоянии, а также соблюдении основных рекомендаций по профилактике зрительного утомления и прогрессирования миопии. Для углублённой характеристики студентов с установленной миопией сформирована группа из 54 человек. В зависимости от степени миопии выделены две подгруппы: со слабой степенью – 28 человек (51,9%) и со средней – 26 (48,1%); случаев высокой миопии в исследуемой группе не выявлено.

Результаты исследования. Анализ анкет позволил рассматривать зрительное поведение студентов не как изолированный показатель продолжительности работы на близком расстоянии, а как сочетание нескольких компонентов повседневной нагрузки. Наиболее существенной особенностью учебного режима являлось сочетание продолжительной работы с учебными материалами и регулярного использования электронных устройств. При этом продолжительность зрительной нагрузки далеко не всегда сопровождалась её рациональным распределением в течение дня.

У студентов с миопией обращает на себя внимание неоднородность профилактического поведения: наличие знаний о необходимости зрительных перерывов и рациональной организации работы не всегда сопровождалось их регулярным выполнением. Таким образом, между информированностью о профилактике и реальным повседневным поведением может сохраняться несоответствие, имеющее значение для формирования индивидуальных профилактических рекомендаций.

Выявленная особенность имеет принципиальное значение для студентов медицинского университета, поскольку интенсивность учебного процесса ограничивает возможность простого сокращения зрительной работы. В этих условиях более реалистичным направлением профилактики становится изменение структуры зрительной нагрузки: регламентирование периодов непрерывной работы на близком расстоянии, чередование видов деятельности, рациональная организация работы с цифровыми устройствами и повышение приверженности профилактическим мероприятиям.

Вывод. Таким образом, у студентов медуниверситета с миопией целесообразно оценивать не только объём зрительной нагрузки, но и характер её организации в течение дня. Полученные данные указывают на необходимость перехода от исключительно информационного подхода к профилактике к формированию устойчивых поведенческих навыков. Индивидуальные профилактические рекомендации студентам должны учитывать сочетание учебной и цифровой зрительной нагрузки, режим её распределения и фактическую приверженность профилактическим мероприятиям.

Ходжиева Р.Х., Сафарзода И., Давлат Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКСОФЕНАДИНА ГИДРОХЛОРИД И МОНТЕЛУКАСТ НАТРИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

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

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения аллергического ринита.

Материал и методы исследования. В условиях Лор-клиники ГУ МЦ «Истиклол» и ГУ НМЦ «Шифобахш» были исследованы 73 больных в возрасте от 22-45 лет с аллергическим ринитом. Мужчин было 55, женщин - 18. Все пациенты обращались с жалобами на затруднение носового дыхания, слезотечение, приступообразное чихание, снижение обоняния. Аллергический ринит относится к числу наиболее распространённых заболеваний дыхательной системы, которое является одной из наиболее социально значимых проблем в Республике Таджикистан. По последним данным, до 40% взрослые и до 25% дети страдают аллергическим ринитом, так как реакция иммунной системы на пыльцу, или шерсть и к другим аллергенам приводит к воспалению слизистой оболочки носа и как правило, аллерген проникает в организм через верхние дыхательные пути, что входными воротами служит главным образом слизистая оболочка полости носа. Ранняя фаза связывания аллергена с IgE-антителами происходит в течение нескольких минут после контакта, поздняя - развивается через 4-6 ч. На основании данных ряда исследований продемонстрированы преимущества использования при аллергическом рините антигистаминных препаратов, расширяющих не только лечение пациентов, но и предупреждающих переход заболевания в хронический процесс.

Результаты исследования. По данным анкеты- опросника, из 73 человек регулярно используют сосудосуживающие препараты, которые привели к привыканию. Была проведена санация очагов хронической инфекции для предотвращения развития осложнений. Кроме ежедневной санации полости носа 0,9% изотоническим раствором и использования интраназальных ГКС, также включили в базисную терапию: пероральные и местные блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, преимущество заключается в быстром наступлении эффекта и хорошей переносимости. Это комбинированный препарат, в состав которого входят: фексофенадина гидрохлорид 120 г и монтелукаст натрия 10 мг -антагонист лейкотриеновых рецепторов, которые снижают воспаление в дыхательных путях и предотвращают сужение бронхов.

Вывод. Таким образом, высокий профиль безопасности фексофенадина гидрохлорида и монтелукаста натрия обусловлен минимальным системным и местным побочным действием. Лечебно-диагностический алгоритм терапии аллергического ринита подразумевает мультидисциплинарный подход. В рамках лечения были проведены элиминационные мероприятия, которые включали ежедневную влажную уборку, исключение контакта с домашними животными, переезд во время цветения в другую климатическую зону.

Ходжиева Р.Х., Давлат Х., Сафарзода И.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА И АКУСТИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАУШНИКОВ У ПОДРОСТКОВ

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

Цель исследования. Совершенствование диагностики и лечения кондуктивной тугоухости у подростков.

Материал и методы исследования. В условиях Лор-клиники ГУ МЦ «Истиклол» и ГУ НМЦ «Шифобахш» были исследованы 31 детей в возрасте от 11-15 лет с кондуктивной формой тугоухости. Мальчиков было 17, девочек - 14. Все пациенты обращались со снижением слуха. Широкое распространение патологии органа слуха является одной из наиболее социально значимых проблем в Республики Таджикистан. По последним данным, от 2,5 до 10 миллионов людей постоянно используют МРЗ - плееры и другие аудионосители, прослушивают с их помощью очень громкую музыку, использование наушников существенно влияет на функциональное состояние слухового анализатора у подростков. Длительное воздействие громких звуков приводит к временному снижению слуховой активности. Иногда через некоторое время слух восстанавливается, но если органы слуха подвергаются шумовому воздействию постоянно, то происходит постепенное снижение порога слышимости, вследствие этого человек теряет слух. Использование наушников аудионосителей последнего поколения предоставляет опасность, так как за счёт высокого уровня громкости заглушают окружающие и посторонние звуки. Наушники, которые подростки используют, полностью устраняют внешние шумы и максимально близко приближают источник звука ко внутреннему уху. В исследовании представлен анализ состояния слуховой функции у подростков, которые регулярно и длительно прослушивают громкую музыку с помощью различных аудионосителей, наушников.

Результаты исследования. В настоящее время одной из наиболее социально значимых проблем является широкое распространение патологии слуха, так как снижение слуха ведёт к недостатку получаемой информации, влияет на психоэмоциональное состояние человека. По данным анкеты – опросника, из 31 человек регулярно слушают музыку, используя любой вид аудионосителя (аудиоплееры, музыкальные центры, наушники). Наушники или вкладыши, вставляющиеся внутрь ушной раковины и слухового прохода, представляют опасность органам слуха. Все пациенты поступили с жалобами на снижение слуха. Всем были проведены аудиометрия и тимпанометрия, что было выявлено повышении порогов звукопроведения на всех частотах.

Вывод. Таким образом, проведено всем подросткам аудиологическое обследование и анкетирование, которое проводилось с использованием перечня вопросов, позволяющих наиболее полно охватить качество жизни подростков, частоту использования им аудионосителя или МРЗ-плеера, и выявить имеющиеся жалобы на снижение слуховой функции. Повышенная акустическая нагрузка у подростков приводит к нарушению слуха, для избежания снижения слуха родители должны контролировать ограничение мощности звука аудио-плеера, соблюдать гигиену при использовании наушников во избежание бактериально-инфекционных процессов. Необходимо ограничить длительное воздействие высокого звука.

Холбаев С.А., Салихов А.С., Юнусов Х.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить эффективность нового малоинвазивного метода хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы. В исследование включены 163 пациента с варикоцеле в возрасте 18 – 46 лет (средний возраст - 26,3 года), которым выполнена субингвинальная перевязка яичковой вены из мини доступа. Критерии включения: варикоцеле I – III степени, возраст ≥ 18 лет, азооспермия по данным спермограммы и расширенным венам гроздевидного сплетения, по данным УЗИ, ретроградным кровотокам, по данным доплерометрии сосудов семенного канатика. Критерии исключения: ранее оперированные пациенты с рецидивным варикоцеле, пациенты с синдромом Мея-Тернера и двусторонним варикоцеле. Обследование включало 8 контрольных точек: до оперативного вмешательства и через 3, 6, 12, 24, 36, 48, 60 месяцев после операции. На контрольных точках проводили физикальное исследование органов мошонки с проведением пробы Вальсальвы, спермограмму, УЗИ органов мошонки с доплерометрией.

Результаты исследования. Среднее время операции составило 15 минут (10 – 30 минут). Все пациенты выписаны на 1 – 2 сутки после операции. При наблюдении за пациентами в течение 60 месяцев после операции на основании клинического, лабораторно-инструментального исследований (спермограмма, УЗИ-контроль) данных о гипотрофии яичка, гидроцеле выявлено не было, у пациентов отмечено улучшение сперматогенеза, либо отсутствие прогрессирования азооспермии в течение наблюдения. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде выявлена гематома мошонки. Ещё у одного пациента за период наблюдения выявлен рецидив варикоцеле (1,4%).

Выводы. Малоинвазивная методика оперативного лечения варикоцеле является эффективной, легко воспроизводимой, характеризуется низкой частотой рецидива и послеоперационных осложнений.

Холбаев С.А., Халтачев Р.Н., Исоев И.Ч.

МИНИ-ЛАПАРОТОМНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии имени профессора М.К. Каримова и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Проанализировать улучшение результатов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита и его интероперационных осложнений за счёт дифференцированного использования мини-лапаротомных и эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы. За последние десять лет на базе ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино нами проведён анализ хирургического лечения 61 больного, которым по поводу острого калькулёзного холецистита и его ранних послеоперационных осложнений выполнены повторные оперативные вмешательства. Женщин было 48 (X%), мужчин – 13 (X%); средний возраст больных – $52,2 \pm 10,4$ г. Для диагностики осложнений острого холецистита использовался комплекс клинических, лабораторных, инструментальных методов, включающих ультразвуковые, рентгенологические, КТ, МРТ и эндоскопические исследования. Малоинвазивные, повторные, лечебно-диагностические оперативные вмешательства выполнялись 18 (56,4%) случаях по поводу кровотечения из ложа удалённого желчного пузыря, в 6 (13,7%) – соскальзывание клипса из пузырной артерии, 2 (%) – по поводу желчеистечения из ложа и дополнительного протока Люшко, в 7 (7,8%) – при осложнениях, связанных с передней брюшной стенкой, в 3 (6,1%) – биломы подпечёчной области.

Результаты обследования. Мы рассматривали повторные мини-инвазивные вмешательства как этап комплексного лечения осложнений операции при остром калькулёзном холецистите. Он может быть диагностическим и лечебным, позволяющим избежать необоснованные релапаротомии. С целью раннего выявления послеоперационных интраабдоминальных осложнений и для лечения этих осложнений 11 больным проведена релапароскопия, 12 больным – мини-лапаротомия. Основными причинами повторных релапароскопий у 61 больного являлись: желчеистечение (более 250 мл в сутки) – 21 (35,4%) случаев; кровотечение – 18 (29,2%); ошибки первичной эндоскопической диагностики – 37 (6,1%); недостаточный клинический опыт врачей эндоскопистов и хирургов – 47 (7,6%). Сроки их выполнения варьировались от 1 до 12 суток.

Мини-лапаротомия выполнена после лапароскопической холецистэктомии у 10 больных с желчеистечением: в 3 случаях – ушито краевое ранение ОЖП, у 7 было желчеистечение из ходов Люшко. Повторные мини-лапаротомии применялись при дренировании и редренировании желчевыводящих путей после холедохолитотомии у 6 больных и у 5 – при наложении билиодигестивных анастомозов по поводу механической желтухи и протяжённой рубцовой стриктуры терминального отдела гепатикохоледоха. Послеоперационные лапароскопии и релапароскопии проведены больным после типичной и лапароскопической холецистэктомии в 31 случае. Практически все повторные эндоскопические исследования выполнялись в первые 4 суток. Показаниями для проведения релапароскопии, послеоперационных лапароскопий и мини-лапаротомии у данных больных являлись: сохраняющаяся перитонеальная симптоматика в 14 случаях; появление инфильтрата в подпечёчной области – в 12 случаях; появление признаков острой кишечной непроходимости – в 4, клиника внутрибрюшного кровотечения – в 3.

Вывод. Дифференцированный подход к использованию алгоритма повторных мини-инвазивных вмешательств с целью выбора оптимального времени и адекватного объёма хирургических операций позволил уменьшить количество релапаротомий до 23% при осложнениях во время холецистэктомии, уменьшить процент осложнений и летальности, повысить качество жизни оперированных больных.

Холбегов А.М., Джонов Б.Н., Факиров Х.З.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЁННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

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

Цель исследования: Оценить эффективность некоторых лабораторных тестов в диагностике печёночной недостаточности при распространённом гнойном перитоните, а также обосновать использование санации брюшной полости оксигенированной водой и лапаростомии в качестве методов профилактики и лечения печёночной недостаточности.

Материалы и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней №1 им. акад. К.М. Курбонова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которого являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 69 пациентов с диагнозом распространённый гнойный перитонит, подтверждённый клинически и интраоперационно. Гендерный состав включил 38 мужчин (55,1%), 31 женщин (44,9%). Средний возраст колебался в диапазоне $63,4 \pm 2,1$ года (от 61 до 78 лет). Критериями включения в исследование было: возраст старше 63 лет, установленный РГП с вовлечением более 2 анатомических областей брюшной полости, наличие показаний к этапному хирургическому вмешательству, признаки персистирующего воспаления/интоксикации после плановых лапаротомии. Для диагностики применены следующие методы: УЗИ печени и доплерография сосудов печени, лабораторные анализы: биохимия (включая ГГТ), уровень прокальцитонина, D-димер, интерлейкин-6. В комплекс лечения были включены: санация брюшной полости оксигенированной водой, установка лапаростомы для декомпрессии и дренажа. Мониторинг проводился в динамике на 1, 3, 5 и 10 сутки. Всем пациентам была выполнена первичная лапаротомия, в ходе которой по показаниям сформирована лапаростомия с использованием открытого метода с применением пакета с марлевыми тампонами и сепарации краёв послеоперационной раны, по показаниям производилось программное проведение санаций брюшной полости каждые 24–48 часов раствором оксигенированной воды с последующим учётом посева микрофлоры в динамике и после каждой санации по требованию. В послеоперационном периоде проведено активная инфузионно-антибактериальная терапия, контроль диуреза, гемодинамики, парентеральное питание, закрытие лапаростомии производилось после устранения признаков воспаления и стабилизации общего состояния и картины брюшной полости.

Результаты исследования. У 82,6% пациентов отмечено повышение уровня ГГТ, прокальцитонина и IL-6 на фоне признаков гепатоцеллюлярной дисфункции по данным УЗИ. Применение санации брюшной полости оксигенированной водой способствовало снижению воспалительных маркеров, улучшению кровотока по воротной и печёночной венам. К 10 суткам в группе с применением лапаростомы и активной санации наблюдалось достоверное восстановление функциональных показателей печени, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексная диагностика с использованием доплерографии и лабораторных маркеров, а также активное хирургическое ведение с использованием лапаростомии и оксигенированной санации брюшной полости способствует раннему выявлению и успешному лечению печёночной недостаточности при РПП. Эти подходы могут быть рекомендованы в протоколы интенсивного лечения данной категории пациентов.

Холбеков А.М., Назаров Ш.К., Отаев Ш.З.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАРИОРИЗАЦИИ АНАСТОМОЗА

Кафедра хирургических болезней имени академика К.М. Курбанова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности реконструктивных хирургических вмешательств при тонкокишечных свищах с акцентом на метод экстраориоризации анастомоза.

Материал и методы. Исследование, проведено на кафедре хирургических болезней № 1 им. акад. К.М. Курбанова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. клинической базой которой являются хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе. В исследование включено 70 пациентов, из которых 42 (60%) мужчины и 28 (40%) женщины, средний возраст составил $49,3 \pm 13,7$ лет. Основной причиной формирования свищей являлись послеоперационные осложнения (65%), а также деструктивные воспалительные процессы (20%), травмы (10%) и опухолевые заболевания (5%). По локализации преобладали высокие свищи (40%), средние составили 35%, низкие — 25%. Сопутствующая патология включала гипопроотеинемия (78%), анемию (64%), хронические заболевания печени (32%), сахарный диабет (21%) и септические состояния (27%), что существенно утяжеляло течение энтеральной недостаточности.

Результаты исследования. Оценка тяжести состояния проводилась с учётом степени энтеральной недостаточности: I степень — компенсированная, II — субкомпенсированная, III — декомпенсированная. Критериями сложности свищей являлись высокий дебит (более 500 мл/сут), наличие инфильтратов и абсцессов, множественность свищей, выраженный спаечный процесс и тяжесть метаболических нарушений. При III степени энтеральной недостаточности отмечалось повышение уровня гамма-глутамилтрансферазы в 2,3 раза, интерлейкина-6 — в 4,8 раза, Д-димера — в 3,1 раза, прокальцитонина более 2 нг/мл. В общем анализе крови наблюдался лейкоцитоз до $14-18 \times 10^9/\text{л}$, а также увеличение азотистых шлаков (мочевина, креатинин), что свидетельствовало о развитии полиорганной дисфункции. Хирургическая тактика определялась степенью энтеральной недостаточности. При I степени выполнялась резекция тонкой кишки с наложением первичного анастомоза. При II степени применялись резекционные вмешательства с элементами отсроченной реконструкции. При III степени приоритет отдавался экстраориоризации анастомоза, а также гастроэнтеростомии с выключением двенадцатиперстной кишки при высоких свищах. Метод экстраориоризации анастомоза был применён у 38% пациентов, преимущественно при тяжёлых формах. Его использование позволило снизить частоту несостоятельности анастомоза на 27% и уменьшить количество септических осложнений на 22%. В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика лабораторных показателей: снижение уровня интерлейкина-6 на 45% к 3–5 суткам, нормализация прокальцитонина к 7–10 суткам, уменьшение уровня гамма-глутамилтрансферазы на 30%, а также стабилизация показателей общего анализа крови и азотистого обмена. Общая летальность составила 14,3% и была обусловлена развитием сепсиса, полиорганной недостаточности и тяжёлых метаболических нарушений. В группе пациентов с применением экстраориоризации анастомоза летальность была ниже (9,5%) по сравнению с традиционными методами (18,7%).

Выводы. Таким образом, степень энтеральной недостаточности является ключевым критерием выбора хирургической тактики. Экстраориоризация анастомоза представляет собой эффективный метод лечения тяжёлых форм тонкокишечных свищей, позволяющий снизить частоту осложнений и летальность. Дифференцированный подход к лечению способствует улучшению клинических исходов.

Холзода Ш.И., Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

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

Цель исследования. Оценить значение краткосрочной предоперационной гормональной терапии для улучшения состояния наружных половых органов у детей с гипоспадией, крипторхизмом и микропенисом.

Материал и методы. Работа выполнена на базе РКБ Дангаринского района. В 2020–2025 гг. обследованы 8 больных в возрасте от 3 до 11 лет; средний возраст составил $6,4 \pm 3,2$ года. У всех пациентов гипоспадия сочеталась с крипторхизмом, у 4 дополнительно выявлен микропенис. До лечения определяли уровни ЛГ, ФСГ, эстрадиола и тестостерона, оценивали ХГЧ. У 2 больных с нарушениями формирования пола проводили кариотипирование для уточнения генетического пола.

Всем больным назначали месячный курс местной гормональной терапии: AndroGel (тестостерон 10 мг/г) по 5 г один раз в сутки наносили на область наружных половых органов и медиальную поверхность бедра. Оценивали состояние наружных половых органов, положение яичек и возможность последующей хирургической коррекции.

Результаты исследования. После завершения курса у всех больных отмечалась положительная динамика развития наружных половых органов. Односторонний крипторхизм выявлен у 5 пациентов, двусторонний — у 3. У детей с микропенисом улучшились анатомические параметры полового члена. У 7 больных эктопированное яичко опустилось в мошонку. У 1 пациента с двусторонним крипторхизмом отмечено одностороннее опущение яичка в мошонку. Достигнутые изменения создали благоприятные условия для планирования последующего хирургического лечения.

Выводы. 1. Предоперационная гормональная терапия является частью индивидуальной подготовки детей с гипоспадиями, крипторхизмом, микропенисом и нарушениями формирования пола. 2. В представленной серии месячный курс местного применения тестостерона сопровождался положительной клинической динамикой. 3. Гормональную подготовку проводят после комплексной клинко-эндокринологической оценки с определением тактики хирургической коррекции.

Холмадов Ш.Н.^{1,2}, Исмаилова З.Э.², Мирзоев Х.Х.¹.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ И ОТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

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

13 ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Таджикистан.

Цель исследования. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения пациентов с абсцессами головного мозга.

Материал и методы. Авторами было проанализировано 34 случая абсцессов головного мозга у пациентов находившихся в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ «имени Абуали ибни Сино» в период с 2021 по 2024 г. Все пациенты проходили клинко-инструментальное исследование: анализ анамнестических данных, неврологическое обследование, общеклинические анализы крови, осмотр отоневролога, нейроофтальмолога, КТ- или МРТ-исследование. Всем больным производили культуральное исследование содержимого абсцессов.

Результаты исследования. Все хирургические вмешательства, произведенные в нашем исследовании, можно разделить на следующие виды: тотальное удаление, пункция и дренирование абсцессов, пункционный метод без применения нейронавигации, с использованием рамочной или безрамочной навигации, комбинированный метод. Чаще всего инфекционные осложнения наблюдались у пациентов с интракраниальными повреждениями, характеризующимися как 4—8 категория.

Выводы. Следует подчеркнуть важность в выборе метода лечения предпочтений конкретного нейрохирурга и оснащенность операционной. Стереотаксические методы лечения в настоящее время являются методом выбора, особенно при глубинно расположенных абсцессах и абсцессах, расположенных в функциональных зонах. При многокамерных абсцессах, абсцессах, вызванных анаэробной флорой, при посттравматических абсцессах с наличием инородных тел, а также в клиниках с ограниченными ресурсами полное удаление абсцесса может быть подходящим методом для лечения абсцессов головного мозга.

Холматов П.К., Додихудоев Р.А., Фарзонаи И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

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

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом путем внедрения протокола ранней целенаправленной санации и применения современных методов прогнозирования тяжести эндогенной интоксикации.

Материал и методы. В основу работы положен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 86 пациентов с распространенным гнойным перитонитом различной этиологии (аппендикулярный, перфоративная язва, деструктивный холецистит), находившихся на лечении в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе за период 2024–2026 гг. Возраст больных варьировал от 20 до 69 лет. Пациенты были разделены на две группы: - Основная группа (42 человека) — комплекс лечения включал миниинвазивные технологии санации, программы ранней энтеральной поддержки и мониторинг маркеров системного воспаления (прокальцитонин, лейкоцитарный индекс интоксикации). - Контрольная группа (44 человека) — пациенты, которым выполнялась стандартная лапаротомия, традиционное дренирование брюшной полости и стандартная антибактериальная терапия. Методы исследования: клинко-лабораторные, инструментальные (УЗИ органов брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография), оценка тяжести состояния по шкалам APACHE II и Mannheim Peritonitis Index (MPI), а также статистическая обработка данных с использованием пакета Statistica 10.0.

Результаты исследования. Установлено, что применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет снизить степень выраженности эндогенной интоксикации уже на 3-и сутки послеоперационного периода. В основной группе длительность пареза кишечника сократилась в среднем на $1,8 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$), а потребность в продленной искусственной вентиляции легких уменьшилась на 32%. Общая частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 14,3%, в то время как в контрольной группе этот показатель достиг 31,8%. Летальность

в основной группе снизилась с 13,6% до 4,8%.

Выводы. 1. Разработанный комплексный подход к лечению распространенного гнойного перитонита в условиях отделения неотложной хирургии позволяет патогенетически обоснованно воздействовать на ключевые звенья системного воспалительного ответа. 2. Использование дифференцированной тактики санации брюшной полости и ранней нутритивной поддержки способствует достоверному снижению частоты гнойно-септических осложнений. 3. Предложенный алгоритм приводит к сокращению сроков стационарного лечения и снижению показателей послеоперационной летальности.

Холматов П.К., Додихудоев Р.А., Нуралиев Ш.С.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами путем совершенствования показаний, хирургической тактики и техники выполнения миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 74 пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами, находившихся на лечении в Городской больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе в период 2024–2026 гг. Возраст больных варьировал от 20 до 69 лет. Всем пациентам проводилась комплексная клинично-инструментальная оценка с определением локализации и характера перфоративного дефекта, распространенности перитонита и тяжести общего состояния. Видеолапароскопия выполнена у всех 74 пациентов. С учетом интраоперационной картины определялась возможность выполнения лапароскопического ушивания перфоративного отверстия. При технической невозможности или высоком риске выполнения полноценного лапароскопического вмешательства осуществлялась конверсия с переходом к открытому хирургическому вмешательству. Оценивали техническую выполнимость операции, частоту конверсий, послеоперационные осложнения, выраженность болевого синдрома, сроки активизации пациентов и продолжительность госпитализации.

Результаты исследования. У всех 74 пациентов видеолапароскопия позволила уточнить локализацию перфоративного дефекта, распространенность патологического процесса и определить оптимальную хирургическую тактику. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы выполнено у 50 пациентов (67,6%). В 24 случаях (32,4%) в связи с выраженными воспалительными изменениями, техническими трудностями или невозможностью надежного закрытия перфоративного отверстия потребовалась конверсия с переходом к открытому хирургическому вмешательству.

Применение миниинвазивного подхода сопровождалось снижением операционной травмы, уменьшением выраженности послеоперационного болевого синдрома, снижением потребности в анальгетиках и более ранней активизацией пациентов. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 4 пациентов (5,4%), летальный исход отмечен у 1 пациента (1,4%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность миниинвазивного лечения во многом определяется правильным отбором пациентов и своевременным выбором оптимального объема хирургического вмешательства.

Особое значение имеет совершенствование техники лапароскопического ушивания перфоративного дефекта и проведение адекватной санации брюшной полости. При возникновении интраоперационных технических трудностей своевременная конверсия позволяет обеспечить надежное закрытие перфорации и снизить риск развития тяжелых послеоперационных осложнений.

Выводы. Применение миниинвазивных технологий у пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами позволяет улучшить результаты хирургического лечения при рациональном отборе больных и правильном выборе оперативной тактики. Видеолапароскопия дает возможность уточнить характер и распространенность патологического процесса и определить возможность выполнения лапароскопического ушивания перфоративного дефекта. При технических трудностях целесообразно своевременно выполнять конверсию в открытый доступ. Важным компонентом комплексного лечения является проведение полноценной противоязвенной терапии, включая эрадикацию *H. pylori*, что имеет существенное значение для профилактики рецидива язвенной болезни и улучшения отдаленных результатов лечения.

Холниёзов Ш. Ф., Сафедов Ф.Х., Далери С.

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Усовершенствовать методы диагностики и лечения при закрытых повреждениях почек у детей.

Материал и методы исследования. На базе кафедры детской хирургии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино в НМЦ «Шифобахш» с 2020 по 2025 на лечении находились 10 (100%) больных детей, с закрытым повреждением почек. Возраст больных колебался от 1-года до 16 лет. Мальчиков – 6 (60%) и девочек – 4 (40%). Диагноз установлен на основании клинических данных, УЗИ с доплерографией, экскреторной урографией. Ушиб почек без нарушения фиброзной капсулы был выявлен у 3 (30%) пациентов, разрыв почечной паренхимы без повреждения полостной системы почки у 4 (40%) пациентов, разрыв почечной паренхимы с повреждениями чашечно-лоханочного системы у 2 (20%)

пациентов, у 1 (10%) пациента после травмы случайно выявлены нефробластомы.

Результаты

исследования. Ушивание раны и наложение пиелостомии выполнено у 3 (30%) пациентов, а у одного пациента с нефробластомой после консультации с детскими онкологами была проведена нефрэктомия. Консервативное лечение получили 3 (30%) пациента. Срок лечения детей с ушибом почек без нарушений фиброзной капсулы составил 10 дней. Контрольное УЗИ проводилось 2-3 раза за период госпитализации. На фоне консервативного лечения произошёл 2-х фазный разрыв у одного больного. При нарастании размера гематомы, снижении гемоглобина и макрогематурии по экстренным показаниям проведено хирургическое лечение. В послеоперационный период наблюдалось заживление. Переливание компонентов крови проведено у 2 (20%) пациентов. После выписки из стационара все пациенты находились на диспансерном наблюдении у детского уролога.

Выводы. У детей с закрытым повреждением почек необходимо проведение клинико-диагностического обследования с включением УЗИ и МСКТ с контрастированием. Это позволяет снизить показания к хирургическим вмешательствам, способствует профилактике различных осложнений и эффективному проведению консервативного лечения.

Холов А.Д., Ализода Г.А., Садруддинзода О.Б.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургических дисциплин №4 ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет».

Центральная районная больница Дангаринского района. Таджикистан.

Цель исследования. Определить структуру применения срединного, косого и поперечного лапаротомных доступов по данным хирургического отделения Центральной районной больницы Дангаринского района за 2025 год.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный описательный анализ 516 зарегистрированных операций на органах брюшной полости. Сведения о доступе получены из историй болезни и протоколов операций. Единицей учёта считали операцию, отнесённую к одной из трёх указанных категорий доступа. Рассчитаны абсолютные частоты и доли от общего числа вмешательств.

Результаты исследования. В исследование включено 516 пациентов. Срединная лапаротомия была выполнена у 312 пациентов (60,5%), что было связано с необходимостью широкого доступа и ревизии органов брюшной полости, особенно при экстренных хирургических состояниях. Косая лапаротомия применялась у 134 пациентов (26,0%), преимущественно при локализованных патологических процессах. Поперечная лапаротомия была выполнена у 70 пациентов (13,5%), в основном при плановых операциях, где требовался ограниченный и более щадящий доступ. Во всех случаях выбранный оперативный доступ обеспечивал возможность выполнения необходимого объёма хирургического вмешательства.

Выводы. В серии из 516 операций наиболее часто применялся срединный лапаротомный доступ - 60,5%. Косые и поперечные доступы составили 39,5% вмешательств. Наиболее часто используемым доступом при операциях на органах брюшной полости является срединная лапаротомия, что обусловлено её универсальностью и хорошей визуализацией органов брюшной полости. Косые и поперечные лапаротомии применяются реже и преимущественно при локализованных патологических процессах или плановых хирургических вмешательствах. Рациональный выбор лапаротомического доступа позволяет повысить эффективность операции и снизить риск послеоперационных осложнений.

Худойбердиев У.А., Сараев А.Р., Шокиров Т.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями путём оптимизации хирургической тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями в период с октября 2021 по сентябрь 2025 года в ГУ ЦСМП г. Душанбе. За этот период в клинику были госпитализированы 80 профильных пациента в возрасте от 18 до 86 лет (58 мужчин и 22 женщин). В 14 наблюдениях (17,5%) источником кровотечения были язвы желудка, в 66 (82,5%) – язва двенадцатиперстной кишки (ДПК). Для диагностики источника и характера кровотечения выполняли неотложную эзофагогастродуоденоскопию. Гемостаз оценивали по классификации J.A. Forrest. При продолжающемся кровотечении применяли различные методы эндоскопического гемостаза: физические (инъекция язвенного дефекта, электрокоагуляция), химические (орошение спиртэфирной смесью), механические (эндоскопическое клипирование), а также их комбинации. Наиболее эффективным, доступным и экономически оправданным методом оказалась электрокоагуляция. Вопрос о выборе сроков, объёма и метода оперативного вмешательства при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях решался персонализированно и дифференцированно в зависимости от конкретной клинической ситуации, определяющей степень операционного риска (интенсивность и длительность кровотечения, объём кровопотери, возраст и тяжесть состояния больного, сопутствующие заболевания, приём антикоагулянтов, эндоскопическая картина и риск рецидива). При госпитализации всем больным проводили заместительную инфузионно-трансфузионную и гемостатическую терапию, назначали антисекреторные средства и антибактериальные препараты.

Результаты исследования. В лечении применялась активно-дифференцированная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, предложенная Панцыревым Ю.М. и соавторами (1996) сочетает в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с персонализированным подходом при определении показаний к

неотложному оперативному вмешательству. Консервативные мероприятия выполнялись с учетом этиопатогенеза, стадии, тяжести течения, локализации и размеров язвенного поражения, имеющихся осложнений и сопутствующих заболеваний. При активном кровотечении или при риске рецидива выполнялся эндоскопический гемостаз с целью окончательной или временной остановки кровотечения. Экстренные операции проводили на высоте кровотечения по жизненным показаниям: продолжающееся профузное кровотечение, кровопотеря III–IV степени, неэффективность консервативных мероприятий при массивном кровотечении, рецидив кровотечения после его остановки консервативными методами и неэффективности повторного эндогемостаза. Из 80 больных интенсивная консервативная терапия оказалась эффективной у 50 (62,5%). В отсроченном порядке оперированы 7 (8,8%) пациентов, в экстренном порядке ввиду продолжающегося кровотечения оперированы 23 пациента (28,8%). Выбор объема операции зависел от локализации язвы и тяжести состояния пациента. 22 (27,5%) пациентам с кровоточащей гастродуоденальной язвой выполнена дренирующие желудок операции (пилорoduоденопластика с селективной желудочной ваготомией), 2 умерли (8%). 4 (16%) пациентам с кровоточащей язвой желудка выполнена резекция желудка по Бильрот-II без летальных исходов. 4 больным выполнена дистальная субтотальная резекция желудка, двое из них умерли. Общая летальность составила 5% (4/80).

Выводы. Показаниями к экстренной операции должны являться продолжающееся кровотечение, если лечебная эндоскопия не проводилась или при неэффективности эндоскопического гемостаза, и рецидив язвенного кровотечения в стационаре. При легкой и средней кровопотере, при небольших язвенных дефектах и немассивном характере возобновления кровотечения допустимо повторное выполнение лечебной эндоскопии.

Хуснуддинов Н.З., Адилходжаев А.А., Юнусов С.Ш.

ЛИНЕЙНО-СШИВАЮЩИЙ ЭЗОФАГОЮНОАНАСТОМОЗ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ: ТЕХНИКА И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Кафедра хирургии, Международный университет «Кимью» в Ташкенте; Медицинский центр «Saba Darmon», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить безопасность и техническую воспроизводимость запатентованной методики линейно-сшивающего интракорпорального эзофагоюноанастомоза после лапароскопической D2 тотальной гастрэктомии по поводу рака желудка.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 90 последовательных пациентов с гистологически верифицированной аденокарциномой желудка, оперированных с января 2022 по июнь 2026 года. Анастомоз формировался полностью интракорпорально линейными сшивающими аппаратами (60 мм) без минилапаротомии и трансорального введения головки циркулярного степлера; методика защищена патентом Республики Узбекистан № IAP 07363. Оценивались частота несостоятельности анастомоза, продолжительность операции, кровопотеря, конверсия в открытый доступ и осложнения по классификации Clavien-Dindo.

Результаты исследования. Медиана возраста — 67 лет (31–88), мужчин — 58 (64,4%). Среднее время операции — $250,8 \pm 42,3$ мин, средняя кровопотеря — $211,9 \pm 86,6$ мл, конверсия — у 2 (2,2%) пациентов. Несостоятельность анастомоза развилась у 4 (4,4%) пациентов, летальности в течение 30 и 90 суток не зафиксировано. Осложнения любой степени отмечены у 18 (20,0%), тяжёлые (Clavien-Dindo $\geq$ IIIa) — у 7 (7,8%). После первых 20 наблюдений формирование анастомоза стандартизировалось и занимало около 20 минут.

Выводы. Предложенная методика технически воспроизводима и характеризуется приемлемым профилем безопасности в серии из 90 пациентов. Отсутствие сравнительной группы не позволяет утверждать о преимуществе методики перед альтернативными способами реконструкции; необходимы проспективные многоцентровые исследования.

Хуснуддинов Н.З., Адилходжаев А.А., Юнусов С.Ш.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ АДЕКВАТНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ D2 ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ЛИНЕЙНО-СШИВАЮЩИМ ЭЗОФАГОЮНОАНАСТОМОЗОМ

Кафедра хирургии, Международный университет «Кимью» в Ташкенте; Медицинский центр «Saba Darmon», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить показатели онкологической радикальности (частота R0-резекций, объем лимфодиссекции) у пациентов, оперированных по поводу рака желудка с применением оригинальной методики линейно-сшивающего эзофагоюноанастомоза.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 90 пациентов с аденокарциномой желудка, перенёвших лапароскопическую D2 тотальную гастрэктомию в 2022–2026 гг. Лимфодиссекция выполнялась по стандартным группам лимфоузлов (1–12a) с тотальной оментэктомией. Оценивались радикальность резекции (R0/R1), количество исследованных и поражённых лимфоузлов, состояние краёв резекции, лимфоваскулярная и периневральная инвазия.

Результаты исследования. R0-резекция достигнута у 84 (93,3%) пациентов, R1 — у 6 (6,7%). Медиана исследованных лимфоузлов составила 30,5 (16–47), что во всех случаях соответствовало пороговому значению ≥ 16 узлов; медиана поражённых узлов — 2,5 (0–28). Средние значения проксимального и дистального краёв резекции составили $3,08 \pm 0,96$ см и $4,83 \pm 1,63$ см. Лимфоваскулярная инвазия выявлена у 47 (52,2%), периневральная — у 31 (34,4%) пациента; клиническая стадия III преобладала (58,9%).

Выводы. Применение методики линейно-сшивающего эзофагоюноанастомоза не препятствует достижению адекватного объема лимфодиссекции и высокой частоты R0-резекций при лапароскопической тотальной гастрэктомии. Полученные показатели сопоставимы с данными литературы для других интракорпоральных методик реконструкции.

Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж. А., Фахридинов М.Б.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКОЙ: ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

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

Цель исследования. Оценить эффективность перкутанной нефролитотрипсии и определить особенности её применения у пациентов с подковообразной почкой.

Материал и методы. В период с 2019 по 2025 гг. в ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» хирургическое лечение мочекаменной болезни на фоне подковообразной почки проведено **29 пациентам в возрасте от 16 до 52 лет.**

Диагноз подковообразной почки, осложнённой нефролитиазом, устанавливали на основании данных анамнеза, результатов лабораторных исследований, ультразвукового исследования почек и мочевыводящих путей, обзорной и экскреторной урографии, а также компьютерной или магнитно-резонансной томографии почек с внутривенным контрастированием.

Результаты исследования. Подковообразная почка является врождённой аномалией сращения почек, при которой повышается риск развития мочекаменной болезни вследствие нарушения уродинамики и особенностей анатомии чашечно-лоханочной системы. У пациентов с данной аномалией выбор хирургического доступа имеет особое значение в связи с атипичным расположением почек и вариативностью их сосудистой анатомии. **Всем 29 пациентам** выполнена перкутанная нефролитотрипсия с пункционным доступом через верхнюю группу чашечек поражённой половины подковообразной почки. Для фрагментации конкрементов применяли пневматический литотриптор. Полная санация чашечно-лоханочной системы за один этап из одного доступа достигнута у **21 пациента** с конкрементами размером 0,9–1,8 см. У **5 пациентов** с коралловидными и множественными конкрементами использовали 2–3 пункционных доступа. У **3 пациентов** с резидуальными фрагментами выполнен второй этап оперативного лечения с проведением чресфистульной нефролитолапаксии.

Интраоперационное кровотечение отмечено у **3 пациентов** и купировано консервативно. У **3 пациентов** в послеоперационном периоде развилось обострение воспалительного процесса мочевыводящих путей, успешно купированное антибактериальной терапией. Всем пациентам устанавливали нефростомический дренаж; при необходимости дополнительного дренирования применяли мочеточниковый стент. Нефростомические дренажи удаляли на 5–6-е сутки, мочеточниковые стенты — через 5–6 недель.

Выводы. Перкутанная нефролитотрипсия является эффективным методом хирургического лечения мочекаменной болезни у пациентов с подковообразной почкой. С учётом анатомических особенностей данной аномалии выбор пункционного доступа необходимо осуществлять индивидуально на основании данных предоперационной визуализации. При множественных и коралловидных конкрементах использование нескольких чрескожных доступов обеспечивает более эффективную санацию чашечно-лоханочной системы. При выявлении резидуальных фрагментов оправдано проведение этапного лечения с нефростомическим дренированием и, при необходимости, внутренним стентированием для обеспечения адекватного оттока мочи.

Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж.А., Амиршоев Н.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Кафедры урологии имени профессора Осими А.С. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.
ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Таджикистан.

Цель исследования. Оценить клинические особенности и результаты хирургического лечения пациентов с камнями мочевого пузыря.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 118 пациентов, поступивших с диагнозом камня мочевого пузыря в отделение эндоурологии ГУ «Научно-клинический центр урологии» в течение последних 5 лет. Возраст пациентов варьировал от 28 до 72 лет. В большинстве случаев камни были вторичными. Распределение причин формирования камней: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы — 52 пациента (44,1%), Стриктура заднего отдела уретры — 22 пациента (18,6%), Нейрогенный мочевой пузырь — 12 пациентов (10,2%), Лигатурные камни — 10 пациентов (8,5%), Миграция конкрементов из верхних мочевых путей — 22 пациента (18,6%). Размер камней варьировал от 2 до 30 см. Диагностика включала клиническое обследование, общий анализ мочи, бактериологическое исследование, ультразвуковое исследование мочевой системы и цистоскопию.

Результаты исследования. Выбор метода хирургического лечения зависел от размеров камней: до 3 см — трансуретральная цистолитотрипсия, более 3 см — чрескожная пункционная цистолитотрипсия, крупные и гигантские камни — открытая цистолитотомия. Применение дифференцированного подхода позволило достичь полного удаления камней у большинства пациентов и восстановить нормальное мочеиспускание. Одновременно проводилась коррекция основной причины формирования камней, что снижало риск рецидива.

Выводы. Камни мочевого пузыря чаще формируются вторично на фоне нарушений уродинамики нижних мочевых путей. Выбор метода хирургического лечения должен основываться на размерах конкремента и сопутствующей

патологии. Применение современных эндоскопических и открытых методов обеспечивает высокую эффективность лечения, минимальные осложнения и хорошие клинические результаты.

Шавази Р.Н.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра хирургических болезней №2 Самаркандского Государственного медицинского университета. Узбекистан

Цель исследования. Проведение анализа ведения больных острым тяжелым деструктивным панкреатитом и оценка основных анатомо-патофизиологических факторов, определяющих риск неблагоприятных исходов.

Материал и методы. Проведен эмпирический анализ лечения 473 больных острым панкреатитом (ОП). Из общей группы к тяжелому ОП отнесено 167 пациентов, которым были применены инвазивные методы хирургического лечения. Морфологическим субстратом у этих больных был крупноочаговый и тотальный панкреонекроз (ПН), парапанкреатит, а клинические проявления осложнялись стойкой полиорганной недостаточностью. В группе больных тяжелым ОП распространенные некротические изменения забрюшинной клетчатки отмечены у 130 (77,8%). Главным технологическим принципом операции являлось удаление только некротических тканей или гнойных секвестров поджелудочной железы (ПЖ) и парапанкреатической клетчатки при сохранении неизменной ткани, эвакуация жидкости, обеспечение дренирования; при билиарном панкреатите дополнительно выполняли холецистостомию, холецистэктомию или холецистэктомию с дренированием общего желчного протока (ОЖП).

Результаты исследования. Общая летальность в группе больных с панкреонекрозом составила 32,3%: при мининвазивном доступе – 29,6%; при традиционном доступе – 34,1%. Статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от вида хирургической технологии не выявлено. Распространенный парапанкреатит сопровождался летальностью 36,5%. В группе больных, у которых интраоперационно отмечены распространенные некротические изменения забрюшинной клетчатки, послеоперационная летальность составила 33,8% ($n = 44$), а при отсутствии таковых (ограниченном поражении) – 13,5% ($n = 5$);).

Заключение. У больных тяжелым острым панкреатитом и органной недостаточностью регламентация показаний к операции и выбору объема вмешательств не приводит к статистически значимому уменьшению послеоперационной летальности. Распространенное вовлечение в деструктивный процесс забрюшинных клетчаточных пространств – неблагоприятный прогностический фактор.

Шавази Р.Н.¹, Райимжанова К.Ф.².

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE

¹Кафедра хирургических болезней №2, ²Кафедра акушерства и гинекологии №3 Самаркандского Государственного медицинского университета. Узбекистан

Цель исследования. Провести оценку непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с симультанными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза после выполнения лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с извлечением резецированного препарата трансвагинально по методике NOSE.

Материал и методы. В статье подробно рассматривается первый клинический случай пациентки с новообразованием ободочной кишки и миоматозными узлами матки, в связи с чем, ей была выполнена симультанная лапароскопическая операция экстирпация матки, правосторонняя гемиколэктомия с извлечением резецированного препарата трансвагинально, с интракорпоральным формированием анастомоза. Первым этапом проводилась экстирпация матки, правостороннюю гемиколэктомию выполняли оригинальным комбинированным латеро-медиальным способом. За 2 месяца выполнено 5 подобных оперативных вмешательств.

Техника операции. Первым этапом выполнялась экстирпация матки. Пациентка на операционном столе с разведенными ногами, в положении Тренделенбурга. Опирующийся хирург стоял по правую руку от пациента, ассистент — у изголовья. В полость матки вводился маточный манипулятор Clermond-Ferrand, далее был пересечен маточный связочный аппарат с помощью инструмента LigaSure Atlas, с помощью монополярного электрода «крючок» влагалище рассекалось по краю маточного манипулятора. Следующие этапы операции — правосторонняя гемиколэктомия; реконструкция и заключительный этап — извлечение препарата через культю влагалища, культя влагалища ушита экстракорпоральными одиночными узловыми швами, выполнена перитонизация операционного поля в области малого таза.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила $188 \pm 11,7$ мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 90-100 мл. Длина сосудистой ножки (пересеченной подвздошно-ободочной артерии) составила 9 ± 1 см. Сохранить фасцию ободочной кишки удалось во всех 6 случаях. Не было отмечено ни одного интраоперационного осложнения. Послеоперационные осложнения отмечены в 1 случае: у одной пациентки было отмечено развитие функционального осложнения диспареунии; развитие указанного осложнения мы связываем с нарушением послеоперационных рекомендаций полового воздержания до 2-х месяцев с момента операции. Данное осложнение было купировано с применением вагинальных свечей в течение 2-х недель после появления первых симптомов. Уровень послеоперационной боли был в диапазоне от 0 до 1.

Заключение. Трансвагинальный доступ является идеальным способом извлечения резецированного препарата при операциях на толстой кишке, благодаря анатомическим и физиологическим особенностям данной области. Наш небольшой опыт выполнения подобных операций показывает, что применение методики NOSE возможно у пациенток

с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. Кроме того, данная процедура является исключительно безопасной, что нашло отражение в результатах операций. Уровень боли позволяет говорить практически об ее отсутствии, а послеоперационное качество жизни пациентки оценили максимальными показателями.

Шамсиев Д.А., Саъдуллозода Ф.С., Абдурахманов А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРЭКТОМИИ

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

Цель исследования. Улучшения лечения и профилактика нефрэктомии при терминальной стадии гидронефроза.

Материал и методы. Исследование проводилось на базах кафедры урологии имени профессора А.С.Осими и отделения стволовых клеток, ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Работа основано на анализе результатов хирургического лечения 16 больных с терминальной Б стадии гидронефроза. Возраст больных варьировало от 16 до 60 лет. Среди их лиц мужского пола было -15 (93.7%), женского – 1 (6.3%). Двухсторонний гидронефроз отмечено у -3 (18.7%) больных, односторонний у – 13(81.3%).

По происхождению ТСГН у – 9(56.25%) больных являлось врождённое сужение ЛМС и у -7 (43.75%) МКБ. Всем больным с целью восстановления пассажа мочи было выполнено оперативное вмешательство методом пластики ЛМС у -9 (56.25%) по Андерсену – Хайнса, у 7 (43.75%) пиелолитотомия по поводу МКБ.

Результаты исследования. С целью восстановления нарушенных функции и сохранения поражённой почки. Больным ТСГН введено аутосомные мезенхимные стволовые клетки костного мозга, изъятые из грудины. Во время операции 4 больным в истончённые участки паренхимы почки, 6 больным послеоперационном периоде под контролем УЗИ и 6 больным внутривенно на 100 мл физрастворе. Во время введения и после побочных реакции не было. Ближайшие через 3 – 7 месяцев и отдалённые результаты через 4 года показало на УЗИ с дуплексным сканированием и на МРТ улучшения кровотока на 17.1% уплотнение и утолщение паренхимы от 0.5 до 1 см. Улучшение показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Выводы. В профилактике нефрэктомии и восстановлении нарушенных функции почек при терминальной стадии гидронефроза, применение аутосомных мезенхимных стволовых клеток костного мозга расширяет потенциал регенерации нефрона, его дифференцировки и способности к самовосстановлению.

Шарипов А.М., Рахмонов Ш.Ч., Шарипов П.Ш.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОУРЕТРАЛЬНОЙ ФОРМЫ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургической коррекции ректоуретральных свищей и анализ их исходов у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 266 клинических случаев аноректальных мальформаций у детей, лечившихся в клинике детской хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. в 2015-2026 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 суток жизни до 17 лет. Мальчики составили 132 (49,6%) наблюдения. Обследование проводилось по стандартизированному протоколу и включало сбор жалоб, анализ анамнеза, физикальный осмотр с последующим назначением дополнительных методов диагностики и определением лечебной тактики. Клиническое обследование включало детальный осмотр промежности с оценкой выраженности анальной ямки, наличия и силы сокращений наружного сфинктера прямой кишки, их концентричности, анатомического положения сфинктера и степени развития ягодичных мышц. Среди пороков у мальчиков особую значимость имеют ректоуретральные свищи (РУС) в связи с выраженными диагностическими и тактическими трудностями, нередко обусловленными проблемами их своевременного выявления. Это и послужило основанием для выбора данной нозологии в качестве объекта исследования.

Результаты исследования. РУС выявлены у 60 пациентов - 22,5% от общего числа больных. По типам РУС распределение было следующим: ректопростатическая форма - 34 наблюдений (56,7%), ректобульбарный вариант - 26 случая (43,3%). У одного пациента (1,7%) диагностирован РУС при сформированном анальном отверстии; ребёнок ранее оперирован в другом учреждении и поступил в нашу клинику по поводу рецидива. Достоверными признаками атрезии прямой кишки со свищем в мочеполовые органы служат меконурия и пневмоурия; эти симптомы, как правило, фиксировались в период от первых часов до вторых суток жизни у большинства пациентов. У всех больных с РУС хирургическая коррекция осуществлена методом заднесагиттальной аноректопластики из промежностно-сакрального доступа. При невозможности низведения кишки через промежность объём вмешательства расширяли за счёт абдоминального доступа (лапаротомия либо лапароскопия). Среди 60 больных в 52 наблюдениях (86,7%) удалось устранить РУС из вышеназванного доступа. В остальных случаях хирургическая коррекция осуществлена посредством лапаротомии (n = 2) и лапароскопии (n = 6). Интраоперационных осложнений в виде нарушения целостности уретры не отмечалось. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 4 (6,6%) больных: стеноз уретры - в 2 случаях и несфинктерное низведение кишки - также в 2 наблюдениях. Стеноз уретры был корригирован методом бужирования с благоприятным исходом. В двух остальных случаях пациентам повторно была выполнена аноректопластика с удовлетворительным результатом.

Выводы. Своевременная верификация ректоуретральных свищей представляет значительные диагностические трудности, обусловленные особенностями анатомии порока и вариабельностью клинических проявлений. Заднесагиттальный доступ рассматривается как «золотой стандарт» хирургической коррекции данной нозологии. При невозможности его применения объём вмешательства расширяют путём лапаротомии либо лапароскопии, что обеспечивает адекватную коррекцию порока при сложных анатомических вариантах.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹ ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

² Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить двигательную функцию двенадцатиперстной кишки (ДПК) по данным рентгенологических исследований.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ рентгенологических исследований верхнего отдела пищеварительного тракта 166 больных в возрасте от 25 до 72 лет, в том числе 93 больных, у которых исследование выполнялось с применением обычной бариевой взвеси (1-я группа). У 10 больных к 200 мл стандартной взвеси сульфата бария добавляли 3 г витамина С (2-я группа). В 3-ю группу вошли 28 больных с первичными дивертикулами ДПК. В 4-ю группу включены рентгенограммы 35 пациентов с синдромом верхней брыжеечной артерии (СВБА). На рентгенограммах измеряли просвет ДПК и длину сфинктеров.

Результаты исследования. Во всех исследованиях определяли две зоны сужения — сокращенные или раскрытые пилорического сфинктера (ПС) и бульбодуоденального сфинктера (БДС). В 47 (50,5%) наблюдениях 1-й группы в ДПК не найдено других сфинктеров. При рентгеноскопии бариевая взвесь быстро и без задержки поступала в тощую кишку. У 4 из 10 больных 2-й группы после приема закисленной бариевой взвеси зоны сокращения в ДПК регистрировались не всегда и быстро исчезали. У 4 (40%) больных сокращение в третьей части ДПК оказалось настолько сильным и длительным, что напоминало таковое при синдроме верхней брыжеечной артерии (СВБА). Однако в процессе исследования зона сокращения исчезала без следа. Почти у всех больных 3-й группы дивертикулы располагались в нисходящей и горизонтальной частях ДПК. На 23 прямых рентгенограммах (4-я группа) с контрастированием ДПК мы измерили расстояние между резко прерванной границей, расширенной ДПК и уровнем прохождения ВБА, если он был зарегистрирован на КТ, МРТ или срединной линией ЛШ. Это расстояние колебалось от 2,5 до 4,6 см (в среднем $3,30 \pm 0,15$ см). В 13 случаях резкое сужение ДПК начиналось справа от правого края позвонка. С учетом всех методов исследования, по крайней мере, у 29 (83%) из 35 больных с СВБА, длина сокращения ДПК в среднем равнялась $3,30 \pm 0,15$ см и только у 6 (17%) больных длина сужения в ДПК находилась в пределах 1 см.

Выводы. Установлена важная роль сфинктеров (бульбодуоденальный, Капанджи, Окснера) в физиологии ДПК. Это позволило предложить гипотезу двигательной функции ДПК, которая определяет базовые ее закономерности.

Предложена гипотеза, объясняющая, каким образом ДПК выполняет свои функции и участвует в патогенезе СВБА, приобретенных дивертикулов ДПК и дискинезии сфинктера Одди.

Шарипов В.Ш.^{1,2}, Шарипов А.В.¹, Абдуллаева Н.А.¹

ЗНАЧЕНИЕ МРТ-ХОЛАНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

¹ ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

² Кафедра рентгенологии и радиологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Целью нашего исследования явилось изучение возможности магнитно-резонансной холангиографии (МРТ-холангиографии) как метода выбора топической диагностики механической желтухи (МЖ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 43 больных с МЖ различного генеза, которым с целью уточнения диагноза и определения объема лечебных вмешательств на диагностическом этапе выполнена МРТ-холангиография. Средний возраст больных $46 \pm 6,2$ года. Мужчин было 18 (41,8%), женщин — 25 (58,2%). Так, длительность желтухи составила от 13 до 45 суток (в среднем $23 \pm 5,1$). Уровень билирубина сыворотки крови варьировал от 84 до 278 мкмоль/л. Среди жалоб преобладали слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, головные боли, боли в правом подреберье, подъемы температуры тела до $39-40^\circ\text{C}$. МРТ-холангиографию проводили на аппарате «Signa HD» с мощностью поля 1,5 Тс, натошак, в горизонтальном положении пациента в следующих импульсных последовательностях: T-2 coronar (T-2 fatsat) и dual echo (T1 infase outfase) в аксиальной проекции с последующей 3-D MRCP реконструкцией.

Результаты исследования. У 21 (48,8%) больных МЖ имела опухолевый генез, с обструкцией билиарного дерева на различных уровнях. У 16 (37,2%) больных причиной МЖ явились различные осложнения желчнокаменной болезни, у 6 (13,9%) МЖ развилась после ранее выполненных оперативных вмешательств по поводу холедохолитиаза и эхинококкоза печени и желчевыводящих путей. Данные МРТ-холангиографии позволили определить уровень блока, угол отхождения сегментарных и субсегментарных протоков, особенности строения билиарного тракта после ранее выполненных не удачных желчеотводящих вмешательств. У 21 пациентов диагностирована опухоль головки поджелудочной железы. Следует отметить, что дифференциальная диагностика хронического псевдотуморозного панкреатита очень сложна и остается до конца нерешенной проблемой. Комплексное МРТ-абдоминальное исследование с визуализацией изменений в головке поджелудочной железы (не всегда патогномоничных для опухоли) и получение типичной культы интрапанкреатической части холедоха на МРТ холангиографии давало основание более уверенно высказаться об опухолевой природе процесса. Этим больным без каких-либо технических сложностей проведена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). У 2 больных диагностирован I тип синдрома Мирризи, явившегося причиной МЖ.

Выводы: 1. Показаниями к проведению МРТ-холангиографии считаем: длительность МЖ более 10 дней; уровень билирубина выше 100 мкмоль/л; наличие гнойного холангита; ранее выполненные оперативные вмешательства на печени и магистральных билиарных протоках, приведшие к механической желтухе; тяжелое соматическое состояние пациентов, исключающее инвазивные методы обследования.

2. МРТ-холангиография высокоинформативна как в топической диагностике МЖ, так и для дальнейшего планирования лечебных мероприятий, чувствительность метода — 94,3%, специфичность — 100%.

3. МРТ-холангиография позволяет точно выявить уровень и протяженность обструкции желчных путей, что имело большое значение для выбора операции и прогноза течения заболевания.

4. МРТ-холангиография позволяет уменьшить риск возможных осложнений ретро- и антеградных вмешательств и открытых операций.

Шарипов М.А., Абдуллоев А.Н.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

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

Цель исследования. Оптимизация результатов лечения больных с импинджмент синдромом локтевого сустава.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе НМЦРТ «Шифобахш». Настоящая работа основана на анализе комплексного лечения 30 больных с посттравматическим импинджмент- синдромом локтевого сустава. Все пациенты проходили лечение на базе клиники ТГМУ в период с 2020-2025 года. Лечение больных с передним и задним импинджмент- синдромом локтевого сустава, вызванные остеоартрозом, хондроматозом с осложнением смещенной контрактуры в виде сгибательного и разгибательного характера. При поступлении всем больным была оценена амплитуда движения в локтевом суставе (сгибание 65°, разгибание 150°, супинация -65°, пронация -50°). При пассивном и активном движении в локтевом суставе боли усиливаются. На рентгенографии локтевого сустава имеется наличие внутрисуставных тел по передней и задней поверхности. Всем больным проводили консервативное лечение с применением физиотерапии и местное введение кортикостероидов в случае неэффективности консервативной терапии, рекомендуется оперативное лечение. В настоящее время при лечении больных с импинджмент-синдромом локтевого сустава традиционно выполняются удаление оссификатов, артролиз, локальная синовэктомия, хондропластика. Синовэктомия наружного отдела локтевого сустава - 15 (50%). Артротомия, артролиз удаление внутрисуставных тел по передней и задней поверхности локтевого сустава - 12 (40%). Хондропластика локтевого сустава - 3 (10%).

Результаты исследования. Во время операции движения в локтевом суставе улучшились и после операции в течение 4 недель проводилось реабилитационное лечение, движения в локтевом суставе восстановились в полном объеме. Интраоперационно провели рентгенографию, сустав - свободен. Иммобилизацию не применяли, с первых дней после операции - физиотерапия (магнитотерапия, лазеротерапия), лечебная физкультура. После операции достигнута следующая амплитуда движений: сгибание — 47°, разгибание — 170°, пронация — 90°, супинация — 90°. После выписки повторный осмотр пациента проводился через 20 дней после операции и полного курса реабилитационного и медикаментозного лечения (физиотерапия, магнито- и лазеротерапия, ЛФК, внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты). Причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения локтевого сустава является развитие в послеоперационном периоде различных осложнений: нейропатий, гематом, рубцевания и гетеротопической оссификации.

Вывод. Лечение больных с импинджмент - синдромом локтевого сустава при правильном выборе оперативного лечения и своевременном проведении медикаментозного и реабилитационной терапии приводит к хорошему результату.

Шарипов М.А., Гуломов И.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

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

Цель исследования. Улучшение результаты хирургических методов лечения костной пластики у больных с доброкачественными опухолями.

Материал и методы. Работа была выполнена на базе Медицинский центр «Шифобахш » отделения взрослой ортопедии. Всего было 13 больных. Мужчин было 9, женщин - 4. Возраст которых составляет от 20 до 55 лет. Больные были распределены на две группы. Первая группа больных, у которых имелись повреждения верхних конечностей. Вторая группа с повреждением нижних конечностей. Больные были консультированы врачами онкологами, были произведены открыты биопсии костей конечностей с результатами не злокачественного характера опухолей. Для восполнения костных дефектов использовали различные костнопластические операции. По локализации опухоли располагались в трех сегментах конечностей (плечевая, бедренная и большеберцовая кость). По нозологической характеристике распределяли на: костная киста-6 (46,2%), аневризмальная киста-7 (53,8%) больных. В первой группе больных плечевая кость 5 (38,5%) больных были оперированы с аневризмальной кистой, где образовавшиеся костный дефект восполнен аутопластикой из малоберцовой кости. Во вторую группу входило 8 (61,5%) больных с костной кистой, которым были оперированы бедренная и большеберцовая кость, где костный дефект был заполнен ксенотрансплантатом. Техника оперативного лечения с помощью свободного костного трансплантата является простой и не требует специального оборудования. В процессе лечения все больные получали антибиотики, ежедневную перевязку была наложено гипсовая повязка в течение от 1,5 до 3 месяцев. Кроме этого, для десенсибилизации организма у 8 больных с ксенотрансплантатом назначены таблетки тавегил 10 дней и дексаметазон по схеме 3 дня. По заживлению раны больные

выписаны на амбулаторное лечение с рекомендацией не нагружать нижние конечности в течение 2 месяцев. Сроки восстановления замещенной костной ткани до 6 месяцев.

Результаты исследования. Костнопластические методы замещения дефектов костной ткани остаются наиболее эффективным при лечении пациентов с доброкачественными процессами в костях конечностей. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки и могут применяться как самостоятельно, так и в комбинации и, тем самым, дополняя друг друга и улучшая функциональный результат.

Вывод. Таким образом, восстановление нормальной костной ткани при свободной аутопластике процесс восстановления происходит в течение 1,5-3 месяцев с момента оперативного лечения. При замещении костного дефекта ксенотрансплантатом к недостаткам этого метода относят длительность процесса перестройки и риск возникновения нагноительного процесса раны.

Шарипова М.И., Додхоева М.Ф., Шарипова Н.П

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ РОЖЕНИЦ В РЕГИОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Областной родильный дом Согдийской области. Таджикистан

Цель исследования. Изучить возрастную структуру и особенностей репродуктивного анамнеза рожениц, проживающих в регионе хвостохранилища г. Истиклол (Согдийская область).

Материалы и методы. Согласно целям, поставленным в данной исследовательской работе, были обследованы 168 жительниц различных возрастных групп, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, каковым являются хвостохранилища. Критерием отбора были женщины юного репродуктивного возраста (ЮРВ), активного репродуктивного возраста (АРВ), позднего репродуктивного возраста (ПРВ) и женщины старше 50 лет. Возрастной состав колебался от 15 до 72. Группу сравнения составили 160 женщин, проживающих в г. Душанбе. Исследования основной группы проводились с учетом значения мощности эквивалентной дозы (МЭД). 282 (71,8%) женщины проживали недалеко от хвостохранилища – на территории значения МЭД $>0,20$ мкЗв/ч и 112 (28,4%) – при МЭД $<0,20$ мкЗв/ч. Давность проживания в регионе хвостохранилищ у 43-х (10,9%) исследованных составил до 5 лет, у 81 (20,5%) – от 5 до 10 лет и у 270 (68,5%) – более 10 лет. Полученные результаты исследований подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. В обеих исследуемых группах основную часть составили женщины активного и позднего репродуктивного периода. Среди обследованных в возрасте до 20 лет оказалось всего 5 (1,4%) молодых женщин, активного репродуктивного возраста - 20-34 лет - 137 (40,0%) женщин, позднего репродуктивного возраста – 35-49 лет – 128 (37,4%) женщин. Женщины старшей возрастной группы составили 21,0% (72 женщины). Наибольшее число жительниц приходилось в возрастных группах 25-29, 30-34 и 35-39 лет. 79,8% из них проживали в этом регионе более 10 лет. Основные данные сравнительного анализа репродуктивного анамнеза исследуемой группы и группы сравнения были следующие: нерожавшие – 6,0% и 5,0% ($p>0,05^*$), многорожавшие- 20,3% и 51,3% ($p<0,001$), преждевременные роды - 17,3% и 4,4% ($p<0,001$), самопроизвольные выкидыши - 64,3% и 10,6% ($p<0,001$), неразвивающаяся беременность -26,8% и 3,1% ($p<0,001^{**}$), антенатальная смертность - 13,7% и 1,3% ($p<0,001^{**}$), бесплодие 32,1% и 4,4% ($p<0,001^{**}$).

Выводы. Таким образом, основную массу обследованных женщин как в основной, так и в группе сравнения представили женщины активного и позднего репродуктивного возраста, преобладающее большинство из основной группы (2/3) проживали на территории со значением МЭД $>0,20$ мкЗв/ч и срок проживания составил более 10 лет. Анализ репродуктивного анамнеза показал высокую частоту невынашивания и репродуктивных потерь в основной группе.

Шарипова У.А.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии БухГМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические особенности беременных женщин с угрозой невынашивания на ранних сроках беременности.

Материал и методы исследования. Анализ литературных данных и электронных источников по проблеме миомы матки.

Результаты и их обсуждение. В исследование включены беременные женщины в сроке гестации 9-11 недель: 1-я группа – беременные женщины без осложненного невынашиванием анамнеза ($n=53$); 2-я группа – беременные женщины с осложненным невынашиванием анамнезом ($n=57$) и контрольная группа – беременные женщины с физиологическим течением беременности ($n=30$). Проведен сбор клинико-анамнестических данных. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием статистического пакета прикладных программ «Statistica 10.0». Различия считали статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных в 1 группе составил $25,7\pm 8,3$ года, во 2 группе - $27,9\pm 7,2$ года, в контрольной группе - $26,8\pm 6,4$ года ($p>0,05$). Анализ социального статуса пациентов в исследуемых группах показал, что в основной группе преобладали рабочие и служащие без статистически значимых различий от контрольной группы ($p>0,05$). ИМТ в 1-й ($26,2\pm 0,34$) и 2-й ($27,8\pm 0,45$) группах достоверно превышал показатели контрольной группы ($24,1\pm 0,46$) ($p<0,001$). Среди экстрагенитальной патологии доля инфекционных заболеваний мочевыводящих

путей (хронический пиелонефрит - 9,4% и 14,0% в 1-й и 2-й группах, в контрольной группе отсутствовал; цистит - 13,2% и 14,0% в 1-й и 2-й группах против 3,3% в контрольной группе) и верхних дыхательных путей (хронический гайморит - 10,5% во 2-й группе против 3,3% в контрольной группе) достоверно увеличилась в группах пациенток с угрозой невынашивания беременности ($p<0,05$). Анализ репродуктивного анамнеза показал, что более 2/3 женщин 1-й (79,2%) и контрольной (76,7%) групп имели повторную беременность. Во 2-й группе количество повторных беременностей (≥ 3 ; 61,4%), количество женщин, имевших в анамнезе один роды, составило всего 10,5%, а не рожавших - 89,5%, что было достоверно выше, чем в 1-й и контрольной группах ($p>0,01$). Среди гинекологической патологии преобладали инфекционно-воспалительные заболевания половых органов. В частности, несмотря на то, что заболеваемость неспецифическим кольпитом и вульвовагинальным кандидозом в анамнезе встречалась в 1-й группе 41,2% и 37,3%, во 2-й группе 47,4% и 28,1%, то есть в равных долях, доля хронического эндометрита у женщин 2-й группы была в два раза выше, чем в 1-й группе ($p<0,05$), а доля заболеваемости инфекциями, передаваемых половым путем (ИППП) была достоверно выше, чем в 1-й группе ($p<0,05$).

Выводы. Высокая частота перенесенной/сопутствующей соматической и генитальной патологии, отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза тесно связано с риском невынашивания на ранних сроках беременности. При этом у беременных женщин с риском повторного невынашивания беременности отмечается более высокая частота хронического эндометрита и заболеваемости инфекциями, передаваемых половым путем, чем у беременных женщин без осложненного невынашиванием анамнеза.

Шеглова И. В., Самандарзода Н. Ю., Борачабов А.Б.

ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (ГЛЮКОЗА И ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН) У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить изменения показателей углеводного обмена — уровня глюкозы и гликированного гемоглобина (HbA1c) у больных мочекаменной болезнью и оценить их значение в комплексной характеристике метаболических нарушений.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные мочекаменной болезнью, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Для оценки углеводного обмена проводили биохимическое исследование крови с определением концентрации глюкозы и лабораторное определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Полученные показатели оценивали в зависимости от клинических особенностей заболевания и сопоставляли с результатами общего и биохимического исследования мочи.

Результаты исследования. У обследованных больных выявлялись различные изменения показателей углеводного обмена. У части пациентов отмечалось повышение уровня глюкозы в крови, сопровождавшееся увеличением концентрации HbA1c, что указывало на наличие нарушений углеводного метаболизма и недостаточный контроль гликемии. Повышение данных показателей может быть связано с изменением метаболических процессов, влияющих на состав и физико-химические свойства мочи. Нарушения углеводного обмена потенциально могут способствовать изменению экскреции камнеобразующих веществ и повышать риск формирования мочевых конкрементов. Исследование уровня глюкозы и гликированного гемоглобина позволяет выявлять нарушения углеводного обмена у больных мочекаменной болезнью и дополняет комплексную оценку метаболических факторов риска камнеобразования.

Вывод. Определение HbA1c имеет особое значение для оценки длительного состояния углеводного обмена, тогда как уровень глюкозы отражает текущее состояние гликемии. Совместная оценка этих показателей может быть использована при комплексном обследовании пациентов с МКБ и разработке индивидуальных профилактических мероприятий.

Шеглова И. В., Самандарзода Н. Ю., Каюмова М. Д.

ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА (ОБЩЕГО БЕЛКА И АЛЬБУМИНА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить изменения концентрации общего белка и альбумина в сыворотке крови у больных с хронической почечной недостаточностью и оценить их диагностическое значение.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные с ХПН, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Для оценки состояния белкового обмена в сыворотке крови определяли концентрацию общего белка и альбумина стандартными биохимическими методами. Полученные показатели оценивали с учетом степени нарушения функции почек и сопоставляли с клиническими и лабораторными данными.

Результаты исследования. У больных с ХПН выявлялись изменения показателей белкового обмена, характеризующиеся снижением концентрации общего белка и, особенно, альбумина в сыворотке крови. Выраженность гипоальбуминемии зависела от степени нарушения функции почек и общего состояния пациентов. Снижение уровня альбумина может быть связано с потерей белка через почки, нарушением белкового обмена, хроническим воспалительным процессом и недостаточностью питания. В ряде случаев снижение общего белка сопровождалось более выраженным уменьшением альбумина, что свидетельствует о нарушении белкового гомеостаза.

Вывод. Определение общего белка и альбумина в сыворотке крови является важным компонентом лабораторного обследования больных с ХПН. Снижение данных показателей, особенно альбумина, может служить дополнительным критерием выраженности метаболических нарушений и тяжести хронической почечной недостаточности. Комплексная оценка белкового обмена совместно с показателями функции почек позволяет повысить информативность лабораторной диагностики и объективно оценивать динамику состояния пациентов.

Шеглова И. В., Раджабо С.М., Саидова М.

ЛЕЙКОПЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Республиканский научно-клинический центр урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и выраженность лейкопении у больных с хронической почечной недостаточностью и определить её диагностическое значение при комплексной оценке гематологических нарушений.

Материалы и методы исследования. Обследованы больные с ХПН, находившиеся на обследовании и лечении в Республиканском научно-клиническом центре урологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Проводили общий анализ крови с определением количества лейкоцитов и основных показателей периферической крови. Полученные результаты оценивали с учётом степени нарушения функции почек, клинического состояния пациентов и сопутствующих лабораторных изменений.

Результаты исследования. У части обследованных больных с ХПН выявлялось снижение количества лейкоцитов периферической крови, соответствующее лейкопении различной степени выраженности. Выраженность изменений зависела от тяжести основного заболевания и общего состояния пациентов. Лейкопения может формироваться вследствие комплексного воздействия метаболических нарушений, хронической уремии, интоксикации, иммунных изменений и лекарственной терапии. Выявление снижения количества лейкоцитов требует динамического лабораторного контроля и комплексной оценки других показателей общего анализа крови. Лейкопения является одним из возможных гематологических нарушений у больных с хронической почечной недостаточностью.

Вывод. Определение количества лейкоцитов в периферической крови имеет важное значение для оценки общего состояния пациентов, выявления сопутствующих нарушений и динамического наблюдения. Комплексная оценка показателей общего анализа крови в сочетании с биохимическими маркерами функции почек позволяет повысить информативность лабораторного обследования больных с ХПН.

Шербадалова А.А., Назарова А.Р., Рустамова М.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЧАСТОТА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Государственное учреждение «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии». Таджикистан.

Цель исследования. Определить частоту и особенности течения гестационных осложнений у беременных женщин с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследованы 104 беременные женщины с метаболическим синдромом (МС). Основную (I) группу составили 72 (69,2%) женщины, имевшие в догестационном периоде избыточную массу тела и ожирение, группу сравнения (II) - 32 женщины с нормальным 28 (26,9%) или дефицитным 4 (3,9%) ИМТ. Критерии включения: возраст 20–45 лет, беременность; критерии исключения: острые сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, сахарный диабет, онкологическая патология. Проведены антропометрия, исследования углеводного, липидного и белкового обмена, гормонального статуса и витамина D, УЗИ и доплерометрия фето-плацентарно-маточного кровотока. Статистический анализ выполнен в программе IBM SPSS Statistics с коэффициентом доверия 95%; различия оценивали по критерию χ^2 , при малых частотах - по точному критерию Фишера.

Результаты исследования. Группы были сопоставимы по возрасту, образованию и национальности ($p > 0,05$). Наиболее часто беременность у женщин с МС осложнялась плацентарной недостаточностью - 77,8% против 34,4% ($p < 0,001$) и угрозой прерывания - 73,6% и 37,5% ($p < 0,001$). Преэклампсия выявлена у 40,3% и 15,6% ($p = 0,03$), преждевременные роды - у 31,9% и 9,4% ($p = 0,05$). Аномалии родовой деятельности встречались в 5,8 раза чаще (18,1% и 3,1%; $p = 0,03$), производство кесарева сечения и родовой травматизм половых путей - в 4,9 раза чаще (по 15,3% и 3,1%; $p = 0,04$). Только у женщин с МС выявлены послеродовые септические осложнения (8,3%), кровотечения в родах и послеродовом периоде (6,9%) и ПОНРП (2,8%). Ранний токсикоз, патология околоплодных вод, гипертензия беременных и ПРПО встречались часто в обеих группах без достоверных различий. Нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока у женщин I группы превышали показатель группы сравнения в 4,3 раза (46,4% и 10,7%; $p < 0,001$), содержание прогестерона составило $65,7 \pm 4,2$ нмоль/л, против $140,3 \pm 10,4$ нмоль/л, плацентарного лактогена - $2,8 \pm 0,2$ нмоль/л, против $5,6 \pm 0,6$ нмоль/л. У женщин с МС адекватная концентрация витамина D ($30,1$ – $51,4$ нг/мл) выявлена лишь в 12,5% случаев. В то время как, подавляющее большинство (87,5%) - страдали гиповитаминозом D, при этом у 47,2% в виде его недостаточности, у 29,2% и 11,1% - по типу дефицита и выраженного дефицита витамина D, соответственно. Полученные данные указывают на дальнейшее исследование по выявлению корреляции гиповитаминоза D с компонентами метаболического синдрома и осложнениями гестационного периода.

Выводы. У женщин с МС выявлена высокая частота «больших акушерских синдромов» - плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, преэклампсии, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, кесарева сечения, родового травматизма, послеродовых септических осложнений, кровотечений и ПОНРП, возможно

обусловленных дисфункцией эндотелия. Это указывает на необходимость коррекции и профилактики метаболических расстройств у женщин, планирующих беременность.

Шнитко С.Н.¹, Терехович Т.И.²
БОЕВАЯ ТРАВМА ГРУДИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. На основе собственного опыта диагностики и лечения пострадавших с боевой травмой груди (далее – БТГ) выявлены отличительные особенности БТГ в мирное время.

Материалы и методы. Подвергались обследованию и лечению 163 пострадавших с открытыми травмами груди. Из них у 113 (69,3%) имелись огнестрельные ранения груди (далее – ОРГ). Сквозные ОРГ диагностировали у 60 (53,1%), проникающие ОРГ – у 93 (82,3%). 72,9% пострадавших с ОРГ имели пулевые ранения, 27,1% – осколочные. 39 (34,5%) пострадавших при поступлении находились в удовлетворительном состоянии, остальные 74 (65,5%) – в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Пострадавшим с ОРГ были выполнены следующие оперативные вмешательства:

1. Хирургическая обработка ран – 11 (9,8%).
2. Дренирование плевральной полости – 88 (77,9%).
3. Торакотомия – (далее – ТТ) 12 (10,6%):

Неотложная ТТ: продолжающееся внутриплевральное кровотечение со скоростью 300 мл/ч и более (2 случая), ранение сердца (2 случая);

Срочная ТТ: некупируемый клапанный пневмоторакс (2 случая), открытый пневмоторакс (2 случая), повреждение пищевода (1 случай);

Отсроченная ТТ: свернувшийся пневмоторакс (2 случая), рецидивирующая тампонада сердца (1 случай).

4. Видеоторакоскопические операции (далее – ВТО) – 13 (11,5%) (4 – окончательная остановка кровотечения, 2 – резекция нежизнеспособных участков легкого и плевры с осуществлением аэрозаза легочной ткани, 3 – удаление свернувшегося гемоторакса, 4 – удаление инородных тел (пули, осколка) из легкого и средостения).

Результаты исследования. У пострадавших при ОРГ выявлены осложнения:

- Эпиема плевры – 5 (4,4%);
- Пневмония – 7 (6,2%);
- Тромбоз легочной артерии – 3 (2,7%);
- Нагноение послеоперационной раны – 10 (8,8%);

Летальность – 3 (2,7%): 2 – ранение сердца, 1 – повреждение легкого и пищевода.

Выводы.

1. Успех лечения при БТГ связан с применением комплексной противошоковой терапии и дренирования плевральной полости. В мирное время в выполнении ТТ нуждаются около 10% пострадавших.

2. Видеоторакоскопия расширяет возможности как в диагностике, так и в хирургической коррекции последствий боевых повреждений органов грудной клетки.

3. Каждый торакальный хирург обязан владеть опытом открытых и эндоскопических операций, перехода (конверсий) на торакотомию, а также основными навыками абдоминальной, сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии.

4. Требуется внесение изменений в образовательный процесс учреждений среднего и высшего медицинского образования в вопросах организации медицинского обеспечения войск, медицины катастроф и военно-полевой хирургии, в том числе дополнительного образования медицинских кадров.

Шоев М.А., Солихов Р.Дж., Расулов Н.И.

ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессор Каримов М.К. и ЛДЦ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь органов брюшной полости и эффективности симультанных операций при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и метод исследования. В течение 2024-2026 гг. 65 больным, страдающим хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ), вовремя ЛХЭ выполнены различные симультанные операции. Возраст больных от 18 до 68 лет, средний возраст составил $38,2 \pm 1,5$ лет, мужчин – 7 (10,7%), женщин – 58 (89,3%). Среди обследованных ХКХ – у 2 (3,7%) больных сочеталась со спаечной болезнью; у 39 (40,6%) – с кистой яичников; у 16 (24,6%) – с пупочной грыжей; у 8 (12,3%) – с хроническим аппендицитом. Во всех случаях операции проводились традиционным методом, под эндотрахеальным наркозом, с использованием эндовидеохирургической стойки (Азимут-Россия, Карль Шторс-Германия). Сначала производили основной этап – операции ЛХЭ, а вторым этапом симультанная операция. Необходимо отметить, что при проведении симультанных операций на органах малого таза дополнительно устанавливали торокопорт в левой подвздошной области.

Результаты исследования. В ближайшем послеоперационном периоде больные чувствовали себя комфортно, в применении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции. У 3 (1,8%) больных отмечено нагноение послеоперационной раны в области дренажной трубки. Средняя продолжительность операции составила 58 ± 10 минут; у больных, которым производились ЛХЭ и симультанные операции, продолжительность операции составила 110 ± 5 минут. Средний койко - день пребывания больных в стационаре составил 5,8 дней.

Вывод. В заключении необходимо отметить, что при наличии сочетанной патологии органов брюшной полости, выполнение симультанных операций с принципом топографической анатомии является обоснованным, целесообразным, экономически эффективным и избавляет больных от повторной операции. Симультанные операции не отягощают течение послеоперационного периода, незначительно увеличивается продолжительность операции и на 1-2 дня удлиняется срок пребывания больных в стационаре.

Шопулотова З.А., Смаглеева А.В.

ОТ ЦИФРОВОГО ОПРОСНИКА К ИСКУССТВЕННОМУ ИНТЕЛЛЕКТУ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Самаркандский государственный медицинский университет, репродуктивный центр «Бешик», Узбекистан

Цель исследования. Оценить возможности цифрового опросника M-Repro Score как инструмента стандартизированной стратификации риска и основы для персонализированной прегравидарной подготовки пациенток с бесплодием.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 40 женщин репродуктивного возраста с бесплодием, проходивших подготовку к программам ВРТ в репродуктивном центре «Бешик». Всем пациенткам выполнена цифровая клиничко-анамнестическая оценка с использованием разработанного опросника M-Repro Score, включающего анализ антропометрических показателей, репродуктивного анамнеза, коморбидной патологии, факторов образа жизни и метаболических факторов риска. По результатам автоматизированной оценки определяли необходимость углубленного лабораторного обследования и индивидуальной коррекции выявленных нарушений.

Результаты исследования. Применение цифрового опросника M-Repro Score позволило стандартизировать первичный скрининг пациенток с бесплодием и автоматически стратифицировать их по уровню риска. Низкий риск был определен у 12 (30,0%) женщин, умеренный — у 16 (40,0%), высокий — у 12 (30,0%). Таким образом, 28 (70,0%) пациенток были отнесены к группе, требующей углубленного лабораторного обследования и персонализированной прегравидарной подготовки.

По результатам лабораторной верификации нарушения углеводного и липидного обмена подтверждены у 9 из 12 (75,0%) пациенток высокого риска против 1 из 8 (12,5%) женщин группы низкого риска ($OR=21,0$; $p<0,001$). Кроме того, у пациенток группы умеренного и высокого риска чаще выявлялись дефицит витамина D, железодефицитные состояния, заболевания щитовидной железы и избыточная масса тела, требовавшие коррекции до начала программ ВРТ. Использование цифрового алгоритма позволило унифицировать маршрутизацию пациенток, определить объем дополнительного обследования и обеспечить персонализированную подготовку к программам вспомогательных репродуктивных технологий.

Вывод. Использование M-Repro Score обеспечивает стандартизированную персонализированную оценку пациенток с бесплодием, оптимизирует прегравидарную подготовку и формирует структурированные клинические данные, необходимые для разработки интеллектуальных систем поддержки принятия решений в репродуктивной медицине.

Штаньков Н.И., Козина Е.В., Самойлов А.Н.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ АНАЛИЗЕ СНИМКОВ СТРУКТУРНОЙ ОКТ МАКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИИ

Краснодарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Россия.

Цель исследования. Создать систему для приёма, обработки, визуализации и интерпретации данных оптической когерентной томографии (ОКТ) макулярной области сетчатки для выявления и качественной оценки патологических структур.

Материалы и методы. Входными данными являются файлы линейных горизонтальных ОКТ-сканов в форматах JPEG, PNG и PDF, полученные при сканировании макулярной зоны в протоколе Line Scan. В соответствии с функциональными требованиями система выполняет распознавание сегментов сетчатки, определение и корректировку их ориентации, выявление и качественную оценку патологических признаков: субретинальная жидкость, интравитреальная жидкость, отслойка пигментного эпителия сетчатки и патология витреоретинального интерфейса, формирование цветowych карт активации и структурированного заключения с возможностью экспорта в файл.

Для анализа снимков структурной ОКТ применён последовательный конвейер из трёх нейросетевых моделей. Первая – распознает сегменты сетчатки на изображении. Вторая нейросетевая модель для каждого найденного сегмента определяет и позволяет скорректировать ориентацию сегментов перед подачей на классификацию признаков. Третья модель выполняет оценку патологических признаков набором независимых бинарных классификаторов. Плотные связи между слоями улучшают распространение градиента и повторное использование признаков, что способствует выявлению малоконтрастных и локальных патологических изменений структуры сетчатки, типичных для ОКТ-изображений.

Результаты исследования. Образец реализован в виде клиент-серверного веб-приложения, функционирующего в корпоративной сети медицинской организации. Пользовательский интерфейс выполнен с разграничением прав доступа по ролям «администратор» / «врач» с аутентификацией и авторизацией пользователей. Итоговое решение по каждому из патологических признаков принимается путем сравнения выходной вероятности соответствующего бинарного классификатора с настраиваемым порогом, значение которого устанавливается как гиперпараметр по результатам валидации независимо для каждого признака.

Выводы. Разработанная система представляет собой законченное клиент-серверное решение для автоматизированного анализа ОКТ-изображений, интегрирующее последовательный конвейер из трёх нейросетевых моделей. Благодаря использованию зрелых, воспроизводимых моделей компьютерного зрения, решение легко масштабируется и может быть доработано без изменения базовой логики.

Эгамбердиева З.Д., Дотчанова Н.Р.

ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Кафедра оториноларингологии и детской оториноларингологии, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность аденотомии у детей с синдромом обструктивного апноэ сна на основе объективных цифровых показателей мониторинга сна — индекса апноэ-гипопноэ (АНИ), сатурации кислорода (SpO_2) и электронной шкалы качества жизни OSA-18, а также оценить роль цифровых инструментов мониторинга в объективизации результатов хирургического лечения в педиатрической оториноларингологии.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдение 50 детей 3–10 лет с синдромом обструктивного апноэ сна на фоне гипертрофии глоточной миндалины (преобладала группа 4–7 лет — период максимальной гиперплазии лимфоидной ткани носоглотки). Диагноз устанавливался по клинической картине, данным эндоскопии носоглотки и анализу симптомов нарушения сна. Объективная оценка проводилась цифровыми инструментами мониторинга: регистрацией АНИ и SpO_2 во время сна и электронной шкалой OSA-18. Всем пациентам выполнена аденотомия; повторная цифровая регистрация показателей — через 3 месяца после операции.

Результаты исследования. До операции: АНИ $6,8 \pm 2,1$ эпизода/ч, SpO_2 $93,4 \pm 1,8\%$, OSA-18 — 74 ± 9 баллов (выраженное влияние на сон и дневную активность). После аденотомии: АНИ снизился до $1,9 \pm 0,8$ эпизода/ч, SpO_2 повысился до $97,1 \pm 1,2\%$, OSA-18 уменьшился до 32 ± 7 баллов. Использование единых цифровых метрик на до- и послеоперационном этапах позволило объективно и воспроизводимо зафиксировать динамику состояния каждого пациента.

Выводы. Аденотомия эффективно устраняет синдром обструктивного апноэ сна у детей с гипертрофией глоточной миндалины, снижая АНИ и улучшая оксигенацию и качество жизни. Применение объективных цифровых показателей (АНИ, SpO_2) и валидированной электронной шкалы OSA-18 обеспечивает стандартизированную, воспроизводимую оценку эффективности лечения и создаёт основу для внедрения цифровых систем мониторинга и дистанционного наблюдения за детьми группы риска в педиатрической практике.

Эгамбердиева З.Д., Даминова С.Н., Элмуродова Ш.Ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛЬФАКТОРНОГО ТРЕНИНГА ПРИ ПОСТВИРУСНОЙ ГИПОСМИИ

Кафедра оториноларингологии и детской оториноларингологии,
Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность ольфакторного тренинга в восстановлении обонятельной функции у пациентов с поствирусной гипосмией.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов в возрасте 18–50 лет с жалобами на снижение обоняния после перенесённой респираторной вирусной инфекции. Оценка обонятельной функции проводилась с использованием теста идентификации запахов (10 стандартных запахов) и визуально-аналоговой шкалы (VAS). До начала терапии показатель VAS составил $3,2 \pm 1,1$ балла, а среднее количество правильно идентифицированных запахов — $4,8 \pm 1,6$ из 10. Пациенты выполняли ольфакторный тренинг с использованием четырёх стандартных ароматов (роза, лимон, эвкалипт, гвоздика) два раза в день в течение 4 недель.

Результаты исследования. После курса тренинга показатель VAS увеличился до $6,7 \pm 1,4$ балла, а показатель идентификации запахов — до $7,6 \pm 1,8$. Парный t-тест выявил статистически значимое улучшение показателей обонятельной функции ($t = 8,94$; $p < 0,001$). Средняя разница показателя VAS составила 3,5 балла (95% CI: 2,9–4,1). Положительная динамика отмечена у 70% пациентов. Выявлена умеренная отрицательная корреляция между длительностью гипосмии и степенью восстановления обоняния ($r = -0,46$; $p < 0,01$), что свидетельствует о более выраженном эффекте терапии при меньшей длительности заболевания.

Выводы. Ольфакторный тренинг является эффективным и безопасным методом восстановления обонятельной функции у пациентов с поствирусной гипосмией. Полученные данные подтверждают целесообразность раннего назначения ольфакторной реабилитации для повышения эффективности лечения.

Эранов Ш.Н.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

PhD, Свободный соискатель Самаркандского государственного медицинского университета Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Разработать рабочую классификацию посттравматических контрактур локтевого сустава у детей с учётом характера первичной травмы и объёма проведённого оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследование включены 216 детей с контрактурами локтевого сустава. В зависимости от степени ограничения движений пациенты были распределены на три группы: лёгкая степень — 59 детей, среднетяжёлая — 54, тяжёлая — 103. При анализе учитывали характер первичной травмы, наличие внутрисуставного или окколосуставного повреждения, длительность иммобилизации, объём оперативного вмешательства, выраженность ограничения сгибания и разгибания, нарушение пронации и супинации, а также функциональное состояние верхней конечности.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что тяжесть посттравматических контрактур локтевого сустава у детей зависит не только от степени ограничения движений, но и от характера первичной травмы, длительности иммобилизации и объёма проведённого лечения. Лёгкая степень контрактуры выявлена у 59 детей, что составило 27,3%, среднетяжёлая — у 54 детей, или 25,0%, тяжёлая — у 103 детей, или 47,7%. Таким образом, почти у половины обследованных отмечалось выраженное ограничение функции локтевого сустава. На основании полученных данных была разработана рабочая классификация посттравматических контрактур локтевого сустава у детей. Она включает три основных критерия: характер первичной травмы, объём проведённого лечения и степень функционального ограничения. По характеру травмы выделены контрактуры после внесуставных переломов, внутрисуставных переломов, переломовывихов локтевого сустава и сочетанных костно-мягкотканых повреждений. По объёму лечения контрактуры разделены на сформировавшиеся после консервативного лечения и иммобилизации, после закрытой репозиции и фиксации, после открытой репозиции и остеосинтеза, а также после повторных или реконструктивных оперативных вмешательств. По степени функционального ограничения контрактуры были разделены на лёгкие, среднетяжёлые и тяжёлые. Лёгкая степень характеризовалась умеренным ограничением движений при сохранении основной функции верхней конечности. Среднетяжёлая степень сопровождалась более выраженным снижением объёма движений и ограничением бытовой активности ребёнка. Тяжёлая степень отличалась резким ограничением сгибания, разгибания, пронации и супинации с выраженным нарушением функции конечности. Установлено, что лёгкие контрактуры чаще формировались после внесуставных повреждений и консервативного лечения. Среднетяжёлые контрактуры преимущественно были связаны с внутрисуставными повреждениями и длительной иммобилизацией. Наиболее тяжёлые формы чаще наблюдались после внутрисуставных переломов, переломовывихов, сочетанных повреждений и расширенных оперативных вмешательств. Предложенная классификация позволила связать клиническую тяжесть контрактуры с механизмом травмы и объёмом проведённого лечения, а также определить дальнейшую реабилитационную тактику. При лёгких контрактурах целесообразна базовая восстановительная программа, при среднетяжёлых — расширенная реабилитация с динамическим контролем объёма движений, при тяжёлых — длительная индивидуализированная программа с поэтапным восстановлением функции локтевого сустава.

Вывод. Предложенная классификация посттравматических контрактур локтевого сустава у детей позволяет учитывать не только степень ограничения движений, но и характер первичной травмы, а также объём проведённого оперативного вмешательства. Такой подход повышает точность клинической оценки, помогает прогнозировать течение восстановительного периода и выбирать индивидуальную программу медицинской реабилитации.

Эрназаров Х.И., Хакимов М.Ш.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии №1, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с острым аппендицитом путем оптимизации тактико-технических аспектов выполнения лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы. В основу данной работы положен анализ результатов лечения 196 пациентов, которым за период с 2021 по 2026 годы в лечебном учреждении города Ташкент, 2 клиники ТГМУ в отделении экстренной хирургии. Больные разделены на 2 группы: контрольная – 115 пациентам (ретроспективный анализ больных) выполнена стандартная лапароскопическая аппендэктомия. Основная группа – 81 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия на основе разработанной математической модели – создан программный продукт для ЭВМ – «Laparoscopic appendectomy» и культя ЧО обработана аргонплазменной коагуляцией.

Результаты исследования. В контрольной группе: у 71 больных операция завершена без дренирования, в 28 случаях в дренирование малого таза и в 16 случаях — дренирование малого таза и левого бокового канала. Установка четвертого троакара была выполнена в 29 (25,2%) наблюдениях. Анализ протоколов операций показал, что в 29 случаях (25,2%) возникла необходимость повторной установки или изменения положения ранее введенного троакара. Переход из лапароскопического вмешательства в открытую аппендэктомию потребовалось у 36 (31,3%) пациентов. В общей совокупности наблюдений послеоперационные осложнения были зарегистрированы у 19 пациентов (16,5%). Продолжительность госпитализации варьировала в пределах от 2 до 7 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $4,7 \pm 1,3$ суток. Средняя продолжительность операции в среднем $68,2 \pm 14,6$ минут.

В основной группе лапароскопия выполнена, используя программный продукт для ЭВМ «Laparoscopic appendectomy» и для обработки культи ЧО применяли аргонплазменную коагуляцию. Мы применяли режим «Спрей», через 5 мм троакар вводили аргонплазменный зонд, бесконтактно с расстоянием 3-5 мм мощность 20-30 Вт поток аргона 0,8-1,2 л/мин, включение дуги, пульсирующее 1 сек – дугу перемещают по окружности культи, не задерживаясь на одной точке с экспозицией 2-4сек. После применения аргонплазменной коагуляции, добавочно обрабатывали культю ЧО

10% йодным раствором. Почти во всех случаях, сопровождающихся развитием перитонита, оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости малого таза, только у 52 пациентов – без дренирования, в 7 случаях — дренирование малого таза и левого бокового канала. Средняя продолжительность операции в среднем составила $72,1 \pm 6,8$ минут. Продолжительность госпитализации варьировала в пределах от 2 до 7 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $3,2 \pm 1,5$ суток. В основной группе переход из лапароскопического вмешательства в открытую аппендэктомию потребовалось у 2 (2,5%) пациентов. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у одного больного (1,2% от общего числа), конверсия в открытую операцию была выполнена по поводу разлитого гнойно-калового перитонита.

Выводы. Применение математических расчетов и создание программного продукта для ЭВМ – «Laparoscopic appendectomy» – дает возможность индивидуализированного расчета параметров троакарных доступов при различных значениях ИМТ: оптимальные места и манипуляционные углы введения обеспечивающую соблюдение принципов эргономики лапароскопической хирургии. Использование аргонплазменной коагуляции для культи ЧО, позволила уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

Эрназаров Х.И., Хакимов М.Ш.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии №1, Ташкентский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом путем оптимизации тактико-технических аспектов при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Исследован результат лечения 214 пациентов, за период с 2021 по 2026 годы в лечебном учреждении города Ташкент, 2 клиники ТГМУ в отделении экстренной хирургии. Все больные были разделены на 2 группы: контрольная – 128 пациентам выполнена ЛХЭК. Основная группа – 86 пациентам выполнена ЛХЭК на основе разработанной математической модели – программный продукт для ЭВМ – «Laparoscopic cholecystectomy» и интраоперационно осуществлялось аппликация ложи желчного пузыря (ЛЖП) порошкообразным гемостатическим средством отечественного производства «HEMOBEN» ООО «TURON SILK PHARM» (Узбекистан).

Результаты исследования. В контрольной группе: оперативное вмешательство завершалось дренированием правой подпечёночной области, только у 25 пациентов без дренирования, в 5 случаях — дренирование подпечёночной области и малого таза. Достижение окончательного гемостаза в области ЛЖП осуществлялось с применением монополярной коагуляции. Из дренажа расположенного в подпеченочной области на 1-ые и 2-ые сутки отделяемое имело больше геморрагического характера. Удаление подпеченочного дренажа после контрольной УЗИ производили на 3 или 4 или 5 сутки после операции, в среднем $4,3 \pm 0,4$ сутки. Конверсия из лапароскопии в открытую лапаротомию потребовалось у 43 пациентов (33,6%). Послеоперационные осложнения выявлены у 25 пациентов (19,5%). Кровотечение из ЛЖП в раннем послеоперационном периоде отмечено у 11 пациентов, по дренажу отмечалось геморрагическое отделяемое в объеме 70-80 мл, что потребовало повторного оперативного вмешательства с лапаротомным доступом для окончательного гемостаза. Продолжительность госпитализации варьировала от 2-3 до 8 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре $5,4 \pm 1,3$ суток. Средняя продолжительность операции $74,1 \pm 12,5$ минут.

В основной группе: лапароскопия выполнена, используя программный продукт для ЭВМ «Laparoscopic cholecystectomy» и интраоперационно осуществлялось аппликация ЛЖП отечественным гемостатическим средством «HEMOBEN». Оперативное вмешательство завершалось дренированием правой подпечёночной области, однако, у 37 пациентов без дренирования, в 2 случаях — дренирование подпечёночной области и малого таза. Средняя продолжительность операции — $76,3 \pm 9,6$ минут. Из дренажа в подпеченочной области на 1-ые сутки отделяемое имело больше серозного характера, иногда отсутствовало отделяемое из дренажа. Удаление подпеченочного дренажа после УЗИ производили на 1 или 2 сутки (у некоторых на 3-и сутки) после операции, в среднем $2,5 \pm 0,5$ сутки. Срок госпитализации от 2 до 6 дней. Средний срок пребывания больных в стационаре $3,7 \pm 1,6$ суток. Конверсия из лапароскопии в открытую лапаротомию потребовалось у 8 (9,3%) пациентов.

Вывод. Разработанная компьютерная программа «Laparoscopic cholecystectomy», дает возможность индивидуализированного расчета параметров троакарных доступов при различных значениях ИМТ: оптимальные места и манипуляционные углы введения обеспечивающую соблюдение принципов эргономики лапароскопической хирургии. Применение отечественного препарата «Хемобен», позволил уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

Эшпулатова С.С., Авалбоева Х.У.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ РОГОВИЦЫ

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

Цель исследования. Описать частоту регистрации и структуру воспалительных осложнений у пациентов, обследованных после удаления инородных тел роговицы.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 57 пациентов, наблюдавшихся в Центральной районной больнице Дангаринского района в 2026 г. после удаления инородного тела рого-

вицы. Офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения, биомикроскопию переднего отрезка глаза с помощью щелевой лампы и флюоресцеиновую пробу. Анализировали состояние роговицы и зарегистрированные воспалительные осложнения. Для каждого диагноза рассчитаны доля среди пациентов с осложнениями и доля во всей обследованной группе.

Результаты исследования. Воспалительные осложнения зарегистрированы у 19 из 57 пациентов (33,3%). Наиболее часто выявляли кератоконъюнктивит - 8 случаев, или 42,1% в структуре осложнений и 14,0% всей серии. Кератит и язва роговицы диагностированы у 5 пациентов каждый: по 26,3% среди осложнений и по 8,8% среди всех обследованных. Кератоувеит отмечен в одном случае (5,3% и 1,8% соответственно).

Выводы. Частота развития роговичных осложнений после извлечения инородного тела роговицы составляет 33,3%. В структуре посттравматических осложнений роговицы преимущественную долю занимают поверхностные воспалительные реактивные процессы (кератоконъюнктивиты - 42,1%). Однако выявление язвенных дефектов и глубоких поражений глазного яблока более чем у трети больных с осложнениями (31,6%) свидетельствует о высокой частоте присоединения вторичной инфекции. Полученные данные подчеркивают необходимость динамического наблюдения пациентов для профилактики и раннего лечения осложнений.

Эшпулатова С.С., Авалбоева Х.У.

НАТИЧАҲОИ МУОИНАИ ОФТАЛМОЛОГИИ ДОНИШЧЌҶҲИ БА КУРСИ ЯКУМ ДОХИЛШУДА

Кафедраи фанҳои ҷарроҳии № 2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Тавсифи ҳолатҳои офталмологии дар муоинаи донишчўёни соли якуми Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон дар соли 2026 сабтшуда.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти тавсифии якмарҳилавӣ натиҷаҳои муоинаи 669 донишчўи 17-18-соларо фаро гирифт: 207 нафар (30,9%) зан ва 462 нафар (69,1%) мард. Визометрия, авторефрактометрия, биомикроскопия, санҷиши биноии ранг бо ҷадвали Рабкин ва арзёбии мавқеи ҷашмҳо гузаронида шуданд. Шумораи шахсони дорои ҳар ҳолати сабтшуда ба ҳамаи 669 муоинашуда нисбат дода шуд. Як донишчў метавонист дар якҷанд гурӯҳ ҳисоб шавад; таҳдирҳо ҳамчун натиҷаи сабти муоина таҳлил гардидаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ихтилоли рефраксия дар 36 донишчў (5,4%) қайд шуд: миопия дар 28 нафар (4,2%), гиперметропия дар 3 нафар (0,4%) ва астигматизм дар 5 нафар (0,7%). Миопияи дараҷаи сабук дар 19 нафар (2,8%), миёна дар 7 нафар (1,0%) ва баланд дар 2 нафар (0,3%) сабт гардид. Ҳиссаи миопия дар байни 36 ҳолати ихтилоли рефраксия 77,8%-ро ташкил дод. Блефарити оддӣ дар 6 нафар (0,9%), блефарити пулакчадор дар 2 нафар (0,3%), халазион дар 2 нафар (0,3%) ва птози сабук дар 1 нафар (0,1%) қайд шуд. Пингвекула дар 49 нафар (7,3%), птеригиум дар 3 нафар (0,4%), конъюнктивити шадид дар 3 нафар (0,4%), музмин дар 53 нафар (7,9%) ва алергӣ дар 9 нафар (1,3%) сабт гардид. Нуқсонҳои биноии ранг дар 5 нафар (0,7%) ошкор шуд: дар 2 нафар ихтилоли фарқкунии ранги сурх ва дар 3 нафар ранги сабз. Ҳамзамон миопия бо блефарити оддӣ дар 6 нафар, гиперметропия бо амблиопия ва олусии берунраванда дар 2 нафар ва миопия бо блефарит ва олусии дарунраванда дар 1 нафар қайд гардид.

Хулоса. Дар муоинаи бештар конъюнктивити музмин, пингвекула ва ихтилоли рефраксия сабт шуданд. Дар гурӯҳи ихтилоли рефраксия миопия бартарӣ дошт. Натиҷаҳо таркиби бозёфтҳои муоинаи донишчўёнро тавсиф мекунаанд.

Юлдошев А.Н.¹, Али-Заде С.Г.²

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

1 Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», Дангара, Республика Таджикистан.

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

Цель исследования. Оценить по опубликованным данным влияние хирургической реконструкции и послеоперационных мероприятий на риск рецидива послеоперационных вентральных грыж, разграничив ранние эффекты реабилитации и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. Проанализированы данные исходного обзора 40 источников и результаты 5 дополнительных публикаций о выборе сетки, закрытии фасциального дефекта и применении бандажа. Всего привлечено 45 источников. Сопоставляли дизайн, исходы и сроки наблюдения; сообщения об одной когорте рассматривали совместно. Количественный метаанализ не проводили.

Результаты исследования. Основу профилактики составляют восстановление фасциальной целостности, обоснованный выбор сетки и предупреждение раневой инфекции. Рекомендации Европейского общества герниологов поддерживают ретромускулярное размещение сетки при срединных послеоперационных грыжах с учетом анатомии дефекта.

В рандомизированном исследовании M.J. Rosen и соавт. у 253 пациентов при условно чистом или загрязненном операционном поле двухлетняя частота рецидива составила 5,6% при синтетической и 20,5% при биологической сетке. При продолженном наблюдении той же когорты с медианой 5,4 года показатели достигли 11,8 и 23,6%; полнота наблюдения составила 80,2%. Эти результаты относятся к изученной ретромускулярной реконструкции и требуют учета клинического контекста при выборе имплантата.

В исследовании PROSECO у 192 пациентов закрытие фасциального дефекта сопровождалось меньшей совокупной частотой рецидива и выпячивания сетки через год: 4% против 20%. Однако по основной конечной точке, общей частоте местных осложнений, статистически значимого различия не получено. Оценка эффективности поэтому зависит от выбранного критерия результата.

Исследования ABHR-I и ABHR-II оценивали преимущественно первые 14 суток после операции. В первом бандаж уменьшал боль после лапароскопической пластики, во втором аналогичный эффект после открытой реконструкции не подтверждён. Эти данные вместе с результатами метаанализа пяти исследований, включавших 297 пациентов, характеризуют раннюю реабилитацию, но не доказывают снижения отдалённого риска рецидива.

После выписки необходимы контроль раны и гликемии, отказ от курения и постепенное расширение активности. Подтверждённый рецидив, повторную операцию и функциональные ограничения следует регистрировать раздельно. Целевой отбор литературы и неоднородность исследований ограничивают обобщение числовых результатов.

Выводы. Снижение частоты рецидива подтверждено для конкретных вариантов сетчатой реконструкции в изученных группах пациентов. Ранние эффекты бандажа не доказывают долговременного противорецидивного действия. Оценка профилактики требует длительного наблюдения, единых критериев рецидива и учёта выбывших пациентов.

Юлдошев А.Н.¹, Али-Заде С.Г.²

ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

¹Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», Дангара, Республика Таджикистан.

²Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Душанбе, Республика Таджикистан.

Цель исследования. Обосновать сочетание очного и дистанционного наблюдения после пластики послеоперационных вентральных грыж с учётом риска осложнений и доступности хирургической помощи в сельской местности.

Материалы и методы. Проанализированы данные исходного обзора 40 источников и результаты 5 дополнительных публикаций о наблюдении, дистанционной диагностике и цифровом мониторинге. Всего привлечено 45 источников. Сопоставляли полноту наблюдения, выявляемость осложнений и клинические исходы, учитывая применимость данных других операций к вентральной герниопластике. Количественный метаанализ не проводили.

Результаты исследования. Предлагается рабочий график: очный осмотр через 7-14 суток, последующий контроль через 30 суток, 3, 6, 12 и 24 месяца. Его уточняют по состоянию пациента; после обширной реконструкции и при осложнениях контроль учащают. Первичное звено поддерживает связь и контролирует сопутствующие заболевания, районный хирург оценивает рану и определяет показания к специализированной помощи.

В ретроспективной работе S.L. Kalmeta и соавт. дистанционная программа после вентральной герниопластики сопровождалась большей полнотой наблюдения: через 12 месяцев 69% против 42%, через 24 месяца 44% против 14% при традиционном подходе. Различия частоты рецидива не было статистически значимым. Улучшение охвата наблюдением не доказывает снижения риска рецидива.

В исследовании K.A. McLean и соавт. у 492 пациентов после экстренных абдоминальных операций статистически значимого сокращения времени диагностики раневой инфекции при мобильном контроле не получено; приложением не воспользовались 32,3% участников соответствующей группы. В рандомизированном исследовании PVC-RAM-1 у 905 пациентов дистанционный мониторинг повышал выявляемость лекарственных ошибок, но статистически значимого увеличения числа дней, проведённых дома за 31 сутки наблюдения, не выявлено. Польза программы зависит от оцениваемого исхода и врачебного реагирования.

В работе K. Kummerow Broman и соавт. добавление фотографий раны к клиническим сценариям не улучшало общую точность распознавания инфекции. Приложение Q1.6 после паховой герниопластики также допускало пропуск осложнений; эти данные лишь косвенно применимы к вентральным грыжам. Систематический обзор цифрового мониторинга выявил преобладание разработок на ранних этапах оценки. Необходимы обучение пациента, резервный телефонный контакт и очный осмотр при подозрении на осложнение.

При организации наблюдения в сельской местности учитывают транспорт и доступность связи. Оценивать следует полноту наблюдения, причины пропуска визитов, задержку диагностики, повторные госпитализации и подтверждённый рецидив. Неявку пациента нельзя считать благоприятным исходом.

Выводы. Дистанционный контроль обоснован как средство поддержания связи и повышения полноты наблюдения. Его безопасность требует ясных показаний к очному осмотру и распределения ответственности. Влияние предложенного маршрута на осложнения и рецидивы в сельских районах Таджикистана необходимо проверить проспективно.

Юлдошев Р. З.¹, Абдулаев А. Ш.², Урунбоев А.Э.¹

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКТИРОВАНИЯ СТРИКТУР ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

¹Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов коррекции стенозов пищевода-желудочного анастомоза у больных раком пищевода.

Методы исследования. Частота развития стриктур анастомозов после пластики пищевода желудочной трубкой составляет по данным различных авторов достигает 3-37%. Необходимым условием проведенных оперативных вмешательств является нормальное энтеральное питание. Стеноз возникающий в области пищевода-желудочного соустья приводит к снижению результатов лечения, снижению качества жизни пациентов. На сегодняшний день оптимальным решением данной проблемы является эндохирургические вмешательства-бужирования.

Результаты исследования. Из 120 больных, получивших радикальное оперативное лечение по поводу рака пищевода различной локализации, стенозирование анастомозов произошло у 16 пациентов, что составило 13,3%.

В большинстве изучаемых случаев анастомозы были сформированы по методике Сигала - «конец в бок» (конец пищевода и передняя стенка желудочного стебля) в различных вариантах. С укутыванием анастомоза с использованием сегмента большого сальника у 80,9% случаев, у 10(8,3%) пациентов анастомоз формировали с помощью аппарата ПКС-29. Эндо- бужирование было применено всем пациентам, после установление неэффективности консервативной терапии.

Применение модифицированных бужей у больных после радикальных операций с последующим стенозом в области анастомоза позволили за 3-5 сеансов бужирования (в 73,9±5,3% случаях) добиться полного клинического эффекта, без нарушения целостности пищевода, анастомоза и желудочного стебля.

Непосредственные «отличные» и «хорошие» результаты методики эндоскопического бужирования составили 75,4±5,2%, а отдаленные - 62,8±7,4%. При сужении в области анастомоза 4 степени среднее количество сеансов бужирования за курс составило 3-5 раза (55,0±6,0%), что подтверждают результаты проведенного нами исследования.

Выводы. Таким образом, эндоскопические вмешательства являются достаточно эффективными и являются методом выбора в лечении послеоперационных стенозов пищеводных анастомозов.

Юлдошев Р. З., Азатуллоев Ё.И., Урунбоев А.Э.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПИЩЕВОДА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра онкологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения рака пищевода различной локализации.

Материал и методы. Изучено клиническое течение раннего послеоперационного периода у 45 больных пожилого возраста (возраст больных от 60 до 75 лет, мужчин 27, женщин 18), оперированных по поводу рака пищевода различной локализации.

Результаты исследования. Сопутствующие заболевания в системе органов дыхания, сердечно-сосудистой и пищеварительной системах имели место у всех пациентов. Дефицит массы тела до специального лечения имело место у 62,5% больных. У 11(24,4%) больного операцию выполнили из левого торакола-паротомного доступа (операция типа Гарлока), при дистальных локализациях опухолевого процесса, в 34(75,6%) случаях пищеводно-трансплантатный анастомоз формировали в правой плевральной полости (операция типа Льюиса). Всем больным перед операцией проводили усиленное смешанное энтеральное и парен-теральное питание в течение 7-8 суток. Азотисто-энергетический баланс корригировался внутри-венным введением аминокислотных смесей (0,15-0,18 г на 1 кг массы в сутки), растворов глюкозы, а также жировой эмульсии (1500-2000 ккал в сутки). С целью борьбы с гнойно-воспалительными осложнениями всем больным, начиная с премедикации, проводили антибиотикопрофилактику, продолжали по ходу операции и при гладком послеоперационном течении заканчивали через 144 часа. Гепаринопрофилактику продолжали в течение 10-12 суток послеоперационного периода. Все операции выполнены в условиях комбинированного эндотрахеального наркоза с применением фторотана, препаратов для нейролептаналгезии. Длительность операций в среднем составляла 330 мин, кровопотеря - в среднем 200±50 мл. Для повышения качества хирургического вмешательства при формировании стебля из большой кривизны желудка применяли одноразовые линейные ушивающие аппараты, что заметно сокращает время операции и снижает количество дефектов по линии резекции.. Во всех случаях анастомозы сформированы ручным способом. Активация пациентов проводили во вторые сутки после операции после адекватного обезболивания. Необходимости в санационную бронхоскопию имели место у 12(26,7%) пациентов. Послеоперационная летальность имело место у 4 (8,9%) больных, у 13 (28,9%) пациентов отмечались различные послеоперационные осложнения.

Выводы. Лидирующую позицию хирургии рака пищевода занимает хирургия, который обеспечивают адекватность онкологического подхода.

Юлдошева М.У., Абдуллаева Р.А., Салахиддинова Г.Н.

НЕОБХОДИМОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Изучение эффективности реабилитационных мероприятий после перенесённой операции кесарева сечения.

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование. Были проведены реабилитационные мероприятия 46 женщинам, перенесших кесарево сечение по различным показаниям, они и составили основную группу. Возрастная структура женщин в основной группе от 20 до 25 лет составляла 30 – (65,2%), от 26 до 31 года – 16 (34,7%). В группе сравнения от 20-25 лет – 10 (41,6%) женщин, от 26 до 31 года – 9 (37,5%) и от 31 до 34 лет – 5 (20,8%) женщин. Группу сравнения составили 24 аналогичные женщины, которые не были на диспансерном учёте, то есть женщины после кесарева сечения не получали реабилитационные мероприятия. Учитывая тот факт, что количество рубцов на матке может быть фактором риска различных патологических состояний, были отобраны женщины с одним рубцом на матке. Алгоритм реабилитации пациенток включал клинко-лабораторное обследование, антианемическую, утеротоническую, электролазеромангнитную терапию и контрацепцию.

Результаты исследования. Показаниями для абдоминального родоразрешения в обеих исследуемых группах были obstructивные роды (17,9% и 16,6% соответственно) и аномалии родовой деятельности (13,04% и 16,66% соответственно), наличие одного рубца на матке после кесарева сечения-19,5% в основной группе и 13,5% в группе сравнения.

Первый осмотр диспансерных женщин после выписки из родильного дома осуществлялся при активном патронаже на дому, затем один раз в неделю в послеродовом периоде. В дальнейшем пациентки основной группы обращались в плановом порядке каждые 3 месяца. При каждом посещении проводилось консультирование о питании кормящей матери, о правилах грудного вскармливания, о вопросах контрацепции и др., а также о необходимости реабилитации после перенесенной операции кесарева сечения. Алгоритм реабилитации пациенток включал обследование, консультацию специалистов (терапевта, нефролога и др.) по показаниям, лечение и оценку эффективности лечения, контрацепцию. Изучая особенности течения беременности, родов и послеоперационного периода с учетом кровопотери, пациенткам была назначена утеротоническая и антианемическая терапия, препараты для стимуляции лактации, физиотерапия, при наличии жалоб и клиники тех или иных патологических состояний, назначена соответствующая терапия.

У родильниц, получивших реабилитационные мероприятия (основная группа), анемия легкой степени была установлена в 10,86% против 29,16% в группе сравнения, анемии средней степени тяжести не оказалось в основной группе, а в группе сравнения было равно 8,33%. Частота воспалительного процесса в эндометрии в группе сравнения достигла 16,6% в то время, как в основной группе, этот показатель составил всего 4,34%. Гипогалактия была диагностирована в 4,34% и 12,5% случаев соответственно. В группе сравнения в одном случае развился инфильтрат послеоперационной раны. Болевой синдром, подтвержденный при бимануальном вагинальном исследовании, был отмечен достоверно чаще в группе сравнения, чем в основной группе, находящихся на диспансерном учёте, что обусловлено спаечным процессом. В группе сравнения эндометрит, патология шейки матки, хотя и не достоверно, встречалась значительно чаще, чем в основной группе. К концу первого года наступила нежелательная беременность у 2-х пациенток.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали эффективность проведения реабилитационных мероприятий, способствующих своевременной профилактике и лечению анемий, воспалительных заболеваний органов малого таза, патологий шейки матки, спаечных процессов, коррекции нарушений менструального цикла, а также выбора оптимальных методов контрацепции для пациенток, перенесших абдоминальное родоразрешение методом «кесарева сечения».

Юлдошева М.У., Додхоева М.Ф., Шералиева М.Г.

ПАРАМЕТРЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение клиничко-лабораторных показателей у родильниц после перенесенного кесарева сечения.

Материал и методы. Объектом исследования явились 52 женщины, которые были родоразрешены в Городском Родильном доме № 1 путём операции кесарева сечения по различным акушерским показаниям. Были изучены клиничко-лабораторные показатели и проведено ультразвуковое исследование на момент выписки из стационара на 8-10-е сутки. Всем исследуемым женщинам в послеоперационном периоде на первые сутки и перед выпиской были взяты общий анализ крови, биохимия крови: фибрин, фибриноген общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ и общий анализ мочи. В послеоперационном периоде на 7-8 сутки все родильницы были переданы под активный патронаж в центрах репродуктивного здоровья. Дальнейшая тактика наблюдения родильниц в Центрах репродуктивного здоровья зависела от полученных результатов исследований.

Результаты исследования. Возраст исследованных родильниц колебался в пределах 18- 41 года. Из 52 исследованных женщин после первых родов были 12 (23) родильниц, после повторных (2-3 родов)- 31(60%) женщин и после многократных (4 и более родов) –9 (17,3%) женщин. Всем беременным женщинам по различным показаниям производилось кесарево сечение на нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Среди показаний для оперативного родоразрешения у 21 (40,3%) беременных женщин были наличия от двух до четырех рубцов на матке, у 9 (17,3%) женщин была дискоординация родовой деятельности. У 7 (13,4%) женщин были obstructивные роды, у 6 (11,5%) женщин была частичная и полная отслойка нормально расположенной плаценты, у 6 (11,5%) женщин гипертензивные нарушения в сочетании с другими осложнениями и у 3 (5,7%) женщин были дородовый разрыв плодных оболочек и не эффективность от родовозбуждения раствором окситоцина. Разрез на передней брюшной стенке – по Пфанненштилю. Операция протекала без технических погрешностей. У 44 (84,6%) женщин общая кровопотеря во время операции составила от 500 до 600 мл, у 8 (15,3%) - от 700 до 1000 мл. Массивных кровотечений в анализируемой группе не было. Исследование выявило у 40 (76,9%) родильниц анемию легкой степени (Hb 90,0- 10,9 г/л), у 9 (17,3%) - средней степени тяжести (Hb 70-89 г/л) и у одной –тяжелой степени (Hb ниже 7 г/л). Из 52 родильниц, перенесших кесарево сечение, лишь у 2-х уровень гемоглобин был в пределах нормы. Низкие показатели эритроцитов были установлены у 38 (73,0%) женщин. Лейкоцитоз и ускорение СОЭ при выписке было у 25% и 48% соответственно. В биохимическом анализе крови у 6 (11,5%) женщин с гипертензивными нарушениями было незначительное увеличение печеночных ферментов. В анализе мочи у 6 (11,5%) пациенток отмечалась протеинурия и у 16 (30,7%) – лейкоцитурия. В других анализах особых изменений не было. При УЗИ матки у 49 (94,2%) женщин в послеоперационном периоде была без патологии, у 3 (5,7%) женщин была выявлена гематома, которая была устранена соответствующей терапией.

Выводы. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что все родильницы после перенесенной операции кесарева сечения нуждаются в диспансеризации и реабилитации после оперативного родоразрешения, которые включают дополнительного обследования, лечения, оптимальной контрацепции и обеспечения качества жизни матери и ребенку.

Юсупов Н.А., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить возможности комплексного применения клинических, эндоскопических и аудиологических методов для раннего выявления дисфункции слуховой трубы и нарушений слуха у детей с гипертрофией глоточной миндалины.

Материал и методы. Исследование проведено на базе детского ЛОР-отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Обследовано 56 детей с гипертрофией глоточной миндалины в возрасте от 3 до 14 лет, среди которых было 35 (62,5%) мальчиков и 21 (37,5%) девочка. В возрастную группу 3–6 лет вошли 25 (44,6%) детей, 7–10 лет — 18 (32,1%), 11–14 лет — 13 (23,2%). В исследование включали пациентов с клиническими признаками нарушения вентиляционной функции слуховой трубы. Диагностический комплекс предусматривал сбор жалоб и анамнеза, отоскопию, эндоскопическое исследование носоглотки, тональную пороговую аудиометрию и тимпанометрию. Оценивали затруднение носового дыхания, снижение слуха, ощущение заложенности ушей, аутофонию и наличие в анамнезе эпизодов рецидивирующего среднего отита. Результаты эндоскопического и аудиологического исследований использовали для комплексной оценки степени обструкции носоглотки, состояния глоточных устьев слуховых труб и функции среднего уха.

Результаты исследования. Установлено, что гипертрофия глоточной миндалины может сопровождаться нарушением проходимости глоточных устьев слуховых труб, ухудшением вентиляции барабанной полости и развитием кондуктивного снижения слуха. Выраженность субъективных жалоб не всегда соответствовала степени функциональных изменений среднего уха, что свидетельствует о недостаточной диагностической ценности изолированного клинического опроса. Эндоскопическое исследование позволило оценить степень гипертрофии глоточной миндалины и её анатомическое взаимоотношение с глоточными устьями слуховых труб. Тимпанометрия способствовала выявлению нарушений вентиляционной функции среднего уха, а тональная пороговая аудиометрия — определению характера и степени снижения слуха. Комплексное применение указанных методов позволило более полно оценить состояние слуховой трубы и среднего уха, в том числе у детей без выраженных субъективных жалоб.

Выводы. Комплексное применение эндоскопического исследования носоглотки, тимпанометрии и тональной пороговой аудиометрии повышает объективность диагностики дисфункции слуховой трубы у детей с гипертрофией глоточной миндалины. Такой подход способствует раннему выявлению пациентов с риском развития экссудативного среднего отита и кондуктивного снижения слуха, а также позволяет обосновать дальнейшую лечебно-диагностическую тактику.

Юсупов Н.А., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.

ЦИФРОВЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ АУДИОУСТРОЙСТВА

Кафедра оториноларингологии имени Ю. Б. Исахи ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить влияние длительного использования персональных аудиоустройств с наушниками различных типов на слуховую функцию студентов с применением современных цифровых методов мониторинга и аудиологической диагностики.

Материал и методы. Исследование проводится на базе ЛОР-отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». На предварительном этапе проведено анкетирование 1200 студентов Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино и Таджикского государственного педагогического университета имени Садриддина Айни в возрасте от 17 до 35 лет. Среди обследуемых — 475 (39,6%) женщин и 725 (60,4%) мужчин. Методы исследования включают анкетирование, сбор анамнеза, оториноларингологический осмотр, отоскопию и тональную пороговую аудиометрию с использованием цифрового аудиометра. Оцениваются тип наушников, продолжительность и стаж их использования, субъективно установленный уровень громкости, наличие слуховых жалоб и показатели тональной пороговой аудиометрии. Для дополнительной оценки продолжительности использования аудиоустройств и уровня акустической нагрузки изучаются доступные функции смартфонов «Экранное время» и «Уровень звука в наушниках». Полученные сведения систематизируются в электронной базе данных Microsoft Excel с последующей статистической обработкой.

Результаты исследования. Результаты предварительного анкетирования свидетельствуют о широком распространении использования персональных аудиоустройств среди студентов. Ежедневная продолжительность прослушивания преимущественно составляет 2–4 часа, а стаж использования наушников — 5–7 лет и более. Наиболее часто студенты используют вкладыши и полноразмерные наушники, тогда как внутриканальные и накладные модели встречаются реже. Большинство опрошенных сообщают об установлении громкости свыше 75% максимального уровня устройства. Однако эти сведения основаны преимущественно на субъективной оценке и пока не подтверждены систематической регистрацией уровня звукового воздействия. По предварительным данным, 56,3% респондентов отмечают ощущение снижения слуха или дискомфорт после продолжительного прослушивания. Субъективные жалобы требуют

сопоставления с показателями тональной пороговой аудиометрии и не могут самостоятельно рассматриваться как подтверждение нарушения слуховой функции. Аудиологическое обследование, количественная оценка акустической нагрузки и статистическая обработка результатов продолжаются.

Выводы. Предварительные результаты указывают на значительную распространённость продолжительного использования наушников, прослушивания при высокой субъективно установленной громкости и связанных с этим слуховых жалоб среди студентов. Полученные данные не позволяют на данном этапе установить причинно-следственную связь между использованием наушников и нарушением слуховой функции, но обосновывают необходимость дальнейшего комплексного аудиологического обследования. Сочетание анкетирования, цифрового мониторинга параметров прослушивания и тональной пороговой аудиометрии позволит выявить группы повышенного риска и разработать обоснованные профилактические рекомендации.

Якубова А.А., Парпиев Т.Р., Отахонов Ф.Х.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИПОВ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кафедра хирургических дисциплин №4, ГОУ «ХГМУ». Таджикистан.

Цель исследования. Определить диагностическое значение компьютерной томографии в выявлении полипозных изменений полости носа и околоносовых пазух, оценить возможности метода в определении патологического процесса и его значимость для выбора дальнейшего введения тактики лечения.

Материалы и методы. Для исследования были использованы амбулаторные карты 37 пациентов с диагнозом полипы носа и околоносовых пазух, обследованных в оториноларингологическом отделении ЦРБ Дангаринского района в период 2024–2026 гг.

Результаты исследования. Полипы носа и околоносовых пазух считаются одними из самых распространенных патологий верхних дыхательных путей, характеризующиеся затруднением носового дыхания, снижением или отсутствием обоняния, ощущением заложенности носа и частым воспалением околоносовых пазух. Клиническое обследование определить патологические изменения в полости носа, но не всегда даёт возможность объективно оценить состояние всех околоносовых пазух и глубоко расположенных анатомических структур. Для постановки наиболее точного диагноза всем 37 пациентам была проведена компьютерная томография. Компьютерная томография имеет важное диагностическое значение для уточнения распространённости патологического процесса. Метод позволяет получить послойное изображение полости носа и околоносовых пазух, оценить степень их повреждения, состояние слизистой оболочки, наличие патологических образований и изменений в области естественных соустьев. Особую диагностическую ценность КТ приобретает при распространённом процессе и подозрении на вовлечение нескольких околоносовых пазух. Также томографическое исследование позволяет более точно определить анатомические особенности, которые необходимо учитывать при проведении хирургического лечения, что подчёркивает важную роль компьютерной томографии в предоперационной оценке особенностей анатомических структур и планировании объёма хирургического вмешательства.

Выводы. Компьютерная томография является наиболее информативным методом диагностики полипозных изменений носа и околоносовых пазух. Комплексное использование клинического, эндоскопического и КТ-исследования повышает качество диагностики и способствует правильному выбору лечебной тактики. КТ особенно важна при распространённых формах заболевания и при подготовке пациента к хирургическому лечению. Таким образом, КТ является не только диагностическим методом, но и важным этапом предоперационного планирования.

Хасанзода С.Х.¹, Икром Т.Ш.²

ОСОБЕННОСТЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 13 -15 ЛЕТ

¹ ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ СЗН РТ

² ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить состояние физиологических систем физического развития подростков девочек 13-15 лет.

Материал и методы. Оценивание физического развития производилось на основании соответствия возрастным нормам антропометрических особенностей (индекс Пинье) и степени развития функциональных систем организма ребенка (проба Руфье). Так как методы оценивания различных параметров физического развития не одинаковы, была разработана единая пятибалльная шкала по аналогии с оцениванием физической подготовленности подростков. Средний школьный возраст девочек, а точнее вторая его половина, затрагивает периоды интенсивного развития многих физических способностей. Возраст 13-15 лет охватывает чувствительные периоды развития силовых и координационных способностей, выносливости и гибкости.

Результаты исследования. Нами проанализированы результаты проведенного анкетирования среди девочек 7-9 классов в общем участвовали 94-школьницы, из них девочки в возрасте 13 лет составляли 58 (100%) а девочки 9 класса 37 (100%). Наибольший эффект от педагогического воздействия при грамотном использовании средств и методов, можно достичь именно в период бурного естественного развития. Физические способности девочек подросткового возраста должны планомерно развиваться. Физическая подготовленность девочек среднего школьного возраста неуклонно снижается. Результаты тестирования, оценивающие гибкость (наклон вперед из и.п. сидя) и скоростно-силовые способности (прыжок в длину с места), ниже среднего уровня во всех возрастных категориях. На грани среднего уровня находятся результаты бега на 30 м с высокого старта и 6-минутного бега. Лишь уровень развития коорди-

национальных способностей превышает средний уровень развития. Это связано, прежде всего, с недостаточной физической активностью детей и подростков. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ребенок в возрасте 5-17 лет должен заниматься физической активностью средней и высокой степени интенсивности не менее 60 минут в день. Однако результаты опроса, проведенного в процессе исследования физического здоровья школьников, выявили, что с возрастом количество девочек занимающихся физической культурой и спортом неуклонно снижается, так в возрасте 13 лет дополнительно физической культурой и спортом-34 (58,6%) опрошенных, в возрасте 15 лет только -9 (21,4%). Средний школьный возраст характеризуется существенными перестройками организма, связанными с половым созреванием. глобальные изменения в организме подростка требуют тщательного контроля для его гармоничного развития. Средние значения индекса Пинье (в норме $10 \geq 33$) во всех возрастных группах не превышают отметки в 26 баллов, что говорит о слабом телосложении, хотя и наблюдается положительная динамика. Весоростовой индекс девочек 13-14 лет находится в пределах нормы, а девочек 15 лет выше среднего значения. Превышение этого значения позволяет нам судить об избыточном весе ребенка, а более низкие значения о его дефиците. Количество девочек с избыточной массой тела и склонностью к ожирению с возрастом увеличивается.

Результаты измерения уровня развития функциональных систем также демонстрируют тот факт, что современные подростки недостаточно подготовлены. Пробу Руфье (в норме ИП-9) в нашем исследовании, мы хотели определить реакцию организма на нагрузку и тем самым выявить функциональную работоспособность подростков. Результаты пробы Руфье девочек не превышающие 2-х баллов свидетельствуют о низком уровне работоспособности, что определяет жизнедеятельность ребенка и механизмы адаптации его организма к нагрузке. Лишь результаты 7 класса, девочки 11 лет соответствуют нормативным требованиям ниже среднего уровня.

Выводы. Физическое здоровье девочек с возрастом снижается, это связано, прежде всего, с недостаточной физической активностью. Количество подростков, дополнительно занимающихся физической культурой и спортом, с возрастом уменьшается, а урок физической культуры лишь наполовину удовлетворяет потребность растущего организма в движении.

Необходимо принимать меры по формированию потребности в физической активности на всех этапах взросления девочек.

Абдуллоева С.А., Воронежская К.Р., Сулаймонова Ш.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

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

Цель исследования. Оценить динамику клинических и функциональных показателей у пациентов с артериальной гипертензией осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне физических нагрузок.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов в возрасте 42–74 лет с артериальной гипертензией II–III степени осложнившейся постоянной формой фибрилляции предсердий, которые находились на стационарном лечении в ГМЦ №1 имени К. Ахмедова. Средний возраст больных составлял $60,1 \pm 10,0$. До и после курса дозированных физических нагрузок оценивали клинические (артериальное давление, ЧСС, дефицит пульса) и функциональные показатели (ЭхоКГ). Программа длилась 3 месяца и включала дозированную пешую ходьбу в течение получаса три раза в неделю, лечебную физкультуру по методу физической реабилитации Д.М. Аронова (НМИЦ ТПМ). Функциональная переносимость нагрузки оценивалась с помощью 6-минутного теста ходьбы (6МТХ). Все пациенты находились на базисной терапии и-АПФ, бета-блокаторах и блокаторах кальциевых каналов.

Результаты исследования. По данным исследования после 3 месячного курса физических тренировок клинические данные больных показали, что уровень АД снизился со средних показателей $\pm 165-107$ мм.рт.ст. до $\pm 132-85$ мм.рт.ст. Средняя ЧСС уменьшилась с $127,5 \pm 10,8$ до $82,8 \pm 7,0$ уд/мин, дефицит пульса — с $29,5 \pm 8,1$ до $10,9 \pm 5,1$ уд/мин. На ЭхоКГ отметилась положительная динамика показателей внутрисердечной гемодинамики и обратного ремоделирования ЛЖ. Фракция выброса ЛЖ выросла в среднем с $41,0 \pm 1,2\%$ до $44,5 \pm 1,5\%$, индексированный КДО снизился с $82,7 \pm 2,1$ до $77,8 \pm 1,9$ мл/м². Отмечалось также уменьшение объема ЛП до $72,0 \pm 2,1$ мл и снижение E/e с $14,5 \pm 0,8$ до $11,8 \pm 0,2$. По данным 6МТХ средняя дистанция составила $293,5 \pm 79,2$ м ($160-440$ м).

Выводы. На фоне дозированных физических нагрузок у обследованных пациентов отмечалась благоприятная динамика АД, ЧСС, дефицита пульса и данных ЭхоКГ. Результаты указывают на потенциальную клинико-функциональную пользу подобранной физической активности у стабильных пациентов с АГ II–III степени осложнившейся постоянной формой ФП.

Абдуллоева С.А., Хамидов Н.Х., Сироджов С.М.
ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

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

Цель исследования. Оценить динамику лабораторных показателей у пациентов с артериальной гипертензией осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий на фоне физических нагрузок.

Материалы и методы. В исследование включены 35 пациентов в возрасте 42–74 лет с артериальной гипертензией II–III степени осложнившейся постоянной формой фибрилляции предсердий, которые находились на стационарном лечении в ГМЦ №1 имени К.Ахмедова. Средний возраст больных составлял $60,1 \pm 10,0$. До и после курса дозированных физических нагрузок оценивали лабораторные показатели (NT-proBNP, гомоцистеин, липидограмма). Программа длилась 3 месяца и включала дозированную пешую ходьбу в течение получаса три раза в неделю, лечебную физкультуру по методу физической реабилитации Д.М. Аронова (НМИЦ ТПМ). Функциональная переносимость нагрузки оценивалась с помощью 6-минутного теста ходьбы (6МТХ). Все пациенты находились на базисной терапии и-АПФ, бета-блокаторах и блокаторах кальциевых каналов.

Результаты исследования. Оценка динамики лабораторных маркеров у пациентов с артериальной гипертензией и постоянной формой фибрилляции предсердий ($N = 35$) на фоне 3-месячного курса регулируемых физических нагрузок выявила системный терапевтический эффект, затронувший показатели липидного обмена, нейрогуморального статуса и эндотелиальной токсичности. Развернутый липидный профиль: Общий холестерин (ОХ) снизился с $5,61 \pm 0,62$ ммоль/л до $5,32 \pm 0,51$ ммоль/л через 12 недель тренировок ($t = 2,99$). Липопротеины низкой плотности (ЛПНП) опустились с $3,82 \pm 0,45$ ммоль/л до $3,58 \pm 0,39$ ммоль/л ($t = 3,36$). Липопротеины высокой плотности (ЛПВП) увеличились с $1,02 \pm 0,11$ ммоль/л до $1,11 \pm 0,12$ ммоль/л ($t = -4,62$). Триглицериды (ТГ) упали с $2,15 \pm 0,31$ ммоль/л до $1,76 \pm 0,24$ ммоль/л ($t = 8,19$). Липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП): снизились с $0,98 \pm 0,14$ ммоль/л до $0,80 \pm 0,11$ ммоль/л ($t = 8,34$). Коэффициент атерогенности (КА) уменьшился с $4,50 \pm 0,40$ у.е. до $3,79 \pm 0,35$ у.е. ($t = 11,13$), свидетельствуя о снижении суммарного кардиоваскулярного риска. Нейрогуморальные и метаболические маркеры: NT-proBNP снизился с исходных 1450 ± 410 пг/мл до 1160 ± 380 пг/мл ($t = 7,86$). Гомоцистеин уменьшился с $14,8 \pm 2,9$ мкмоль/л до $13,1 \pm 2,1$ мкмоль/л ($t = 6,40$).

Выводы. На фоне дозированных физических нагрузок у обследованных пациентов отмечалась благоприятная динамика уровня NT-proBNP, гомоцистеина и липидограммы. Результаты указывают на потенциальную биохимическую и нейрогуморальную пользу подобранной физической активности у стабильных пациентов с АГ II–III степени осложнившейся постоянной формой ФП.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Цель исследования. Определить характер и выраженность нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунитета у пациентов с множественной миеломой в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы. Обследованы 30 пациентов с верифицированной множественной миеломой, находившихся на лечении в гематологическом отделении ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Диагноз устанавливали по критериям Международной рабочей группы по миеломе, стадирование выполняли по классификации B.G.M. Durie и S.E. Salmon; в каждую стадию заболевания включено по 10 пациентов. Группу сравнения составили 10 практически здоровых лиц сопоставимого пола и возраста. Фенотипирование лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD20) выполняли методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител, концентрацию иммуноглобулинов классов А, М и G в сыворотке крови — методом радиальной иммунодиффузии по G. Mancini. Статистическую обработку проводили в программе Statistica 10.0 с применением U-критерия Манна – Уитни и H-критерия Краскела – Уоллиса; различия признавали значимыми при $p < 0,05$. Дизайн исследования одобрен этическим комитетом ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. (протокол № 7 от 27.03.2020 г.).

Результаты исследования. Относительное содержание CD3-лимфоцитов снижалось с $71,3 \pm 5,5\%$ при I стадии до $45,9 \pm 3,5\%$ при II и $25,3 \pm 4,3\%$ при III стадии ($p < 0,001$) при значении $73,5 \pm 5,6\%$ у здоровых лиц. Количество CD4-лимфоцитов уменьшалось с $40,1 \pm 3,6\%$ до $33,8 \pm 3,7\%$ и $19,5 \pm 1,7\%$ соответственно ($p < 0,001$). Содержание CD8-лимфоцитов значимых изменений не претерпевало ($0,47 \pm 0,05$; $0,48 \pm 0,06$ и $0,49 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$), вследствие чего иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 снижался с $1,90 \pm 0,23$ до $1,20 \pm 0,16$ ($p < 0,01$ при сравнении со здоровыми лицами). Количество CD20-лимфоцитов при III стадии составило $4,5 \pm 0,7\%$ против $9,0 \pm 1,9\%$ при I стадии ($p < 0,05$). Гуморальное звено характеризовалось прогрессирующим дефицитом поликлональных иммуноглобулинов: концентрация IgG уменьшалась с $9,3 \pm 0,8$ г/л при I стадии до $6,9 \pm 0,03$ г/л при II и $3,5 \pm 0,03$ г/л при III ($p < 0,001$), IgA — с $2,33 \pm 0,30$ до $1,70 \pm 0,05$ и $1,03 \pm 0,15$ г/л ($p < 0,01$), IgM — с $2,10 \pm 0,03$ до $1,78 \pm 0,13$ и $1,13 \pm 0,13$ г/л ($p < 0,001$). Параллельно снижалось общее количество лейкоцитов — с $4,7 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$ и лимфоцитов — с $23,3 \pm 1,9\%$ до $10,7 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Прогрессирование множественной миеломы сопровождается сочетанным угнетением клеточного и гуморального звеньев иммунитета, глубина которого прямо связана со стадией опухолевого процесса. 2. Селективное снижение CD3- и CD4-лимфоцитов при сохранной популяции CD8-клеток приводит к уменьшению иммунорегуляторного индекса и формированию вторичного иммунодефицита. 3. Дефицит поликлональных иммуноглобулинов, достигающий при терминальной стадии почти трёхкратного снижения IgG, обосновывает мониторинг показателей гуморального иммунитета и планирование профилактических противоинфекционных мероприятий до начала полихимиотерапии.

УРОВЕНЬ ПСИХООНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА И СТРУКТУРА ЕГО ДЕТЕРМИНАНТ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

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

Цель исследования. Оценить уровень психоонкологического дистресса у пациентов с множественной миеломой и установить структуру проблем, определяющих его выраженность.

Материал и методы. Обследованы 106 пациентов с верифицированной множественной миеломой, находившихся под наблюдением в гематологическом отделении ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Диагноз устанавливали по критериям Международной рабочей группы по миеломе. Уровень дистресса определяли с помощью термометра дистресса Национальной комплексной онкологической сети США (NCCN Distress Thermometer) — 11-балльной визуальной шкалы, сопровождаемой перечнем из 39 проблем, сгруппированных в пять категорий: практические, семейные, эмоциональные, физические, а также религиозные и духовные. Значение 5 баллов и выше расценивали как клинически значимый дистресс, требующий направления к специалисту в области психического здоровья. Статистическую обработку выполняли в программе Statistica 10.0 с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена, точного критерия Фишера и множественного линейного регрессионного анализа с зависимой переменной «уровень дистресса»; различия признавали значимыми при $p < 0,05$. Дизайн исследования одобрен этическим комитетом ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино (протокол № 7 от 27.03.2020 г.).

Результаты исследования. Общее количество проблем, о которых сообщали пациенты, значимо коррелировало с уровнем дистресса. Значимая связь установлена для практических ($p = 0,01$), эмоциональных ($p = 0,003$) и физических ($p = 0,001$) проблем, тогда как семейные, религиозные и духовные проблемы значимого вклада не вносили. Множественная линейная регрессионная модель объясняла 39,1% дисперсии уровня дистресса (скорректированный $R^2 = 0,391$; $R^2 = 0,420$). Наибольший стандартизованный коэффициент получен для физических проблем ($\beta = 0,309$; $p = 0,001$), далее следовали эмоциональные ($\beta = 0,287$; $p < 0,01$) и практические проблемы ($\beta = 0,244$; $p < 0,05$); для семейных проблем коэффициент составил $-0,091$, для религиозных и духовных — $0,001$ ($p > 0,05$). Среди отдельных эмоциональных проблем у пациентов с более высоким уровнем дистресса значимо чаще регистрировались нервозность ($p < 0,001$), беспокойство ($p = 0,002$) и грусть ($p = 0,004$). Наиболее частой физической проблемой была усталость, отмеченная более чем у половины опрошенных; в структуре психологических проблем преобладал страх — 45,7%. Распределение пациентов по сроку от первичной диагностики до оценки составило: до 6 месяцев — 11 (10,4%), от 6 до 36 месяцев — 40 (37,7%), свыше 36 месяцев — 55 (51,9%) человек, причём нервозность значимо чаще регистрировалась при более коротком

интервале после установления диагноза ($p=0,04$).

Выводы. 1. Психосоциальное неблагополучие пациентов с множественной миеломой определяется прежде всего физическими и практическими проблемами, тогда как семейные, религиозные и духовные факторы значимого вклада в уровень дистресса не вносят. 2. Наиболее высокий уровень нервозности регистрируется в первые месяцы после установления диагноза, что определяет данный период как приоритетный для психологического сопровождения. 3. Термометр дистресса NCCN не требует специальной подготовки персонала и продолжительного времени заполнения, вследствие чего применим в условиях амбулаторного гематологического приёма для своевременного направления пациентов к специалистам в области психического здоровья.

Абдуллоева С.Н., Мустафакулова Н.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Цель исследования. Определить частоту и характер клинко-инструментальных проявлений множественной миеломы и её кардиоренальных осложнений в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы. Обследованы 177 пациентов с множественной миеломой (106 мужчин, 59,9%; 71 женщина, 40,1%) в возрасте 23-73 лет, находившихся на лечении на клинической базе кафедры внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. I стадия заболевания установлена у 45, II - у 55, III - у 77 больных; контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Диагноз верифицирован по критериям Международной рабочей группы по миеломе с цитологическим исследованием костного мозга. Выполнены общеклинические и биохимические исследования, определение белка Бенс-Джонса, лучевая диагностика костных поражений, электрокардиография, эхокардиография, расчёт индекса коморбидности CIRS. Применяли критерии Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса и χ^2 ; количественные показатели представлены в виде $M \pm m$.

Результаты исследования. От появления первых симптомов до установления диагноза проходило от 3 до 6 лет. До верификации диагноза больные получали лечение по поводу хронической патологии почек (53,0%), ишемической болезни сердца (45,0%), остеохондроза позвоночника (37,0%), остеоартроза и ревматоидного артрита (25,0%), анемии неустановленной причины (19,0%). Уровень гемоглобина снижался от $95,0 \pm 9,8$ г/л при I стадии до $85,0 \pm 5,6$ г/л при II и $49,0 \pm 3,3$ г/л при III стадии, число тромбоцитов - от $159,0 \pm 13,9$ до $97,0 \pm 7,9$ и $44,0 \pm 3,4 \times 10^9$ /л ($p < 0,001$). Деструктивные изменения позвоночника выявлены у 97 (54,8%), корешковый синдром - у 93 (52,5%) больных. Интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале при III стадии достигала $80,5 \pm 19,5$ мм против $56,7 \pm 25,3$ мм в остальных группах ($p < 0,001$). При III стадии хроническая болезнь почек диагностирована у 69 (89,6%), ишемическая болезнь сердца - у 67 (87,0%), артериальная гипертензия - у 65 (84,4%), миеломная нефропатия - у 63 (81,8%), хроническая сердечная недостаточность - у 27 (35,1%) больных. Фракция выброса левого желудочка составила $55,1 \pm 4,5\%$, $50,2 \pm 4,3\%$ и $45,6 \pm 3,7\%$, скорость клубочковой фильтрации - $100,0 \pm 13,0$, $60,0 \pm 5,0$ и $40,0 \pm 5,0$ мл/мин при I, II и III стадиях соответственно.

Выводы. Множественная миелома в обследованной когорте диагностировалась поздно и длительно протекала под маской нефрологической, кардиологической и костно-суставной патологии. Выраженность цитопении, костных поражений и коморбидности нарастала от I к III стадии. При III стадии поражение почек и сердца выявлялось у большинства больных, что требует оценки функции почек и эхокардиографии на этапе первичной диагностики.

Абдулов Х. Дж¹., Мухторзода А. Н²., Халилова Г. Дж²

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской статистики с курсом истории медицины НОУ «Медико- социальный институт Таджикистана»

²Отделение ревматологии ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш», г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Возможности применения технологий цифровой медицины и искусственного интеллекта для изучения социально-гигиенических факторов, комплексной оценки и прогнозирования риска метаболических нарушений у больных подагрой.

Материал и методы. В исследование включены 64 больных подагрой, среди которых 62 (97,5%) мужчин и 2 (2,5%) женщины. Проводилась оценка пола, возраста, длительности заболевания и основных антропометрических показателей. У 13 пациентов (20,3 %) диагностирован сахарный диабет 2-го типа; средний возраст данной группы составил $59,1 \pm 8,4$ года, длительность подагрического анамнеза — 7,0 лет. Для изучения распространённости подагры проведено анкетирование 200 жителей, прикрепленных к медицинским учреждениям ПМСП г. Душанбе, имевших в анамнезе клинические признаки суставного синдрома различной степени выраженности. Всем обследованным натошак определяли уровень глюкозы и мочевой кислоты в сыворотке крови. Исследовали показатели липидного спектра. Проведено анализ социально-гигиенических факторов. Полученные показатели использовались как исходные параметры для формирования цифровых моделей стратификации риска.

Результаты исследования. Для выявления отдельных компонентов метаболического синдрома (МС) и артериальной гипертензии (АГ) у больных подагрой все они были распределены на 3 возрастные группы: I- моложе 40 лет

26,6% (17), II-от 40-60 лет 60,9% (39) и III-старше 60 лет 12,5% (8). У пациентов моложе 40 лет наиболее частыми компонентами метаболического синдрома являлись увеличение окружности талии более 102 см — 83,3% и повышение артериального давления — 78,2%. Повышение уровня глюкозы и снижение уровня холестерина ЛПВП отмечались у 54,1%, гипертриглицеридемия — у 28,7% пациентов. В возрастной группе 40–60 лет наиболее часто выявлялись снижение уровня ХС-ЛПВП — 93,2% и увеличение окружности талии более 102 см — 76,7%; повышение уровня триглицеридов отмечалось у 37,2% больных. У пациентов старше 60 лет артериальная гипертензия встречалась чаще, тогда как увеличение окружности талии, гипертриглицеридемия и гипергликемия отмечались реже, чем в более молодых возрастных группах.

Установлено, модифицируемые социально-гигиенические факторы: неблагоприятное влияние возраста, малоподвижный образ жизни (гиподинамия), нерациональное питание и избыточное употребление продуктов с высоким содержанием пуринов и свободных сахаров, употребления алкогольных напитков, курения, избыточной массы тела и ожирения. Методы искусственного интеллекта и цифровые системы потенциально позволяют объединять клинические, лабораторные и социально-гигиенические данные для индивидуальной стратификации риска и раннего выявления пациентов с высокой вероятностью развития метаболического синдрома.

Выводы. Проведенный социально-гигиенический анализ свидетельствует о существенной роли модифицируемых факторов образа жизни в формировании метаболических нарушений и использование цифровой медицины и технологий искусственного интеллекта для комплексной оценки факторов риска, динамического мониторинга и персонализированного прогнозирования развития метаболического синдрома у больных подагрой.

Агафонова Е.В., Мухамадиева К.М.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С РАННЕЙ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить состояние углеводного и липидного обмена у молодых мужчин с ранней АГА и определить взаимосвязь метаболических нарушений с наличием заболевания.

Материал и методы. Обследовано 80 мужчин в возрасте 18–35 лет: 30 пациентов с ранней АГА и 50 мужчин без клинически значимых признаков алопеции. Группы были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела. Определяли глюкозу и инсулин натощак, индекс HOMA-IR, общий холестерин, LDL-C, HDL-C и триглицериды.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных мужчин с ранней АГА составил $27,1 \pm 4,2$ года, в контрольной группе — $26,8 \pm 4,0$ года. Индекс массы тела в группах практически не различался и составлял соответственно $23,8 \pm 2,6$ и $23,5 \pm 2,5$ кг/м². Несмотря на сопоставимые антропометрические показатели, у пациентов с ранней АГА выявлены более выраженные нарушения углеводного и липидного обмена. Уровень глюкозы натощак существенно не различался — $5,0 \pm 0,5$ ммоль/л при АГА против $4,9 \pm 0,4$ ммоль/л в контроле, тогда как содержание инсулина было заметно выше — $11,4 \pm 5,1$ против $6,7 \pm 3,0$ мкМЕ/мл. Соответственно, индекс HOMA-IR у пациентов с АГА достигал $2,50 \pm 1,20$, тогда как у мужчин контрольной группы составлял $1,45 \pm 0,70$. Инсулинорезистентность установлена у 6 из 30 (20%) пациентов с ранней АГА и лишь у 2 из 50 (4%) обследованных контрольной группы. Таким образом, увеличение частоты инсулинорезистентности наблюдалось даже при отсутствии существенных различий по уровню глюкозы и BMI.

Наряду с нарушениями инсулинового обмена у пациентов с ранней АГА отмечался менее благоприятный липидный профиль. Средний уровень общего холестерина составил $5,0 \pm 0,8$ ммоль/л против $4,5 \pm 0,7$ ммоль/л в контроле, LDL-C — $3,15 \pm 0,70$ против $2,65 \pm 0,60$ ммоль/л, триглицеридов — $1,55 \pm 0,70$ против $1,15 \pm 0,50$ ммоль/л. Одновременно содержание HDL-C было ниже и составляло $1,18 \pm 0,25$ ммоль/л против $1,35 \pm 0,27$ ммоль/л в контрольной группе. Полученные результаты свидетельствуют о сочетании ранней АГА с признаками компенсированной инсулинорезистентности и атерогенными сдвигами липидного обмена, которые выявлялись у молодых мужчин ещё при сопоставимой массе тела и практически одинаковом уровне глюкозы натощак.

Выводы. Ранняя АГА у молодых мужчин ассоциируется с повышенной частотой инсулинорезистентности и неблагоприятными изменениями липидного профиля независимо от BMI. Полученные данные позволяют рассматривать раннюю АГА как потенциальный дерматологический маркер скрытых метаболических нарушений и обосновывают целесообразность оценки HOMA-IR и липидного профиля у данной категории пациентов.

Агафонова Е.В., Мухамадиева К.М.

КЛИНИКО-ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ КАК МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Определить взаимосвязь тяжести ранней андрогенной алопеции (АГА) и сопутствующих дерматологических проявлений с показателями инсулинорезистентности у молодых мужчин.

Материал и методы. Обследовано 30 мужчин 18–35 лет с ранней АГА и 50 мужчин контрольной группы. Тяжесть алопеции оценивали по шкале Hamilton-Norwood, наличие и выраженность акне — с использованием GAGS; также учитывали себорею волосистой части головы. Метаболический статус оценивали по уровню глюкозы, инсулина натощак, HOMA-IR и показателям липидного обмена.

Результаты исследования. Анализ сопутствующих дерматологических проявлений показал, что у молодых

мужчин с ранней АГА значительно чаще наблюдались акне и себорея. Акне диагностировано у 17 из 30 (56,7%) пациентов основной группы, тогда как среди мужчин контрольной группы — у 14 из 50 (28%). При этом умеренная и тяжёлая степень акне отмечалась у 30% пациентов с АГА против 10% в контроле. Выраженная себорея волосистой части головы также существенно чаще сопровождала раннюю АГА — у 60% пациентов по сравнению с 26% обследованных контрольной группы. Таким образом, ранняя потеря волос нередко сочеталась с другими клиническими проявлениями, отражающими повышенную активность андрогензависимых процессов.

Особый интерес представляли изменения показателей инсулинорезистентности при сочетании нескольких дерматологических проявлений. У пациентов с ранней АГА и сопутствующим акне среднее значение НОМА-IR достигало $2,8 \pm 1,2$, в то время как при АГА без акне оно составляло $2,1 \pm 0,9$. При распределении пациентов в зависимости от тяжести АГА по шкале Hamilton–Norwood установлено последовательное нарастание метаболических нарушений по мере прогрессирования алопеции. При I–II стадиях среднее значение НОМА-IR составляло $1,9 \pm 0,7$, при III стадии увеличивалось до $2,4 \pm 0,9$, а при наиболее выраженных IV–V стадиях достигало $3,0 \pm 1,2$. Аналогичная закономерность прослеживалась по частоте инсулинорезистентности: она была выявлена у 10% пациентов с I–II стадиями, у 20% — с III стадией и уже у 33% больных с IV–V стадиями АГА. Утяжеление клинических проявлений АГА сопровождалось также ухудшением липидного профиля. При более высоких стадиях Hamilton–Norwood отмечались повышение концентрации LDL-C и триглицеридов и снижение уровня HDL-C.

В целом наиболее неблагоприятный клинико-метаболический профиль отмечался у молодых мужчин с выраженными стадиями ранней АГА, особенно при её сочетании с акне и себореей.

Выводы. Тяжесть ранней АГА у молодых мужчин взаимосвязана с выраженностью метаболических нарушений. Сочетание прогрессирующей АГА с акне и выраженной себореей может служить дополнительным клиническим ориентиром для выявления пациентов, которым целесообразно проведение углублённого метаболического обследования.

Азизов О.М., Холов Ф.Л., Фаязов З.С.

ВАЙРОНШАВИИ ФАЪОЛИЯТИ МАТОРИКӢ ВА РОӢӢОИ БАРТАРАФСОЗӢ ӢАНГОМИ АЛОИМИ ГӢЙЕНА - БАРРЕ

Кафедраи фанҳои муолиҷавии № 1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон».

МД «Маркази тиббии шаҳрии № 1 ба номи К. Ахмедов», Душанбе. Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Баҳодиҳии раванди вайроншавии фаъолияти ҳаракатӣ (моторӣ) ва арзёбии самаранокии табобати махсусгардонидашудаи плазмаферез дар барқарорсозии вазифаҳои асабии беморони мубтало ба алоими Гийена - Барре.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқот дар пойгоҳи шӯъбаи асабшиносии МД «Маркази тиббии шаҳрии №1 ба номи Карим Ахмедов» - и шаҳри Душанбе, аз моҳи ноябри соли 2025 то августи соли 2026 дар миёни 26 бемор (сину солашон аз 32 то 55 сола), ки бо алоими Гийена – Барре бистари қарда шудаанд, гузаронида шуд. Барои гузаронидан ва баҳодиҳӣ, беморонро ба ду ғуруҳи асосӣ тақсим қарда шуданд: Ғуруҳи якум N=13 нафар бемороне, ки ба онҳо табобати стандартӣ, иловатан ба онҳо курси плазмаферези табобатӣ (4 - 5 курси табобат) ва ғуруҳи дуюм N=13 нафар бемороне, ки ба онҳо танҳо табобати симптоматикӣ ва доругӣ (витаминоterapia, антикоагулянтҳо, нейропротекторҳо ва метаболитҳо) -ро бе истифодабарии курси плазмаферез гузаронида шуд. Барои таҳқиқ ва назорати раванди беморӣ аз усулҳои электронейромиография (стимулятсионӣ ва ЭНМГ- сӯзанмонанд), таҳлили биохимии ликвор (пунксияи люмбалӣ) ва мониторинги фаъолияти нафаскашӣ (иктидори ҳаҷми ҳаётии шушҳо, пулсоксиметрия SpO₂) истифода гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар ҳамаи беморон дар аввали тадқиқот тетрапарези сусти симметрӣ бо арефлексия ва гипотонияи мушакҳо ба қайд гирифта шуда буд. Дар ЭНМГ-и пеш аз табобат маҳкамшавии гузариши импульс дар асаби диафрагмалӣ (p.phrenicus) ва мушакҳои байниқабурғавӣ мушоҳида гардид, дар таҳлили ликвор таҷзияшавии аники сафедаҳо хучайравӣ (баланд шудани сатҳи сафеда дар фони ситози муътадил) муайян қарда шуд. Истифодаи плазмаферез дар ғуруҳи якум боиси барқароршавии нишондиҳандаҳои асабӣ (тонус ва рефлекс) ва беҳтаршавии ҳолати қорӣи мушак гардид. Вобаста ба нишондиҳандаҳои нафас дар ғуруҳи якум миқдори нафас (ЧДД) дар беморон аз 9 - 10 маротиба дар як дақиқа ба 14 – 16 маротиба дар як дақиқа дар беморон баробар гашт, нишондиҳандаи пулсоксиметрия (SpO₂) аз 90 % поён буд, то 95 - 97% муқаррар гашт. Дар ғуруҳи дуюм ин нишондодҳо қариб, ки тағйир наёфтанд танҳо то 20% тағйирот ба назар расид. Барқароршавии қувваи мушак ва фаъолияти ҳаракатӣ дар беморон, дар ғуруҳи якум, дар миёни 13 (100%) нафар бемор, ба пуррагӣ шифоёбӣ дар 8 (61,6) % нафар бемор дар мудати 1 моҳу 2 ҳафта ба назар расид. Дар 4 (30,7) % нафар бемор раванди шифоёбӣ мусбӣ гардид, аммо муддати барқароршавӣ ба 2 моҳ расид, бо боқимондаҳои сабук (гипостезия). Дар боқимондаи (7,7) % нафар бемор аз сабаби мурочиат накардани саривактӣ боис гашт, ки табобат бо боқимондаи зиёди неврологӣ ва норасоии шадиди нафас, бе натиҷа гардидааст. Дар ғуруҳи дуюм то 2 моҳ дар 13 (100%) беморон, дар 9 (69,3%) нафарашон раванди барқароршавии суст буда, боқимондаи вазнини асабӣ (нимфалачи андомҳои поён) боқӣ монд, дар 4 (30,7%) нафар беморони боқимонда аз сабаби норасоии нафас ва вазнинии ҳолат марғи клиникӣ ба қайд гирифта шуд, ки пас аз ин батабобати плазмаферез гузаронида шуд, аммо бо оризаҳои вазнини асабӣ.

Хулоса. Вобаста ба натиҷаҳои ғуруҳҳо бар меояд, ки гузаронидани саривактӣи плазмаферез дар марҳалаи шадиди алоими Гийена - Барре раванди аутоиммуниро қатъ намуда, барқарорсозии фаъолияти моторикӣ ва нафаскаширо беҳтар гардонад, ки ин боиси пурра барқароршавии фаъолияти ҷисмонии беморон гардад.

Азизов О.М., Холов Ф.Л., Расулов П.Ф.

АСАБХАСТАГӢ ӢАМЧУН ОМИЛИ ТАЪСИРИ ЭМОТСИОНАЛӢ БА ӢАӢТИ БЕМОРИ

Кафедраи фанҳои муолиҷавии № 1, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон».

МД «Маркази тиббии шаҳрии № 1 ба номи К. Ахмедов». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши мукамали усулҳои муносири табобат, вобаста ба беҳбудии ҳолати эмотсионалии беморон ҳангоми асабхастагӣ ва оқибатҳои беморон.

Мавод ва усулҳо. Тадқиқоти мазкур дар пойгоҳи МД “Маркази тиббии шахрии №1” дар шӯъбаи асабшиносӣ аз моҳи январӣ соли 2026 то моҳи августи соли 2026 дар миёни 66 нафар бемор (синну солашон аз 25 то 40 сола), ки бо ташҳиси асабхастагӣ (МКБ F 48.0) бистарӣ карда шуда буданд, гузаронида шуд. Барои муайян намудани сатҳи пурраи беморшавӣ, беморон аз муоинаи клиникӣ неврологӣ, арзёбии фаъолияти системаи асаби вегетативӣ, усулҳои иловагӣ-лабораторӣ (ЭЭГ (дар ҳамаи беморон А - (алфа) (45%) ритм паस्त буд) гузаронида шуд ва барои ташҳиси тафриқавии астенияи соматогенӣ, камхунӣ ва бемориҳои ғадуди сипаршакл) аз шкалаи байналмилалӣ саволномаи мукамали баҳодихии ҳастагӣ (Multidimensional Fatigue Inventory – 20 (MFI-20) ва шкалаи баҳодихии сатҳи ташвиш ва депрессия (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) истифода бурда шуд. Инчунин, барои табобати мукамали беморон ва расонидани ёрии тиббии саривактӣ ҳамаи беморонро ба ду ғуруҳ тақсим намудем. Ғуруҳи якум N=33 нафар бемороне, ки ба онҳо танҳо табобати пурра (нейропротекторҳо, адаптогенҳо, седативҳо ва вобаста ба ҳолати равонии бемор), ғуруҳи дуюм N=33 нафар беморони назоратие, ки ба онҳо танҳо монотерапияи стандартӣ (фитоседативҳо, витаминотерапия ва сӯзаншифохӣ) гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз натиҷаи тадқиқоти гузаронидашуда миёни беморони мурочиаткардашуда вобаста ба натиҷаҳои гузаронидашуда назорати аломатҳои соматотикӣ ва вегетативӣ (синдроми сефалгияи психогенӣ) дар ғуруҳи якум 87,2 % ки дар рӯзҳои 7 - 14 табобат қомилан бартараф гардиданд. Дар ғуруҳи дуюм 50%, яъне дар рӯзҳои 12 - 18 беҳбудии назаррас ба қайд гирифта шуд ва муқараргаштани ҳоб дар ғуруҳи якум дар беморон 92,5% ва дар ғуруҳи дуюм дар беморон 62% беҳбудӣ дида шуд. Инчунин натиҷаҳои тақририи тадқиқоти иловагӣ ЭЭГ дар ғуруҳи якум зиёдшавии индекси А- (алфа) ритм аз 45 % ба 85% расид ва дар ғуруҳи дуюм аз 45% ба 70% ба қайд гирифта шуд. Аз натиҷаҳои MFI-20 ва HADS вобаста ба ғуруҳҳо Астенияи физикӣ вобаста ба ғуруҳҳо пас аз 3 ҳафтаи табобат, ки пеш аз табобат адади миёна ба 16.6 баробар буд, ки дар ғуруҳи якум ба 8.0 ва дар ғуруҳи дуюм ба 11.6 баробар шуд.

Хулоса. Аз натиҷаҳои ғуруҳи якум бармеояд, ки табобати мукамал боиси бартараф гаштани дисфунксияи вегетативӣ, дарди сари психогенӣ ва муқараргардии алфа - ритми мағзи сар мегардад ва оқибатҳои бади беморӣ ба монанди суитсит ва дигар аломатҳое, ки дар беморон пайдо мегардад, пешгирӣ карда шаванд.

Азизова Х.Э., Эргашов Х.Ю.

СТРУКТУРА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ОБРАЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ ПИЕЛОНЕФРИТА В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

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

Цель исследования. Определить соотношение стационарных и амбулаторных записей о пиелонефрите в Центральной районной больнице Дангаринского района за 2025 год.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный описательный анализ журналов приёма и историй болезни стационарных больных. Единицей анализа служила зарегистрированная запись с диагнозом пиелонефрита. Для характеристики структуры помощи записи распределили по стационарному и амбулаторному звеньям. Доли рассчитали от общего числа 147 записей. Диагноз рассматривался как учётная категория, зафиксированная при оказании помощи; повторную клиническую верификацию в рамках данного анализа не проводили.

Результаты исследования. На стационарное звено приходилось 97 записей (66,0%), на амбулаторное - 50 (34,0%). Таким образом, число стационарных записей превышало амбулаторное на 47, а их соотношение составило 1,94:1. Результат показывает распределение зарегистрированной нагрузки между двумя звеньями одного учреждения. Он не означает, что госпитализации потребовались 66,0% всех заболевших жителей района: обследование охватывает медицинскую документацию больницы, а не население. Одному человеку могут соответствовать обращения в разные звенья, поэтому подсчёт записей не следует приравнивать к числу уникальных пациентов. Преобладание стационарной документации также само по себе не объясняет тяжесть заболевания, причины направления или качество амбулаторного лечения.

Выводы. В учётном массиве за 2025 год преобладали стационарные записи о пиелонефрите: 97 из 147. Полученные данные пригодны для описания структуры зарегистрированной помощи. Для анализа маршрута конкретного пациента необходима связь его амбулаторных и стационарных обращений в единой системе учёта.

Акбарова Н.А., Исаева П.Н., Ёдгорова М.Ч.

ТАҲЛИЛИ СОҲТОРИ БЕМОРИҲОИ ЧАШМ ДАР САТҲИ КАТС

МД Маркази сломатии шахрии №15-и ш.Душанбе Кафедраи тибби оилавии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сохтори бемориҳои чашм дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббиро санитарӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили сохтори бемориҳои чашм дар таҷрибаи табиби оилавӣ ва инчунин маълумотҳои оморӣ ва ҳуҷраи кории табибони офталмолог, ки дар МД МСШ №15-ш.Душанбе кор ва фаъолият мекарданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Ҳамагӣ -9233 нафар беморон муоина карда шуданд, ки калонсолон 3283 (35.6%) ва кӯдакон 5950 (64.4%)-ро ташкил доданд. Аз он ҷумла хонандагони мактабҳои тахсилоти умумии миёна 4108 нафар - 45%-ро ташкил доданд. Бо беморӣ 685 нафар ошкор карда шуд, ки калонсолон 276 (40.3%), 409 (59.71%) кӯдак ташкил доданд.

Дар байни муоинашудагон бемории рефраксия 239-34.9%, ки аз онҳо 53 (22.2%)-ро калонсолон ва 186 (77.8%) ба кӯдакон рост омад. Ангипатияи диабетикӣ-132 (19.3%)-и бемориҳои чашмро ташкил дода, ангиоретинопатияи

диабетикӣ бошад дар 43 ҳолат мушоҳида гашт, ки ба 6.3 % баробар буд. Бемории шабакия ва асаби босира дар 29 беморон ба қайд гирифта шуда, 4.2%-ро ташкил дод, ки аз онҳо 19 (2.8%) ва 10 (1.5%) нафар кӯдакон ташкил доданд, Нуксонӣ модарзодӣ дар 28 ҳолат ба назар расида, 13 нафар калонсолон (0.2%) ва кӯдакон 15 нафарро дар бар гирифт, ки ба 2.2% баробар шуд. Бемории оби марворид-20 (3%) ҳолат мушоҳида гардида, 16 (2.34%) ва кӯдакон 4 (0.6%) ба қайд гирифта шуд. Олуси чашм дар 15-2.9% ҳолат ба қайд гирифта шуд, кикалонсолон 4 (0.6%) ва кӯдакон 11 (1.6%)-ро ташкил доданд. Бемории булӯрак ва мултаҳима дар ҳашт нафар (1.17%) ошкор шуд, ки 5 (0.73%) нафар калонсолон ва 3 (0.44%) кӯдакон ба онҳо гирифтор буданд, Садама ва сӯхтор 7 (1.02%) ҳодиса ба қайд гирифта шуд, ки 2 (0.3%) нафарашонро кӯдакон ташкил доданд., Бемории қарния 6 ҳодиса ба қайд гирифта шуд, ки 0.9%-ро ташкил меод. Маъҷубон бошад аз бемориҳои чашм 610 нафарро ташкил доданд, ки ба 8.9% баробар мебошад. Дар соли ҳисоботӣ 90 бемории нав ошкор гардида, 57 нафарашон ба қайди назорати диспансерӣ гирифта шуд.

Хулоса. Таҳлили омории нимсолаи ҳисоботии бемориҳои чашм нишон дод, ки бештар кӯдакон барои машварат бо ангиопатияи рағҳои чашм, наздикбинӣ ва олусии чашм ва калонсолон бошанд бо ангиопатияи диабетикӣ ва дурбинию бемории оби марворид ба табиби офталмолог муроҷиат менамоянд. Бемориҳои дигари чашм ба монанди булӯрак, мултаҳима ва ғайра камтар мушоҳида мегарданд.

Алиева Е.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕИНСУЛЬТНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кафедра физиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность программ лечебной физкультуры в восстановлении двигательной активности и функциональной независимости пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 25 пациентов (14 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 50 до 68 лет, перенёсших ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии. Пациенты были разделены на две группы: контрольная (базовая медикаментозная терапия + стандартная физиотерапия) и основная (дополнительно индивидуальная программа ЛФК).

В качестве ориентировочных исходных показателей до начала реабилитационного курса можно отметить, что средний уровень функциональной независимости по индексу Бартела составлял около 50–60 баллов, что соответствовало умеренной зависимости от посторонней помощи при выполнении ряда повседневных действий. Средние показатели индекса мобильности Ривермид находились примерно в диапазоне 7–9 баллов. При выполнении 10-метрового теста ходьбы пациенты основной группы в среднем затрачивали около 25–30 секунд, при этом у некоторых больных требовалась дополнительная опора или наблюдение медицинского персонала. Полученные исходные показатели свидетельствовали о наличии выраженного ограничения двигательной активности и снижении функциональной самостоятельности.

Курс ЛФК длился 4 недели, занятия проводились 5 раз в неделю по 40–60 минут.

Программа включала: пассивные и активные упражнения для паретичных конечностей; тренировки равновесия и вертикализации (с опорой на платформу БОС); элементы механотерапии (эргометр, степ-платформа); дыхательную гимнастику и упражнения на координацию. Состояние оценивалось по шкале Бартел (индекс Бартела), индексу мобильности Ривермид и тесту «10-метровая ходьба». Дополнительно оценивались способность к самостоятельной вертикализации, устойчивость при стоянии и субъективная уверенность пациентов во время ходьбы.

Результаты исследования. У пациентов основной группы отмечено достоверное улучшение функциональных показателей: средний балл по шкале Бартел увеличился с 55 ± 7 до 85 ± 5 ($p < 0,01$), время прохождения 10-метрового теста сократилось на 23 %, улучшились показатели равновесия и устойчивости при вертикализации. Через месяц после завершения курса большинство участников сообщили о повышении уверенности при самостоятельной ходьбе и уменьшении страха падения. На фоне регулярных занятий улучшились показатели равновесия и устойчивости при вертикализации. Пациенты стали лучше контролировать положение туловища, увереннее выполнять повороты и перенос веса тела с одной конечности на другую. Через месяц после завершения курса большинство участников основной группы отмечали повышение уверенности при самостоятельной ходьбе и уменьшение страха падения.

Выводы. Систематическое применение ЛФК способствует ускорению восстановления двигательных функций, улучшает поструральный контроль и повышает уровень самостоятельности пациентов после инсульта. Индивидуализированные комплексы упражнений, адаптированные под стадию восстановления и неврологический дефицит, следует включать в стандартные программы реабилитации больных с постинсультными нарушениями.

Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2b В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить клиническую и дерматоскопическую эффективность включения рекомбинантного интерферона альфа-2b (Виферон) в комплексную терапию псориаза у детей с герпесвирусной инфекцией.

Материал и методы. В сравнительный лечебный этап включены 65 детей с псориазом и серологическими маркерами ГВИ. Основную группу составили 33 ребёнка, получавших стандартную комплексную терапию с включением рекомбинантного интерферона альфа-2b (Виферон) в ректальных суппозиториях по 10-дневной схеме: первые 5 дней — 1 000 000 МЕ утром и 500 000 МЕ вечером с интервалом 12 часов, последующие 5 дней — по 500 000 МЕ 2 раза в сутки. В группу сравнения вошли 32 ребёнка, получавших аналогичную стандартную терапию без интерферона альфа-

2b. Эффективность лечения оценивали по динамике PASI, PSSI и дерматоскопических показателей на 7-е и 14-е сутки; отдалённые результаты прослеживали в течение 12 месяцев. Исходные значения PASI и PSSI в группах статистически значимо не различались.

Результаты исследования. В обеих группах на фоне лечения отмечалось улучшение клинической картины, однако к 14-м суткам положительная динамика была более выраженной при включении интерферона альфа-2b. Медиана PASI в основной группе снизилась с 13,0 [8,0–24,0] до 2,9 [2,1–5,4], тогда как в группе сравнения — с 12,5 [8,0–23,0] до 6,1 [3,4–7,4]; различия между группами на 14-е сутки были статистически значимыми ($p=0,002$). Относительное снижение PASI составило соответственно 72,0% против 50,5% ($p<0,001$). Положительная динамика установлена и при поражении волосистой части головы. К 14-м суткам медиана PSSI составила 5 [3–9] баллов в основной группе и 6 [5–11] баллов в группе сравнения. Хотя различие абсолютных значений PSSI не достигало статистической значимости ($p=0,174$), относительное снижение индекса было достоверно более выраженным при применении интерферона альфа-2b — 64,3% против 50,0% ($p<0,001$).

Дерматоскопическое исследование также подтвердило более благоприятную раннюю динамику в основной группе. Через 14 суток доля детей с лёгкой степенью дерматоскопической активности увеличилась до 57,6% против 37,5% в группе сравнения. При этом тяжёлая дерматоскопическая активность в основной группе не выявлялась (0%), тогда как среди детей, получавших стандартную терапию без интерферона альфа-2b, она сохранялась у 15,6% пациентов. Межгрупповые различия были статистически значимыми ($p=0,037$). При наблюдении в течение 12 месяцев рецидивы зарегистрированы у 10 из 33 (30,3%) детей основной группы и у 14 из 32 (43,8%) пациентов группы сравнения. Соответственно, без рецидивов оставались 69,7% и 56,3% детей. Однако различие общей частоты рецидивов между группами не достигло статистической значимости ($p=0,310$), поэтому полученные данные позволяют говорить лишь о тенденции к более благоприятному отдалённому течению, но не о доказанном противорецидивном эффекте интерферона альфа-2b.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о потенциальной целесообразности дифференцированного включения интерферона альфа-2b в комплексную терапию данной категории пациентов; вместе с тем его влияние на частоту рецидивов требует дальнейшего подтверждения в контролируемых исследованиях.

Али-заде Ш.Б.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГИПОВИТАМИНОЗА D И ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИЗКИМ ВИТАМИН D-СТАТУСОМ У ШКОЛЬНИКОВ ДУШАНБЕ.

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Определить распространённость дефицита и недостаточности витамина D у школьников Душанбе и выявить факторы, ассоциированные с уровнем 25(OH)D ниже 30 нг/мл.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное исследование 240 школьников в возрасте 7–18 лет, обучавшихся в выбранных общеобразовательных учреждениях Душанбе. Определяли сывороточный уровень 25(OH)D, антропометрические показатели, включая ИМТ z, сезон обследования, продолжительность пребывания на открытом воздухе и приём препаратов витамина D. Для оценки независимых факторов низкого витамин D-статуса использовали модифицированную регрессию Пуассона.

Результаты исследования. Недостаточная обеспеченность витамином D сохраняется у детей и подростков даже в регионах с высокой солнечной инсоляцией. Для Душанбе сочетание сезонных, поведенческих и антропометрических факторов может определять фактический уровень 25-гидроксивитамина D [25(OH)D]. Региональные данные о витамине D-статусе школьников ограничены.

Средняя концентрация 25(OH)D составила 23,2 нг/мл (95% ДИ 22,4–24,0), медиана - 23,3 [18,8; 27,5] нг/мл. Дефицит 25(OH)D (<20 нг/мл) выявлен у 75 детей - 31,2% (95% ДИ 25,7–37,4%), недостаточность (20,0–29,9 нг/мл) - у 52,1% (95% ДИ 45,8–58,3%), достаточный уровень (≥ 30 нг/мл) - у 16,7% (95% ДИ 12,5–21,9%). Таким образом, концентрация 25(OH)D ниже 30 нг/мл отмечалась у 83,3% обследованных.

В скорректированной модели увеличение ИМТ z на 1 SD ассоциировалось с большей распространённостью уровня 25(OH)D <30 нг/мл (ОП 1,08; 95% ДИ 1,02–1,14; $p=0,007$). Каждый дополнительный час пребывания на открытом воздухе ассоциировался со снижением распространённости низкого статуса (ОП 0,89; 95% ДИ 0,80–1,00; $p=0,046$). Приём витамина D также имел защитную ассоциацию (ОП 0,70; 95% ДИ 0,52–0,93; $p=0,013$). Зимний сезон был связан с большей распространённостью низкого статуса по сравнению с весной/осенью (ОП 1,12; 95% ДИ 1,01–1,24; $p=0,030$), тогда как летом распространённость была ниже (ОП 0,84; 95% ДИ 0,71–0,99; $p=0,037$). Возраст, пол и прокси низкого дохода в данной модели статистически убедительных ассоциаций не продемонстрировали.

Выводы. Среди обследованных школьников Душанбе отмечена высокая частота низкого витамин D-статуса: более половины детей имели недостаточность, а около трети - дефицит 25(OH)D. Низкий статус ассоциировался с более высоким ИМТ z и зимним сезоном, тогда как большее пребывание на открытом воздухе и приём витамина D имели защитные ассоциации. Полученные данные поддерживают риск-ориентированный подход к выявлению школьников с вероятным гиповитаминозом D, однако не позволяют экстраполировать полученные показатели на всех детей Таджикистана.

Али-заде Ш.Б., Мамаджанова Г.С.

РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ШКОЛЬНИКОВ С УЧЁТОМ ИСХОДНОГО УРОВНЯ 25(OH)D

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Разработка воспроизводимую программу дифференцированной коррекции гиповитаминоза D у школьников с учётом исходного уровня 25(OH)D, возраста, ИМТ, сезона и приверженности.

Материалы и методы. В проспективный этап включены 184 школьника с исходным уровнем 25(OH)D <30 нг/мл, распределённые в стандартную и дифференцированную группы по 92 ребёнка. Стандартная программа предусматривала назначение 2000 МЕ колекальциферола в сутки в течение 12 недель с последующим переходом на профилактический режим. Дифференцированная программа основывалась на исходном уровне 25(OH)D и возрасте с дополнительным учётом ИМТ и факторов, потенциально влияющих на ответ.

При уровне 25(OH)D 20,0–29,9 нг/мл назначали 2000 МЕ/сут. При дефиците <20 нг/мл детям 7–8 лет назначали 3000 МЕ/сут, детям 9–18 лет – 4000 МЕ/сут. После 12 недель решение о поддерживающем режиме принимали с учётом достигнутой концентрации 25(OH)D, сезона и ИМТ; поддерживающая доза составляла 1000–2000 МЕ/сут.

Программа также включала стандартизированный контроль приверженности, оценку сопутствующих источников витамина D и лекарственных препаратов, контроль безопасности и повторное лабораторное определение 25(OH)D через 12 недель. При недостаточном ответе предусматривалась последовательная проверка правильности назначения и регулярности приёма, дополнительных источников витамина D, ИМТ и возможных вторичных причин до решения об изменении дозы.

Результаты исследования. Универсальное назначение одной и той же дозы витамина D детям с различной степенью снижения 25(OH)D не учитывает исходный риск и потенциально различный биохимический ответ. Практически значимым является алгоритм, позволяющий выбирать начальную дозу с учётом исходной концентрации 25(OH)D и возраста, а дальнейшую тактику определять по результатам контроля.

В дифференцированной группе 57 детей с недостаточностью получали 2000 МЕ/сут, один ребёнок 7–8 лет с дефицитом – 3000 МЕ/сут, 34 школьника 9–18 лет с дефицитом – 4000 МЕ/сут. Таким образом, дозировка была непосредственно связана с исходной категорией витамин D-статуса и возрастом.

Выводы. Разработанная программа представляет собой последовательный алгоритм, в котором начальная доза определяется исходным уровнем 25(OH)D и возрастом, а продолжение коррекции — результатом лабораторного контроля, безопасностью и приверженностью. Такой подход позволяет перейти от универсального назначения к контролируемой индивидуализации коррекции гиповитаминоза D. Биохимическую эффективность программы оценивали на следующем этапе исследования.

Амонов М. К.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С РАННИМИ МАРКЕРАМИ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра гематологии, клиничко-лабораторной диагностики, нефрологии и гемодиализа, Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Оценить взаимосвязь артериальной гипертензии с ранними маркерами повреждения почек у пациентов с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 120 пациентов 30–59 лет с избыточной массой тела или ожирением: 62 — с артериальной гипертензией и 58 — без неё. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с нормальной массой тела и артериальным давлением.

Определяли индекс массы тела, окружность талии, систолическое и диастолическое артериальное давление, креатинин, цистатин С с расчётом скорости клубочковой фильтрации, альбуминурию, нефрин и КИМ-1 в моче. Проводили межгрупповое сравнение и корреляционный анализ; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с артериальной гипертензией ранние признаки почечного повреждения были выражены сильнее. Альбуминурия составляла $27,8 \pm 3,1$ мг/сут против $16,4 \pm 2,2$ мг/сут у пациентов без гипертензии и $8,6 \pm 1,3$ мг/сут в контроле ($p < 0,001$). Нефринурия достигала $148,6 \pm 9,7$ нг/мл против $104,3 \pm 8,1$ и $56,7 \pm 5,2$ нг/мл соответственно ($p < 0,001$), а КИМ-1 — $2,86 \pm 0,24$ против $1,94 \pm 0,19$ и $1,12 \pm 0,14$ нг/мл ($p < 0,001$).

Цистатин С был выше при артериальной гипертензии — $1,08 \pm 0,06$ против $0,91 \pm 0,05$ мг/л ($p < 0,05$), тогда как скорость клубочковой фильтрации была ниже — $82,6 \pm 4,8$ против $96,4 \pm 5,1$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$). Систолическое артериальное давление прямо коррелировало с нефринурией ($r = 0,58$), КИМ-1 ($r = 0,51$) и альбуминурией ($r = 0,55$), и обратно — со скоростью клубочковой фильтрации ($r = -0,43$); во всех случаях $p < 0,001$.

Выводы. Артериальная гипертензия у пациентов с избыточной массой тела ассоциируется с повышением нефринурии, КИМ-1 и альбуминурии ещё до выраженного снижения скорости клубочковой фильтрации. Комплексная оценка нефрина, КИМ-1, альбуминурии и цистатина С позволяет выявлять субклиническое повреждение почек на ранней стадии.

Амонова Р.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ: ВОЗМОЖНОСТИ ЦИФРОВОГО МОНИТОРИНГА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, «Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино». Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространённость основных факторов риска повышения артериального давления у студентов, определить их взаимосвязь с антропометрическими и функциональными показателями, а также оценить

возможности применения цифрового мониторинга для раннего выявления факторов риска и профилактики артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников по проблеме ранней АГ, а также анкетирование 50 студентов в возрасте 18-24 лет о наличии факторов риска АГ. Была измерена масса тела, рост, окружность талии и бедер, АД и пульс.

Результаты и обсуждение. По результатам анкетирования выявлено, что у 28% студентов отмечаются эпизоды повышения уровня АД до 140–145/80–90 мм рт. ст. Наиболее распространенными факторами риска явились:

- хронический психоэмоциональный стресс (72%);
- недостаточная продолжительность сна менее 6 часов (64%);
- низкая физическая активность (58%);
- избыточное потребление соли и фастфуда (60%);
- регулярное употребление кофеина и энергетических напитков (46%).

У девушек систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и пульс положительно коррелировали с массой тела, окружностью талии и бедер. Юноши, занимающиеся тяжелой атлетикой 2-3 раза в неделю, имели более высокие значения ДАД. У девушек, матери которых страдают АГ, выявлены повышенные показатели ДАД. Студенты, имеющие приступы тахикардии в покое, характеризовались более высокими значениями САД.

Полученные данные подтверждают, что большинство факторов риска носят изменяемый характер и связаны преимущественно с образом жизни студентов. В связи с этим использование цифровых приложений и носимых устройств для контроля АД, пульса, сна и физической активности может рассматриваться как перспективный инструмент регулярного мониторинга и раннего выявления неблагоприятных изменений.

Вывод. Таким образом, статистические данные свидетельствуют о росте распространенности АГ в молодежной популяции. Основными модифицируемыми факторами повышения АД являлись психоэмоциональный стресс, недостаточная продолжительность сна, особенности питания, низкая физическая активность и употребление кофеина.

Выявленные взаимосвязи антропометрических и функциональных показателей с уровнями артериального давления подтверждают необходимость раннего выявления факторов риска уже в молодом возрасте. Использование мобильных приложений и носимых устройств для регулярного контроля артериального давления, пульса, сна и физической активности может расширить возможности индивидуального мониторинга и способствовать своевременному выявлению неблагоприятных изменений и профилактике артериальной гипертензии.

Анварова Ш.С., Хасанзода Х.К., Сафарзода А.М.

ИСККУСТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

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

Цель исследования. Изучить возможности искусственного интеллекта в ранней диагностике, прогнозировании и оценке исходов диабетической периферической нейропатии.

Материал и методы. В исследовании включено 60 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и 20 пациентов с сахарным диабетом 1-го типа. Возраст обследованных: группа больных с сахарным диабетом 2-го типа от 36 до 72 лет, в группе пациентов СД1 типа от 18 до 35 лет. Длительность заболевания варьируется в обеих группах. Указанные пациенты находились на госпитализации в различные периоды наблюдения в диабетологическом отделении городского медицинского центра № 1 имени Ахмед Карима. Пациенты как в процессе диагностики диабетической полинейропатии и в последующей её патогенетической терапии наблюдались как эндокринологом-диабетологом, так и неврологом. Были изучены клиничко-демографические показатели, длительность и тип СД, показатели липидного, углеводного обмена, включая уровень гликированного гемоглобина (HbA1C%), вит В12, результаты неврологического обследования, оценка болевого синдрома и нарушение чувствительности, а также данные электронейромиографии (ЭНМГ). Для выявления диабетической периферической полинейропатии были использованы стандартизированные клинические шкалы и нейрофизиологические методы исследования. На основе этих данных были сформированы массивы признаков для моделей машинного обучения. В ходе исследования были изучены и сравнены модели, различные алгоритмы искусственного интеллекта.

Результаты исследования. В ходе исследования было показано, что применённые методы ИИ позволили выявить комбинации клинических, лабораторных и нейрофизиологических признаков, наиболее тесно связанных ранними проявлениями ДППН. Использование моделей машинного обучения может повысить эффективность раннего выявления пациентов с высоким риском развития или прогрессирования диабетической полинейропатии по сравнению с оценкой клинических показателей. Разработанная нами прогностическая модель позволила осуществить индивидуальную стратификацию пациентов по степени риска прогрессирования заболевания и развития осложнений, что может способствовать более раннему началу профилактических и лечебных мероприятий.

Выводы. Таким образом методы ИИ представляют перспективное направление для совершенствования ранней диагностики и прогнозирования течения ДППН. Комплексный анализ клинических, лабораторных и нейрофизиологических данных использованием алгоритмов машинного обучения может способствовать более точному выявлению пациентов групп высокого риска. Применение прогностических моделей ИИ в клинической практике потенциально позволит персонализировать наблюдение за пациентами с СД 1 и 2 типа, своевременно выявлять прогрессирование ДППН и предупреждать развитие тяжёлых неврологических осложнений в частности «синдрома диабетической

стопы» и является большим подспорьем в практике врача.

Анварова Ш.С., Музафарова М.Э., Рахимова М.С.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ОСТЕОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

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

Цель исследования. Проанализировать современные представления о патогенезе диабетической остеопатии при сахарном диабете 2 типа (СД2), оценить современные подходы к диагностике нарушений костной ткани и определить перспективные направления применения технологий искусственного интеллекта для раннего выявления пациентов с высоким риском остеопенического синдрома и переломов.

Материалы и методы. Проведён анализ современных отечественных и зарубежных научных публикаций, посвящённых нарушениям костного метаболизма при СД2, факторам риска снижения прочности костной ткани, диагностическим методам и возможностям применения методов машинного обучения. Рассмотрены данные о влиянии хронической гипергликемии, инсулинорезистентности, конечных продуктов гликирования (AGEs), оксидативного стресса, хронического воспаления, дефицита витамина D и гормональных нарушений на костное ремоделирование. Проанализированы возможности использования денситометрии и лабораторных показателей костного обмена для комплексной оценки костного риска.

Результаты исследования. Анализ литературы показал, что поражение костной ткани при СД2 имеет многофакторный характер и связано не только со снижением минеральной плотности костной ткани (МПК), но и с нарушением её качества и механических свойств. Хроническая гипергликемия способствует накоплению AGEs, изменению структуры коллагена и снижению прочности костного матрикса. Нарушение активности остеобластов и остеокластов сопровождается изменением процессов костного ремоделирования и накоплением микроповреждений. Дополнительное значение имеют дефицит витамина D, хроническое воспаление, оксидативный стресс и гормональные нарушения, в том числе снижение уровня тестостерона у мужчин с СД2.

Выводы. Диабетическая остеопатия при СД2 представляет собой многофакторное состояние, характеризующееся нарушением не только минеральной плотности, но и качества костной ткани. Для раннего выявления пациентов высокого риска целесообразно использовать комплексную оценку клинических, метаболических, гормональных и инструментальных показателей. Технологии искусственного интеллекта и машинного обучения являются перспективным инструментом для создания персонализированных моделей прогнозирования остеопенического синдрома и риска переломов при СД2. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и валидацию таких моделей на клинических выборках пациентов.

Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Давлатмирова Г.Ш.

ОСТРЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Описать клинические и МРТ-признаки острого диссеминированного энцефаломиелита (ОДЭМ).

Материал и методы. Проанализирован клинический случай пациентки 24 лет. Через две недели после респираторной инфекции остро возникли слабость, шаткость походки, онемение правых конечностей, диплопия и сонливость; симптомы нарастали несколько суток. При осмотре отмечены умеренное снижение уровня бодрствования, нистагм, правосторонний центральный парез до 4 баллов с симптомом Бабинского, интенционный тремор и атаксия. Проведены исследования крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), МРТ головного мозга с контрастированием; рассмотрены РС, нейроинфекция и другие воспалительные демиелинизирующие заболевания.

Результаты исследования. На МРТ в режимах T2 и FLAIR выявлены множественные двусторонние асимметричные очаги с нечёткими границами в субкортикальном и глубоком белом веществе, а также в таламусе и стволе мозга. В ЦСЖ обнаружены умеренное повышение белка и небольшой лимфоцитарный плеоцитоз; данных за активную нейроинфекцию не получено. Острый полифокальный дебют с энцефалопатией после инфекции и характер очагов позволили предположить ОДЭМ. После пульс-терапии метилпреднизолоном неврологическая симптоматика значительно регрессировала. В течение трёх месяцев новых клинических эпизодов не зарегистрировано.

Выводы. При первом эпизоде демиелинизации ОДЭМ трудно отличить от РС. В представленном случае в пользу ОДЭМ говорили энцефалопатия, полифокальное начало после инфекции и очаги с нечёткими границами и вовлечением глубокого серого вещества. Клинические данные и МРТ следует оценивать совместно с динамикой заболевания; трёхмесячное отсутствие рецидивов само по себе не подтверждает окончательно монофазное течение.

Асилова Н.Г., Ганиева М.Т. Фирузи И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость нейрофизиологических и нейровизуализационных маркеров расстройств аутистического спектра (РАС).

Материал и методы. В исследование включены 142 ребёнка с РАС (71% мальчиков; средний возраст $4,2 \pm 1,3$

года) и 118 детей контрольной группы. Диагноз подтверждали с помощью ADOS-2 и ADI-R. Проводили ЭЭГ-видеомониторинг (не менее 4 ч), МРТ-трактографию, функциональную МРТ в состоянии покоя (3 Тл) и молекулярно-генетический анализ. Диагностическую точность оценивали методом ROC-анализа; порог значимости — $p < 0,01$.

Результаты исследования. При РАС спектральная мощность дельта- и тета-ритмов в лобно-височных областях была выше ($4,8 \pm 0,6$ против $2,9 \pm 0,4$ мкВ²), а межполушарная когерентность альфа-ритма — ниже ($0,52 \pm 0,08$ против $0,71 \pm 0,07$; $p < 0,001$ для обоих показателей). Фракционная анизотропия верхнего продольного пучка и мозолистого тела была ниже ($0,38 \pm 0,05$ против $0,47 \pm 0,04$; $p < 0,001$). Функциональная МРТ выявила локальную лобную гиперконнективность и снижение связности между лобными и теменно-височными отделами сети пассивного режима (Z-показатель $0,61 \pm 0,15$ против $1,18 \pm 0,19$; $p < 0,001$). Клинически значимые генетические варианты выявлены у 24,6% детей с РАС и 2,5% детей контроля ($p < 0,001$); чаще затрагивались CHD8 и SHANK3. Модель на основе ЭЭГ-когерентности, фракционной анизотропии и функциональной связности у детей 2–4 лет достигла AUC 0,89 (95% ДИ 0,84–0,93), чувствительности 86% и специфичности 81%.

Выводы. Совместная оценка ЭЭГ- и МРТ-маркеров может дополнить поведенческую диагностику РАС и помочь ранней стратификации риска. Выявленные различия согласуются с нарушением развития и интеграции нейронных сетей, в том числе при генетической дисрегуляции синаптических процессов.

Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Рахмонов Р.Р.

КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ

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

Цель исследования. Изучить когнитивные нарушения при боковом амиотрофическом склерозе.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Когнитивное функционирование оценивали с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Тестирование проведено у 41 пациента; у 9 пациентов его выполнение было невозможно вследствие выраженных бульбарных нарушений и нарушений тонкой моторики верхних конечностей. Когнитивные нарушения определяли при значении MoCA менее 26 баллов. Дополнительно оценивали наличие когнитивных и поведенческих нарушений, соответствующих спектру БАС-ЛВД.

Результаты исследования. Средний показатель MoCA у обследованных пациентов составил $23,0 \pm 7,4$ балла, медиана — 26 баллов. Когнитивные нарушения выявлены у 20 (48,8%) пациентов, тогда как нормальные показатели когнитивного функционирования отмечены у 21 (51,2%) обследованного. У 2 пациентов выявлены когнитивные и поведенческие нарушения, соответствующие диагностическим критериям лобно-височной деменции в рамках спектра БАС-ЛВД.

При сравнительном анализе установлено, что пациенты с бульбарным дебютом имели более низкие показатели MoCA по сравнению с пациентами со спинальным дебютом: $18,0 \pm 9,3$ и $24,0 \pm 6,6$ балла соответственно ($p=0,007$). Когнитивные нарушения при бульбарном дебюте выявлены у 7 (100,0%) пациентов, тогда как при спинальном дебюте — у 13 (38,2%) из 34 обследованных ($p=0,003$).

Выводы. Когнитивные нарушения выявлены у 48,8% обследованных пациентов с БАС. Более выраженное когнитивное снижение и высокая частота нарушений отмечены при бульбарном дебюте заболевания. Полученные данные подтверждают необходимость оценки когнитивного статуса при комплексном обследовании пациентов с БАС.

Ахмадеева Л.Р., Туйгунов М.М., Валитова Э.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА НЕВРОЛОГОМ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ОСИ «МИКРОБИОТА–ГОЛОВНОЙ МОЗГ» ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кафедра неврологии ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России». Россия.

Цель исследования. Систематизировать современные данные о кишечной микробиоте, микробиотазависимых метаболитах, мультиомных показателях и применении искусственного интеллекта (ИИ) при болезни Альцгеймера (БА), легком когнитивном нарушении, субъективном когнитивном снижении и доклинической БА, оценить возможности ИИ для интеграции этих данных в неврологических исследованиях.

Материал и методы. Проведен нарративный анализ оригинальных клинических исследований и обзорных публикаций, найденных в PubMed по ключевым терминам, связанным с БА, когнитивным снижением, кишечной микробиотой, метагеномикой, микробиотазависимыми метаболитами, метаболомикой, мультиомикой и ИИ. В качественный синтез включены 22 научные работы. Данные систематизировали по характеристикам микробиоты, метаболическим маркерам, мультиомным взаимодействиям и применению машинного обучения.

Результаты исследования. Изменения кишечной микробиоты ассоциированы с биологическим контекстом БА, однако универсальная таксономическая сигнатура не установлена. В анализе 2026 г., включившем 1700 участников из 15 наборов данных, среди наиболее информативных кандидатов были *Faecalibacterium*, *Bacteroides* и *Escherichia/Shigella*, при этом их значимость различалась между популяциями. Среди потенциальных метаболических маркеров изучаются TMAO, SCFA и производные триптофана. В исследовании раннего когнитивного снижения мультимаркерная модель на основе шести метаболитов продемонстрировала AUC 0,79. В крупном микробиомном исследовании 2026 г. модель Random Forest достигла AUC 0,773. Мультиомные исследования свидетельствуют о возможности интеграции метагеномных, метаболомных, протеомных, генетических и клинических данных. В исследовании пациентов с БА машинное обучение при совместном анализе кишечного и слюнного метагенома, плазменных протеомных и метаболомных характеристик позволило выявить признаки, ассоциированные с тяжестью когнитивных

нарушений. При этом высокая размерность данных создает риск переобучения, а различия популяций, питания, лекарственной экспозиции и лабораторных протоколов ограничивают переносимость моделей. Внутренняя AUC без независимой внешней валидации недостаточна для оценки клинической применимости.

Выводы. ИИ является перспективным инструментом невролога для анализа многомерных данных оси «микробиота-кишечник-мозг», выявления комплексных микробно-метаболических сигнатур и прогнозирования когнитивной динамики. Наиболее перспективен переход от поиска отдельных таксонов к интеграции функциональных микробиомных и метаболических признаков с валидированными биомаркерами БА, генетическими и клиническими характеристиками. Микробиомные показатели следует рассматривать как дополнительный исследовательский слой стратификации риска, а для подтверждения клинической ценности ИИ-моделей необходимы продольные мультимодальные исследования и независимая внешняя валидация.

Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Мамадаминов О.Н.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить особенности изменений клеточного, гуморального иммунитета, неспецифических факторов защиты и цитокинового профиля у пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым псориазом.

Материал и методы. Обследованы 38 пациентов в возрасте от 18 до 54 лет со среднетяжёлой и тяжёлой формами псориаза продолжительностью заболевания не менее одного года. В зависимости от тяжести кожного процесса пациенты были распределены на две группы: 20 больных с PASI 10–20 баллов ($35,6 \pm 6,8$) и 18 – с PASI более 20 баллов ($37,9 \pm 8,1$). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Проводилось комплексное исследование показателей клеточного и гуморального иммунитета, неспецифической резистентности и уровня провоспалительных (ФНО- α , ИЛ-6) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов.

Результаты исследования. У больных псориазом выявлены выраженные нарушения иммунного гомеостаза по сравнению со здоровыми лицами. Клеточное звено характеризовалось снижением содержания CD3-, CD4- и CD8-лимфоцитов ($p < 0,05$ – $0,01$), что свидетельствовало о снижении функциональной активности Т-клеточного иммунитета. Одновременно отмечалась активация гуморального звена: концентрации IgA увеличивались в 1,6 раза, IgM и IgG – в 1,5 раза, а уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) – в 1,5 раза по сравнению с контролем.

Неспецифическая противоинфекционная защита также была снижена: показатели фагоцитарной активности лейкоцитов (ФАЛ) и фагоцитарного числа (ФЧ) у значительной части пациентов имели более низкие значения. Существенные изменения выявлены в цитокиновом профиле: содержание ФНО- α повышалось в 1,6 раза ($p < 0,001$), ИЛ-6 – в 1,9 раза ($p < 0,001$), тогда как уровень противовоспалительного ИЛ-10 снижался в 1,4 раза ($p < 0,01$).

Степень иммунологических нарушений зависела от клинической стадии заболевания. При прогрессирующей стадии отмечались наиболее выраженные изменения: снижение CD3-, CD4- и CD8-лимфоцитов, ФАЛ и ФЧ, повышение IgA, IgM, IgG и ЦИК, а также выраженная активация провоспалительных цитокинов. Уровень ФНО- α превышал контрольные значения в 1,7 раза, ИЛ-6 – в 2,1 раза, при одновременном снижении ИЛ-10 ($p < 0,001$). При стационарной стадии изменения были менее выраженными, однако сохранялись признаки угнетения клеточного иммунитета, повышения активности гуморального звена и дисбаланса цитокинов.

Вывод. У пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым псориазом выявляется комплексный иммунологический дисбаланс, характеризующийся снижением активности клеточного иммунитета, усилением гуморального ответа, ослаблением неспецифической защиты и выраженным провоспалительным цитокиновым сдвигом. Наиболее значимые нарушения регистрируются при прогрессирующей стадии заболевания, что подтверждает связь выраженности иммунологических изменений с активностью псориатического процесса.

Ахроров М.М.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ КАК ОСНОВА ВЫБОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Кафедра ФПДО медицинская радиология. Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность ультразвуковой эластографии сдвиговой волны (ЭСВ) в раннем выявлении фиброза печени у пациентов с метаболическим синдромом и обосновать ее роль в оптимизации персональной терапевтической тактики.

Материалы и методы. В обследование включено 120 пациентов с МС в возрасте от 18 до 70 лет. Всем участникам проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, расчет индекса массы тела (ИМТ) и биохимических маркеров (AST, ALT, липидный профиль). Жесткость печени оценивалась методом точечной эластографии сдвиговой волны (pSWE) на аппарате экспертного класса. Степень фиброза классифицировалась по шкале METAVIR.

Результаты исследования. У 62% обследованных пациентов с МС, несмотря на нормальные показатели печеночных ферментов, были выявлены признаки фиброза стадии F₁ и F₂. Установлена прямая корреляционная связь между жесткостью печени и окружностью талии ($r = 0,58$; $p < 0,05$), а также уровнем триглицеридов.

- Средние показатели жесткости для стадии F₀ составили $4,8 \pm 0,5$ кПа;
- Для стадии F₁ — $5,9 \pm 0,7$ кПа;
- Для стадии F₂ — $7,4 \pm 0,9$ кПа.

Метод Эсв продемонстрировал высокую чувствительность (88%) и специфичность (84%) в дифференциации начальных стадий фиброза по сравнению с обычным УЗИ в В-режиме.

Выводы. Ультразвуковая эластография является эффективным неинвазивным инструментом скрининга фиброза печени у групп риска. Высокая диагностическая точность метода позволяет рекомендовать его включение в обязательный протокол обследования пациентов с метаболическим синдромом для своевременной коррекции терапии и предупреждения необратимых изменений паренхимы печени.

Ашурова С.П., Исаева Т.Н., Фарангиси Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАБЕПРАЗОЛА (ПРАЗОЛАН) У БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРИТОМ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Медицинский центр исполнительного аппарата Президента РТ

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность рабепразола у больных с эрозивным гастритом в условиях амбулаторно-поликлинической службы.

Материалы и методы. Под наблюдением находились около 25 пациентов из них 19 человек женщины, остальные 6 мужчин с диагностированным эрозивным гастритом, получавшие терапию рабепразолом в амбулаторных условиях за последние четыре месяца. В возрасте от 18-25 лет, из них 20 пациентам было проведено ФиброГастроДуоденоскопия (ФГДС), всем пациентам также были проведены лабораторные обследования: общий анализ крови, биохимия крови: сахар, амилаза, липаза, СРБ, холестерин. Оценивали выраженность основных клинических симптомов заболевания с диспепсическими жалобами: боль в эпигастрии, изжога, тошнота, отрыжка после еды. Всем пациентам оценивали динамику клинических симптомов на фоне лечения, а также результаты эндоскопического исследования до и после терапии. Эффективность лечения оценивали по уменьшению выраженности симптомов и заживлению эрозивных дефектов слизистой оболочки желудка через 4 недели лечения после исследования.

Результаты исследования. На фоне терапии рабепразолом отмечалась положительная динамика клинических проявлений заболевания: уменьшались болевой и диспепсический синдромы, снижалась выраженность изжоги и дискомфорта в эпигастриальной области. При контрольном эндоскопическом исследовании отмечалась тенденция к уменьшению количества и размеров эрозивных дефектов слизистой оболочки желудка, отмечалось резкое снижение выделения соляной кислоты, также за счёт активации регенерации потребность в употреблении обезболивающих препаратов снижалась.

Выводы. Рабепразол может быть эффективным препаратом для лечения больных с эрозивным гастритом на амбулаторно-поликлиническом этапе. Его применение способствует уменьшению симптомов диспепсии и снижает развития осложнений со стороны слизистой желудка.

Бабаходжаева З.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

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

Цель исследования. Сравнить возможность достижения контроля бронхиальной астмы средней тяжести в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. Проведено сравнение контроля бронхиальной астмы у 3 групп пациентов (по 25 человек) со средне-тяжелой бронхиальной астмой без сопутствующих заболеваний и при наличии ХСН ишемической этиологии и сахарного диабета 2 типа. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и объему базисной терапии. Тяжесть сопутствующей патологии была равнозначна. Уровень контроля оценивался по опроснику. Исследование проводилось в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Все пациенты имели бронхиальную астму средней тяжести аллергического генеза со средним стажем заболевания 7,8 лет. Все пациенты получали базисную терапию фиксированной комбинацией ИГКС /ДДБА (формотерол/будесонид 4,5/160 мкг 2 дозы/сутки). В группе без сопутствующих заболеваний у 15 сохранялся полный контроль, у 10 – частичный контроль. В группе с сахарным диабетом: полный контроль у 10 пациентов, 15 –частичный контроль. В группе пациентов с компенсированной ХСН: полный контроль – 5 человек, частичный контроль – 12 человек, 8 – отсутствие контроля. Наиболее значимыми симптомами были одышка и ночные эпизоды удушья. Пациенты получали адекватную стадии и функциональному классу ХСН.

Выводы. ХСН является наиболее значимым сопутствующим состоянием, влияющим на достижение контроля бронхиальной астмы. Влияние сахарного диабета значительно менее значимо. При ведении бронхиальной астмы и сопутствующих заболеваний требуется одновременная коррекция всех заболеваний.

Бабаходжаева З.Б.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

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

Цель исследования. Проанализировать особенности пациентов с ИМ, часто употребляющих проатерогенные продукты в месячном рационе.

Материал и методы. В исследование включен 81 пациент с ИМ, которые находились на стационарном лечении в ГМЦ №2. Средний возраст 58,8±9,6 лет. 59 (72,8%) больных были мужского пола, 22 (27,2%) – женского. Сбор

информации осуществлялся на 3–5-е сутки госпитализации посредством анализа медицинской документации (клинико-анамнестические особенности, результаты электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭХО-КГ), лабораторных исследований, оценка медикаментозной терапии и хирургической интервенции), а также анкетирования по опроснику о количественной оценке частоты употребления различных продуктов питания за предшествующий месяц. При интерпретации анкетных данных схожие продукты синтезировали в группы (нежирная и жирная молочная продукция, свежие овощи и фрукты, сезонные овощи и фрукты, приготовленные овощи, супы, рыба, диетическое и жирное мясо, сладости, сложные углеводы) с выделением градаций часто употребляемых за месяц, употребляемых редко/никогда и иногда. Пациентам также определена частота присутствия в рационе потенциально проатерогенных продуктов питания – молочной продукции и мяса с высоким содержанием насыщенных жиров, на основании которой выделены группы больных: часто употребляющие проатерогенные продукты ($n=36$) и употребляющие проатерогенные продукты редко/никогда и иногда ($n=45$). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Далее выполнено статистическое сравнение особенностей групп.

Результаты исследования. Установлено, что для пациентов с ИМ, часто употребляющих в рационе за предшествующий месяц проатерогенные продукты питания, характерным было частое наличие в анамнезе у 75% дислипидемии ($p=0,045$) и у 41,7% перенесенного COVID-19 ($p=0,018$), лабораторно при поступлении более высоких уровней (в ммоль/л) глюкозы 7,2 (5,8–9,4) ($p=0,003$), натрия 141 (139–144) ($p=0,049$), общего холестерина 5,3 (3,8–5,6) ($p=0,022$), липопротеинов низкой плотности 3,2 (2,5–3,9). В стационаре таким больным чаще назначали антагонисты минералокортикоидных рецепторов (83,3%; $p=0,022$), блокаторы кальциевых каналов (44,4%; $p=0,018$), пероральные сахароснижающие препараты (25%; $p=0,002$), большая доля пациентов при ИМ направлены на реабилитацию в санаторий (44,4%; $p=0,018$). Различий по другим госпитальным характеристикам ИМ, коморбидности, иным лабораторным показателям, ЭКГ и ЭХО-КГ картинам, стратегиям хирургического ведения и приему прочих препаратов в группах не зарегистрировано.

Выводы. Выделенные особенности анамнеза, лабораторной картины и ведения пациентов с ИМ, часто употребляющих проатерогенные продукты питания в месячном рационе, вероятно, объясняют совокупную реализацию неблагоприятных кардиометаболических эффектов в виде коронарной катастрофы, что делает актуальным оптимизацию пищевого поведения за счет компонентов правильного питания для достижения целевых индикаторных показателей качества лечения и улучшения прогноза.

Бадалова С.А., Бобоходжаева З.Б., Солиев М.Ф.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МОНТЕЛУКАСТОМ И ЛЕВОЦЕТИРИЗИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость комбинированной терапии монтелукастом и левоцетиризином у пациентов с бронхиальной астмой в возрасте 18–60 лет.

Материал и методы. Проведено клиническое наблюдение за 30 пациентами с бронхиальной астмой в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты получали базисную терапию в соответствии с тяжестью заболевания, дополненную комбинацией монтелукаста и левоцетиризина. Продолжительность лечения составила 1 месяц. В динамике оценивали выраженность основных симптомов бронхиальной астмы, частоту дневных и ночных проявлений, потребность в препаратах для купирования симптомов и переносимость проводимой терапии.

Результаты исследования. После месячного курса терапии у наблюдаемых пациентов отмечалась положительная динамика клинических проявлений бронхиальной астмы. Отмечалось уменьшение выраженности симптомов, улучшение общего состояния и контроля заболевания, а также снижение потребности в препаратах для купирования симптомов. Комбинированная терапия в течение месяца характеризовалась удовлетворительной переносимостью.

Выводы. У пациентов с бронхиальной астмой в возрасте 18–60 лет применение комбинации монтелукаста и левоцетиризина в составе комплексной терапии в течение 1 месяца сопровождалось положительной клинической динамикой и удовлетворительной переносимостью. Данная комбинация может рассматриваться как дополнительный терапевтический подход для улучшения контроля симптомов у отдельных пациентов.

Бадалова С.А., Бобоходжаева З.Б., Солиев М.Ф.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СЕРЕТИДОМ И КАРБОЦИСТЕИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комбинированной терапии Серетидом и карбоцистеином у пациентов с бронхиальной астмой в течение одного месяца лечения.

Материал и методы. В исследование включены 20 пациентов с бронхиальной астмой в возрасте от 18 до 60 лет. Продолжительность наблюдения составила 1 месяц. Пациентам проводилась базисная терапия препаратом Серетид в соответствии с клиническими особенностями заболевания, дополнительно назначался карбоцистеин. До начала лечения и после завершения терапии оценивали выраженность кашля, одышки, свистящего дыхания, затруднённого отхождения мокроты, частоту симптомов и потребность в препаратах для купирования приступов. Функцию внешнего дыхания оценивали методом спирометрии с определением ОФВ1.

Результаты исследования. Через 1 месяц терапии отмечалась положительная динамика основных клинических проявлений заболевания. Уменьшение выраженности кашля наблюдалось у 75% пациентов, улучшение отхождения мокроты — у 80%. Частота эпизодов одышки и свистящего дыхания снизилась примерно на 40–45% по сравнению с

исходными значениями. Отмечено снижение потребности в препаратах для купирования симптомов. По данным контрольной спирометрии наблюдалась положительная динамика ОФВ1 со средним увеличением примерно на 10–12% от исходного уровня. Переносимость комбинированной терапии в целом была удовлетворительной; нежелательных явлений, потребовавших отмены лечения, не отмечено.

Выводы. Комбинированная терапия Серетидом и карбоцистеином в течение одного месяца сопровождалась уменьшением выраженности кашля, одышки и свистящего дыхания, облегчением отхождения мокроты и улучшением показателей бронхиальной проходимости. Полученные результаты позволяют рассматривать включение карбоцистеина в комплексную терапию у пациентов с бронхиальной астмой, сопровождающейся продуктивным кашлем и затруднённым отхождением бронхиального секрета. Для подтверждения эффективности подхода необходимы дальнейшие исследования с большей выборкой и более длительным наблюдением.

Баротов И.И., Сироджиддинзода И.С.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЯВАНСКОГО РАЙОНА.

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

Цель исследования. Изучение медико-социальных аспекты деятельности амбулаторно-поликлинической службы взрослого населения Яванского района.

Материал и методы. Материалами исследования послужило отчетно-учетные документации ПМСП, демографический отчет, кадровый потенциал ПМСП, 500 человек, населения обслуживаемые терапевтами и семейными врачами ПМСП Яванского района.

Результаты исследования. Изучение заболеваемости обслуживаемого населения семейными врачами показало, что в структуре общей заболеваемости начиная с 2020 года отмечается рост по всем классам заболеваний. Общая заболеваемость выросла в 2020 году в 921,44 на 1000 населения до 1100,40 в 2025 году. Распространенность заболеваемости среди населения наблюдающихся у семейных врачей увеличилась с 101,65 в 2021 г. до 208,1 в 2025 г. на 100 обследованных. В структуре заболеваемости первое ранговое место заняла заболевания органов пищеварения 15,1%, второе место – заболевание сердечно – сосудистой системы темп прироста составил 13,3%, третье место – заболевание органов дыхания показатели темп прироста составил 10,5%.

Первичная заболеваемость взрослого населения, начиная с 2020 г. (921,44) росла, достигнув своего максимального показателя к 2025 г. (1100,40). В 2025 г. интенсивный показатель был 178,96, темп прироста по сравнению с 2020 г. составил – 19,4% ($p < 0,001$).

Структура первичной заболеваемости взрослого населения за последние шесть лет существенно не изменилась. Ведущее место занимает XIX класс болезней – «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», на которые в 2025 г. пришлось 29,53% всех первичных случаев заболеваний. Обращает на себя внимание достаточно высокий уровень первичной заболеваемости по этому классу, что говорит о социальном неблагополучии в обществе. Уровень этого показателя, начиная с 2020 г. вырос с 112,23‰ взрослого населения до 120,85‰ в 2024 г. (это наибольший показатель за анализируемый период). Прирост составил 7,68%. В 2018 г. отмечается снижение показателя по данному классу заболевания – 114,56‰. На втором месте, болезни органов дыхания. Темп прироста первичной заболеваемости по данному классу составил в 2025 г. 11,63% (2020 г. – 87,14‰; 2025 г. – 97,27‰). На третьем месте находятся болезни мочеполовой системы (2020 г. – 40,41‰; 2025 г. – 53,66‰). Темп прироста – 32,79%.

Выводы. Программа реформирования амбулаторно-поликлинической службы в Республике Таджикистан, представленная нами, с внедрением моделей работы общей врачебной (семейной) практики позволила получить и проанализировать результаты по улучшению качества оказываемой первичной медико-социальной помощи населению: количество законченных случаев поликлинического обслуживания у врачей общей (семейной) практики составляет 66%, что 18% больше, чем у участкового терапевта.

Баротов И.И., Сироджиддинзода И.С.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

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

Цель исследования. Разработать концептуальные подходы внедрения общей врачебной (семейной) практики в сельской местности на примере Яванского района.

Материал и методы. Для выявления основных факторов, непосредственно влияющих на качество оказания медицинской помощи сельскому населению, в 2025 году была изучена статистические данные, отчетно-учетные документации ПМСП исследуемого района – паспорт участка, демографические показатели населения района, структура лечебно-профилактических учреждений, изучена кадровый потенциал, деятельность участковых и семейных врачей ПМСП Яванского района. А также использованы данные обзора Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане и отчеты международных экспертов о состоянии ЛПУ, расположенных в сельской местности.

Созданный база данных подвергнулся статистической обработке при помощи программы Microsoft Office Excel. Для оценки количественных показателей использован описательный анализ с вычислением относительных величин.

Результаты исследования. Анализ исследований показал, что в сельской местности более 80% населения обращающегося за медицинской помощью, начинает и заканчивает обследование и лечение на уровне учреждений ПМСП - медицинских домов, сельских центров здоровья, в которых решается большинство медицинских проблемы. Связи с чем можно сказать, что на уровне ПМСП во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения. Наряду с этим выявлено, что отсутствие мотивации в работе, низкая заработная плата, отсутствие жилья работников здравоохранения способствует оттоку медицинских специалистов их из села. Анализ показал, что в 2025 году количество врачей в целом в республике увеличился на 188 человек, что составлял 1,0%, в Хатлонской области увеличился на 4,4%, в Яванском районе 9,0% соответственно. Семейные врачи в республике в 2025 году составили 2403 человек, т.е. на 63 врачей меньше, где составлял 2,5% по сравнению 2024 года меньше. В Хатлонской области количество семейных врачей увеличился на 2,1%, а в Яванском районе уменьшился на 24,1%. Врачи терапевтического профиля на республиканском уровне не изменился за последнее годы, в Хатлонской области уменьшился на 5,3%, в Яванском районе без изменения, составили 9,6% терапевты и 9,2% семейные врачи от общего числа врачей в данном районе. Результаты исследования показали, что в медицинских учреждениях яванского района обеспеченность кадрами в 2018 году составлял 9,6% на 10 000 населения, в 2025 году 10,2% соответственно.

Выводы. Таким образом, модернизация системы здравоохранения в республике в целом, в Яванском районе в частности проводится, тем не менее реформирование системы здравоохранения в сельской местности требуют своего решения вопросы оплаты труда специалистов ПМСП, финансирование и их организационных форм и материально технические базы, взаимодействие с другими службами здравоохранения, этапы внедрения семейной медицины в селе и т.д.

Бахтиёри А.С., Саидов К.Ч.

ЧАНБАҶОИ МУОСИРИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ПИЕЛОНЕФРИТИ ШАДИДИ ОРИЗАНОК.

Кафедра анатомии нормал, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили маълумот доир ба омилҳои хавф, ташхис ва принсипҳои табобати пиелонефрити шадиди оризанок мебошад.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлил дар асоси 31 таҳқиқоти клиникии нашршудаи солҳои 2020-2025 дар нашрияҳои PubMed, Scopus, Web of Science ва eLibrary бо калидвожаҳои “complicated acute pyelonephritis”, “obstructive pyelonephritis”, “urosepsis”, “renal abscess” гузаронида шуд. Таҳқиқотҳо ба ғуруҳҳои зерин ҷудо карда шуданд: 23 таҳқиқот бо шарҳи систематикӣ, 8 таҳқиқот бо метаанализ, таҳқиқот бо муқоисаи клиникӣ, буриши амудӣ ва шарҳи адабиёт.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Мувофиқи маълумотҳои шарҳи систематикӣ пиелонефрити обструктивӣ шадид бештар дар беморони пиронсол бо ҳамрадиҳои диабетӣ қанд ва обструкцияи роҳҳои пешоброн мушоҳида карда мешавад. Дар ҳамин таҳқиқотҳо *Escherichia coli* ҳамчун омилҳои асосии бемори аз 60 то 95% ҳолатҳоро ташкил медиҳад, дар ҳоле ки сатҳи штаммҳои тавлидкунандаи бета-лактамазаи спектри васеъ дошта аз 20 то 70% ташкил медиҳад. Дар таҳлили буриши амудӣ дар беморони бистарӣ буда ин нишондиҳанда 46,8%-ро ташкил дод ва нишондиҳанда бо иштироки *Enterococcus faecalis* (13,7%) ва *klebsiella pneumoniae* (11,6%). Ин фарқиятҳо нишон медиҳад, ки ҳиссаи *E. coli* ба минтақа, полпултансия ва мавҷудияти обструкцияи роҳҳои пешоб вобастагӣ дорад. Тибқи таҳлили метаанализи марғ ҳангоми беморони гирифтори пиелонефрити обструктивӣ ва сепсис ҳангоми декомпрессия 9% ташкил медиҳад нисбат ба 19% беморони бе гирифтормебошад обструкцияи роҳҳои пешоб. Дар ташхиси бемори томографияи компютери (КТ) на ҳамчун усули умумӣ балки дар ҳолатҳои мушаххас тавсия дода мешавад. Дар ин ҳолат КТ дар 71-100% ҳолатҳо дар ошкор кардани обструкцияҳо, абсцесс, тағиротҳои эмфизематозӣ. Ташхиси ултрасадо ҳамчун усули аввалиндараҷа дар муайян намудани бемори боқӣ мемонад. Табобати бемори тибқи стратегияи зидди бактериявӣ се марҳаларо дар бар мегирад; 1) Табобати эмперӣ фавран баъд аз гирифтани пешоб ва хун барои кишт, дар асоси тобоварӣ ва ҳассосияти бактерия. 2) Тағйири табобат дар асоси кишти пешоб ва ҳассосияти бактерия баъд аз 48-72 соат. 3) Назорати таъҷилии манбаи сироят дренажунонии абсцесс ё декомпрессиякунонии роҳҳои пешоб ҳангоми обструкция, новобаста аз самаранокӣ антибиотикҳо анҷом дода мешавад.

Хулоса. Пиелонефрити шадиди оризанок яке аз сабабҳои асосии бистарӣ шудан ва инкишофи уросепсис боқӣ мемонад. Омилҳои асосии хавф бемории санги гурда, диабетӣ қанд, вайроншавии пешобронӣ ва обструкцияи роҳҳои пешоб мебошад. *Escherichia coli* ҳамчун омилҳои пешбарандаи беморӣ боқӣ мемонад. Омӯзиши минбаъдаи мушкилоти тобоварӣ ба антибиотикҳо ва натиҷаи усулҳои декомпрессия барои тақмили алгоритми табобати сироятҳои оризанокӣ роҳҳои пешобгузар зарур аст.

Бобиева Д.М. Казахова М.Ю., Исоева М.Б.

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить частоту, доменный профиль и клинические корреляты когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 105 человек: основную группу составили 55 пациентов с достоверным диагнозом рассеянного склероза (РС), установленным по критериям McDonald (2017), контрольную группу - 50 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу, возрасту и уровню образования. Клинические варианты РС определяли по классификации Lublin, тяжесть инвалидизации оценивали по расширенной шкале инвалидизации (EDSS). Когнитивный статус исследовали с помощью батареи нейропсихологических тестов (MoCA,

SDMT, PASAT, TMT-A/B, BVMT-R, RAVLT/CVLT, FAS, FAB/WCST); аффективный статус и утомляемость оценивали по шкале HADS и шкале FSS, качество жизни - по опроснику MSQOL-54. Всем пациентам и добровольцам контрольной группы проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга с количественной морфометрией (FreeSurfer) - определением объема серого и белого вещества, объема таламуса и гиппокампа, толщины коры лобных и теменных долей, а также числа и объема T2- и FLAIR-очагов. Статистическая обработка выполнена непараметрическими методами (U-критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллиса с post hoc-анализом Данна, корреляционный анализ Спирмена, многофакторный логистический регрессионный анализ, ROC-анализ) в пакетах SPSS Statistics 26.0 и R.

Результаты исследования. Когнитивные нарушения (снижение результатов не менее чем на 1,5 стандартных отклонения по двум и более тестам) выявлены у 21 (38,2%) пациента с РС. По отдельным доменно-специфическим тестам чаще всего страдала скорость обработки информации - снижение SDMT у 67,3% пациентов, далее следовали нарушения исполнительных функций и переключения внимания по TMT-B - у 61,8%, психомоторной скорости по TMT-A и рабочей памяти по PASAT - по 50,9%; нарушения вербальной памяти отмечены у 36,4%, зрительной памяти - у 34,5%, вербальной беглости - у 32,7%, исполнительного планирования - у 29,1% пациентов. Общий скрининговый показатель MoCA <26 баллов зарегистрирован у 78,2% обследованных. Профиль когнитивного дефицита носил преимущественно подкорково-лобный характер с доминированием замедления обработки информации и исполнительных дисфункций при относительной сохранности речевых функций. Аффективные нарушения и утомляемость по шкалам HADS и FSS встречались часто и были статистически связаны с результатами когнитивного тестирования; качество жизни по опроснику MSQOL-54, особенно его психический компонент, было ниже у пациентов с когнитивными нарушениями. Длительность заболевания статистически значимо не была связана ни с частотой нарушений, ни с результатами отдельных тестов.

Выводы. Когнитивные нарушения выявляются более чем у трети пациентов с рассеянным склерозом и имеют характерный подкорково-лобный профиль с преимущественным страданием скорости обработки информации, исполнительного контроля и рабочей памяти. Сопряженность когнитивного дефицита с аффективными расстройствами, утомляемостью и снижением качества жизни обосновывает необходимость комплексной нейропсихологической оценки таких пациентов, а независимость от длительности болезни - раннего скрининга уже на начальных стадиях заболевания.

Бобиева Д.М. Исоева М.Б., Кахарова М.Ю.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ЕЁ СВЯЗЬ С КОГНИТИВНЫМ СТАТУСОМ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническую структуру и степень неврологической инвалидизации у пациентов с рассеянным склерозом и оценить их связь с частотой когнитивных нарушений.

Материалы и методы исследования. Обследовано 105 человек: основную группу составили 55 пациентов с достоверным диагнозом рассеянного склероза (РС), установленным по критериям McDonald (2017), контрольную группу - 50 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу, возрасту и уровню образования. Клинические варианты РС определяли по классификации Lublin, тяжесть инвалидизации оценивали по расширенной шкале инвалидизации (EDSS). Когнитивный статус исследовали с помощью батареи нейропсихологических тестов (MoCA, SDMT, PASAT, TMT-A/B, BVMT-R, RAVLT/CVLT, FAS, FAB/WCST); аффективный статус и утомляемость оценивали по шкале HADS и шкале FSS, качество жизни - по опроснику MSQOL-54. Всем пациентам и добровольцам контрольной группы проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга с количественной морфометрией (FreeSurfer) - определением объема серого и белого вещества, объема таламуса и гиппокампа, толщины коры лобных и теменных долей, а также числа и объема T2- и FLAIR-очагов. Статистическая обработка выполнена непараметрическими методами (U-критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллиса с post hoc-анализом Данна, корреляционный анализ Спирмена, многофакторный логистический регрессионный анализ, ROC-анализ) в пакетах SPSS Statistics 26.0 и R.

Результаты исследования. Медиана возраста пациентов с РС составила 36 [30; 42] года, медиана длительности заболевания - 7 [4; 9] лет; женщины составили 63,6% выборки (соотношение Ж/М 1,75:1). Наиболее частым клиническим вариантом было ремиттирующее течение - 56,4% (31 пациент), вторично-прогрессирующее выявлено у 36,4% (20), первично-прогрессирующее - у 7,3% (4) больных. Медиана EDSS составила 3,0 [2,0; 4,5] балла; по степени инвалидизации пациенты распределились на минимальную (EDSS 1,0–2,0) - 29,1%, умеренную (2,5–3,5) - 32,7%, выраженную (4,0–5,0) - 29,1% и тяжелую (5,5–6,5) - 9,1%. Патогенетическую терапию получали 85,5% пациентов. Частота когнитивных нарушений последовательно нарастала по мере увеличения EDSS: от полного отсутствия при минимальной инвалидизации до выявления у всех пациентов с тяжелой инвалидизацией ($p < 0,001$); при EDSS $\geq 4,0$ балла когнитивный дефицит выявлен у 81,0% пациентов против 11,8% при EDSS $< 4,0$. Уровень EDSS оказался единственным клиническим показателем (наряду с возрастом, полом, образованием, длительностью болезни и клинической формой), достоверно различавшим пациентов с когнитивными нарушениями (медиана EDSS 4,5 [4,0; 5,0]) и без них (2,5 [1,5; 3,0]; $p < 0,001$).

Выводы. Рассеянный склероз в обследованной выборке поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста с преобладанием ремиттирующего течения, а степень неврологической инвалидизации по EDSS является ведущим клиническим фактором, ассоциированным с частотой когнитивных нарушений. Нормальный уровень EDSS, однако, не исключает когнитивного дефицита на ранних стадиях заболевания, что обосновывает необходимость систематического когнитивного скрининга независимо от степени двигательной инвалидизации.

Бобиева Д.М. Исоева М.Б., Сарвинози Боймурод
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРЕДИКТОРНАЯ МОДЕЛЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить структурные нейровизуализационные корреляты когнитивных нарушений при рассеянном склерозе и разработать на их основе прогностическую модель и скрининговый алгоритм.

Материалы и методы исследования. Обследовано 105 человек: основную группу составили 55 пациентов с достоверным диагнозом рассеянного склероза (РС), установленным по критериям McDonald (2017), контрольную группу - 50 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу, возрасту и уровню образования. Клинические варианты РС определяли по классификации Lublin, тяжесть инвалидизации оценивали по расширенной шкале инвалидизации (EDSS). Когнитивный статус исследовали с помощью батареи нейропсихологических тестов (MoCA, SDMT, PASAT, TMT-A/B, BVMТ-R, RAVLT/CVLT, FAS, FAB/WCST); аффективный статус и утомляемость оценивали по шкале HADS и шкале FSS, качество жизни - по опроснику MSQOL-54. Всем пациентам и добровольцам контрольной группы проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга с количественной морфометрией (FreeSurfer) - определением объёма серого и белого вещества, объёма таламуса и гиппокампа, толщины коры лобных и теменных долей, а также числа и объёма T2- и FLAIR-очагов. Статистическая обработка выполнена непараметрическими методами (U-критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллиса с post hoc-анализом Данна, корреляционный анализ Спирмена, многофакторный логистический регрессионный анализ, ROC-анализ) в пакетах SPSS Statistics 26.0 и R.

Результаты исследования. У пациентов с РС по сравнению с контролем выявлено статистически значимое снижение объёма таламуса (12,40 против 16,67 мл; -25,6%) и гиппокампа (6,64 против 8,80 мл; -24,5%), а также объёма серого (-17,6%) и белого (-13,1%) вещества и толщины коры лобных и теменных долей ($p < 0,001$ для всех показателей). Очаговые МРТ-параметры (число и объём T2- и FLAIR-очагов, число Gd-позитивных очагов) статистически значимо не различались между пациентами с когнитивными нарушениями (КН+) и без них (КН-; $p = 0,079-0,256$), тогда как волуметрические показатели различали эти подгруппы достоверно: объём белого вещества ($d = 1,01$; $p < 0,001$), гиппокамп ($d = 0,81$; $p = 0,005$), серого вещества ($d = 0,73$; $p = 0,011$) и таламуса ($d = 0,72$; $p = 0,013$) были ниже у пациентов КН+. По данным многофакторного логистического регрессионного анализа независимыми предикторами когнитивных нарушений оказались EDSS (ОШ=4,10 на 1 балл; 95% ДИ 1,54-10,92; $p = 0,005$) и объём таламуса (ОШ=0,64 на 1 мл; 95% ДИ 0,43-0,97; $p = 0,036$). Комбинированная модель «EDSS + объём таламуса» показала наилучшие диагностические характеристики: AUC=0,88, чувствительность 85,7%, специфичность 82,4%, общая точность классификации 83,6%. На основе теста SDMT и волуметрической оценки таламуса разработан двухкомпонентный скрининговый алгоритм раннего выявления когнитивных нарушений.

Выводы. Когнитивный дефицит при рассеянном склерозе ассоциирован не столько с очаговой воспалительной нагрузкой, сколько с атрофией подкорковых структур - прежде всего таламуса и гиппокампа, что отражает нейродегенеративный, а не только демиелинизирующий компонент заболевания (клинико-радиологический парадокс). Разработанный на основе EDSS, SDMT и волуметрии таламуса двухкомпонентный алгоритм обеспечивает высокую диагностическую точность и может быть рекомендован как доступный инструмент раннего скрининга и стратификации риска когнитивных нарушений в рутинной клинической практике, в том числе в условиях ограниченных ресурсов, при условии дальнейшей внешней валидации на независимой выборке.

Бобиева Н.Х.¹, Каримов Н.У.²

КОРРЕКЦИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ

¹ Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибн Сино, Таджикистан

² ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Центр нефрологии и гемодиализа. Таджикистан

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Вернал в лечении частых рецидивов инфекций мочевых путей.

Материал и методы исследования. Для исследовательской работы были выбрана группа из 35 больных с рецидивирующими инфекциями мочевых путей, находящихся на стационарном лечении и далее под амбулаторным наблюдением у нефрологов центра нефрологии и гемодиализа ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Основная группа из 18 больных (51,4%) принимала препарат Вернал (действующее вещество фуразидин), а контрольная группа из 17 (48,6%) пациентов, получала антибиотики по чувствительности мочи. Возрастной период от 18 до 52 лет, что составил средний возраст 32 года.

Всем больным проводились общеклинические методы исследования нефрологических больных, акцент делался на золотой стандарт диагностики инфекции мочевых путей - культуральное, микробиологическое исследование мочи с выделением возбудителя и оценкой степени бактериурии. Основная группа принимала Вернал в дозе 100-200 мг 2-3 раза в сутки на стационарный курс лечения.

Результаты и их обсуждения. При исследовании выявлены наиболее частые клинические симптомы: тупые боли в поясничной области и признаки интоксикации у 32 (91,4%) больных, учащённое и болезненное мочеиспускание у 26 (74,3%) больных, а также выявление лейкоцитурии у 35 (100%), как ответ уротелия на бактериальную инвазию, послужили важным диагностическим критерием рецидивирующих инфекций мочевых путей. Проведенное исследование структуры уропатогенов показало, что ведущими возбудителями внебольничных инфекций мочевых путей яв-

лялись *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*, которые были представлены полирезистентными штаммами, т.е. антибиотикорезистентной микрофлорой. В 6 (17,1%) случаях отмечалась лейкоцитурия без бактериурии, возбудителями которой явились грибы рода *Candida albicans*.

Исследование показало, что у 18 (94,4%) больных основной группы лечение дало клинико-лабораторное улучшение, а в контрольной группе у 12 (70,5%) больных отмечен положительный эффект. В течении 12 месяцев наблюдения в основной группе количество рецидивов достигло 2 (18,1%) случаев, а в контрольной группе в 4 (66,6%) случаях от общего количества больных с клинико-лабораторными улучшениями.

Выводы. Выявление и анализ антибиотикорезистентности микрофлоры показал, что уровень устойчивости возбудителей к наиболее применяемым в лечении антибактериальным препаратам очень высока, потому применение препарата Вернал в таких случаях весьма актуально и эффективно.

Бобиева Н.Х., Бакоев И.Б.

ВАЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

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

Цель исследования. Изучить влияние статинов на показатели липидного обмена у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 32 пациента в возрасте от 48 до 60 лет со стабильной стенокардией напряжения (ССН), III-IV функционального класса (ФК), находившиеся на стационарном лечении в ООО «Медицинский центр Набз», которым после коронароангиографии проведено ЧКВ. Амбулаторное контрольное наблюдение проведено в период января-июнь месяц 2026 года. Лабораторными критериями включения: общий холестерин (ОХС) выше 3 ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – выше 1,8 ммоль/л и/или уровень триглицеридов (ТГ) выше 1,7 ммоль/л.

Всем больным проводились общеклинические обследования. Больные получали антиагреганты (аспирин и клопидогрел), розувастатин (10-20 мг/сут) или аторвастатин (20-40 мг/сут), гипотензивные препараты (сартаны и бета-блокаторы).

Результаты исследования. Исследования показывают, что наиболее высокий индекс массы тела чаще определялся у пациентов с ИБС ССН IV ФК. У больных выявлены высокие показатели ОХС- $7,2 \pm 0,62$ ммоль/л; ТГ- $2,9 \pm 0,5$ ммоль/л; ХС ЛПНП- $3,9 \pm 0,72$ ммоль/л. Более низкий уровень ХСЛПВП определился в 7 (21,9%) случаях с сочетанными поражениями венечных артерий. Гиполипидемическая терапия позволила уменьшить содержание ОХС до 4,0 ммоль/л у 23 (71,9%) пациентов и у 20 (62,5%) больных ХСЛПНП снизился до 2,0 ммоль/л. Для данной категории больных изначально были назначены целевые уровни ОХС (3,0 ммоль/л и ниже) и ХСЛПНП (1,8 ммоль/л и ниже), которые были достигнуты у 22 (68,8%) пациентов к концу исследования. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля, так розувастатин несколько лучше снижал содержание ОХС и ХСЛПНП, а аторвастатин лучше влиял на содержание ТГ. При комплексном применении препаратов в сочетании с антиагрегантами наступает хороший клинический эффект. Нормальные показатели АЛТ и АСТ свидетельствуют об отсутствии побочных эффектов.

Выводы. Своевременный выбор реваскуляризации повышает безопасность и эффективность лечения больных с ИБС. Статины продемонстрировали высокую гиполипидемическую активность у пациентов ИБС с дислипидемией после ЧКВ, своевременная коррекция которой позволяет предотвратить опасные осложнения, в частности рестеноз стента.

Бобоев Ф.Д., Сулаймонова Ш.А., Худоерзода К.Х.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОТЕНСА ПРИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ И РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Цель исследования. Оценить эффективность физиотенса у пациентов с неконтролируемой и резистентной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Проведён анализ данных сравнительных и наблюдательных исследований эффективности и безопасности физиотенса у пациентов с неконтролируемой и резистентной АГ. Дополнительно проанализированы результаты 12-недельного наблюдательного исследования с участием 56 пациентов с недостаточным контролем АД на фоне предшествующей антигипертензивной терапии. Физиотенс назначался в дополнение к ранее проводимой антигипертензивной терапии с последующей оценкой эффективности лечения через 4 и 12 недель. Эффективность терапии оценивали по показателям суточного профиля АД. В отдельных анализируемых исследованиях эффективность физиотенса сравнивали с эналаприлом в дозах 10 и 20 мг/сут, а также оценивали его эффективность при добавлении к амлодипину и гидрохлоротиазиду. Эффективность оценивали через 4 и 12 недель по динамике офисного САД/ДАД, частоте достижения целевого АД и показателям СМАД. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В трех ключевых плацебо-контролируемых исследованиях физиотенс в дозах 200, 400 и 600 мкг/сут снижал офисное САД/ДАД на $13,08/7,01$ мм рт. ст. (400 мкг) и $21,53/10,45$ мм рт. ст. (600 мкг) с поправкой на плацебо ($p < 0,001$ для обоих сравнений) и не уступал эналаприлу в дозах 10 и 20 мг соответственно. В исследовании при добавлении физиотенса к амлодипину удовлетворительный контроль ДАД был достигнут у 46,9% пациентов, к эналаприлу — у 26,8%, к гидрохлоротиазиду - у 21,1%. В наблюдательном исследовании у 120 пациентов с плохо контролируемой АГ добавление оригинального Физиотенс к предшествующей терапии позволило достичь

целевого АД через 4 недели у 63% пациентов против 36,7%, 16,7% и 16,7% при использовании стандартной терапии (СТ) ($p < 0,05$); через 12 недель нормализация суточного профиля АД зарегистрирована у 66,7% пациентов в группе физиотенса против 46,7%, 33,4% и 23,2% в группах пациентов принимавших СТ. При 12-недельной терапии отмечено благоприятное влияние на суточный профиль САД: уменьшилось число пациентов с недостаточным снижением АД в ночное время (non-dipper) и увеличилось число пациентов с адекватным снижением (dipper).

Выводы. Физиотенс демонстрирует убедительную краткосрочную эффективность при неконтролируемой и резистентной АГ, превосходя стандартную терапию по частоте достижения целевого АД и нормализации суточного профиля. Для формирования окончательных клинических рекомендаций необходимы более крупные и длительные исследования, включающие оценку безопасности и влияние на клинические исходы.

Бобоев Ф.Д., Назарова Г.О., Шарифбоев А.Х.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Цель исследования. Изучить особенности липидного спектра крови и оценить его динамику у больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне комплексной медикаментозной терапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра №1 им. К. Ахмедова г. Душанбе. Обследованы 40 пациентов в возрасте 60-74 лет с артериальной гипертензией. Средний возраст больных составил $67,1 \pm 1,2$ года. Среди обследованных преобладали женщины - 22 (55%), мужчин было 18 (45%). В зависимости от наличия сопутствующей ишемической болезни сердца больные были распределены на две группы: 1-ю группу составили 20 пациентов с артериальной гипертензией без ИБС, 2-ю группу - 20 пациентов с сочетанием АГ и ИБС. Всем пациентам проводили клиничко-лабораторное обследование с определением показателей липидного спектра крови. Исследование проводили исходно и через 12 недель комплексной терапии. В качестве базисной антигипертензивной терапии применяли бисопролол 5 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, лозартан 50 мг/сут и гидрохлоротиазид 12,5 мг/сут. Пациентам с сопутствующей ИБС дополнительно назначали ацетилсалициловую кислоту 75 мг/сут, изосорбида динитрат пролонгированного действия 20 мг 2 раза в сутки и аторвастатин 10-20 мг/сут.

Результаты исследования. До начала лечения у пациентов обеих групп выявлялись нарушения липидного обмена, более выраженные у больных с сочетанием АГ и ИБС. В 1-й группе уровень ОХС составлял $5,84 \pm 0,16$ ммоль/л, ЛПНП - $3,61 \pm 0,13$ ммоль/л, ТГ - $1,78 \pm 0,09$ ммоль/л, ЛПВП - $1,06 \pm 0,04$ ммоль/л. Во 2-й группе соответствующие показатели составили $6,40 \pm 0,19$; $4,11 \pm 0,15$; $2,10 \pm 0,11$ и $0,98 \pm 0,04$ ммоль/л соответственно. Через 12 недель комплексной терапии в обеих группах отмечалась положительная динамика липидного профиля. В 1-й группе ОХС снизился до $4,63 \pm 0,14$ ммоль/л, ЛПНП - до $2,72 \pm 0,10$ ммоль/л, ТГ - до $1,39 \pm 0,07$ ммоль/л, при повышении ЛПВП до $1,17 \pm 0,04$ ммоль/л. Во 2-й группе уровень ОХС снизился до $4,78 \pm 0,15$ ммоль/л, ЛПНП - до $2,65 \pm 0,11$ ммоль/л, ТГ - до $1,45 \pm 0,08$ ммоль/л, а ЛПВП увеличился до $1,16 \pm 0,04$ ммоль/л. Наиболее выраженное снижение атерогенных фракций липидов отмечалось у пациентов с АГ и сопутствующей ИБС, получавших гиполипидемическую терапию. Снижение уровня ЛПНП сопровождалось уменьшением общего холестерина и триглицеридов, а также повышением ЛПВП.

Выводы. У пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией, особенно при сочетании с ишемической болезнью сердца часто выявляются нарушения липидного обмена с повышением ОХС, ЛПНП и ТГ и снижением ЛПВП. Комплексная медикаментозная терапия с применением антигипертензивных и гиполипидемических препаратов способствует существенному улучшению показателей липидного профиля. Наиболее выраженная положительная динамика отмечается в отношении уровня ЛПНП и общего холестерина, что указывает на эффективность комплексного подхода в коррекции факторов сердечно-сосудистого риска.

Бобоходжаев О. И.¹, Пулатова С.Д.²

ЦИФРОВИЗАЦИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТЫ ПОВЫШЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

¹ Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан,

² Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить перспективные направления применения цифровых технологий и искусственного интеллекта для повышения устойчивости системы здравоохранения и непрерывности услуг противотуберкулезной службы в Таджикистане с учётом уроков пандемии COVID-19.

Материал и методы. В рамках данной работы был проведен сбор и анализ репрезентативных источников, затрагивающих тему цифровизации медицины. Процесс поиска включал в себя использование баз данных, таких как MedLine, Global Health, CyberLeninka, Elibrary, международных рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), а также систематизация практических уроков, связанных с обеспечением непрерывности медицинской помощи в условиях пандемии.

Результаты исследования. Исследования 28 стран показали, что наиболее устойчивые системы характеризовались способностью быстро адаптировать управление, оказание услуг, использование технологий и взаимодействие с населением. Для противотуберкулезной службы это означает необходимость заранее создавать механизмы, позволяющие продолжать: выявление → диагностику → назначение лечения → мониторинг → поддержку пациента → оценку результата даже при ограничении традиционных очных контактов. ВОЗ отдельно проанализировала 23 инновацион-

ных ответа стран на COVID-19 в сфере ТБ. Более половины этих кейсов включали цифровые решения, включая телемедицину, video-supported treatment, цифровой надзор и программный мониторинг. Одним из ключевых результатов анализа является то, что цифровая трансформация противотуберкулёзной службы Таджикистана не начинается с нуля. Национальный электронный регистр ТБ на платформе OpenMRS был внедрён в 2010 году и впоследствии неоднократно модернизировался. Национальный электронный регистр ТБ на платформе OpenMRS используется для регистрации случаев, мониторинга лечения, лекарственно-устойчивого ТБ и лабораторных результатов. Дополнительно применяются цифровые инструменты для скрининга, лабораторного мониторинга, вовлечения пациентов и контроля приверженности лечению. Важным инновационным направлением стало внедрение компьютерного анализа рентгенологических изображений с использованием искусственного интеллекта.

Выводы. Интеграция цифровых технологий и искусственного интеллекта в противотуберкулёзную службу Таджикистана способна повысить устойчивость системы здравоохранения к будущим эпидемиологическим кризисам за счёт более раннего выявления заболевания, сокращения диагностических задержек, дистанционного мониторинга лечения, повышения доступности услуг и более оперативного использования данных для принятия управленческих решений.

Бозоров С.С., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ И ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить роль D-витаминного статуса в терапии гнездной алопеции у детей

Материал и методы. Обследованы 94 ребёнка с ГА в возрасте от 4 до 18 лет, из которых 53 проживали в условиях низкогогорья и 41 — среднегорья. Проводили клиническую оценку тяжести ГА, исследование функциональных параметров кожи, показателей микроциркуляции и перекисного окисления липидов. D-витаминный статус определяли по сывороточному уровню 25(ОН)D3 методом иммунохемилюминесцентного анализа.

Результаты исследования. Установлена высокая частота нарушений D-витаминного статуса у детей с ГА. Наиболее выраженные изменения наблюдались у жителей низкогогорья: выраженный дефицит витамина D выявлялся у них в 2 раза чаще, чем у детей среднегорья — 34,0% против 17,1%. В то же время нормальный уровень 25(ОН)D3 среди жителей среднегорья регистрировался в 4 раза чаще — 22,0% против 5,7%.

Дефицит витамина D сочетался с более выраженными функциональными и метаболическими нарушениями. У детей низкогогорья, где выраженный дефицит встречался в 2 раза чаще, изменения функциональных параметров кожи регистрировались в 1,3 раза чаще, патологические типы микроциркуляции — в 1,5 раза чаще, а истощение антиоксидантной системы — в 2,2 раза чаще по сравнению с детьми, проживающих в среднегорье.

Для оценки терапевтического значения витамина D дети были разделены на две группы. В основную группу вошли 45 пациентов, которым в составе комплексной терапии назначали холекальциферол (Аквдетрим) в терапевтических дозах в течение 8 недель; группу сравнения составили 37 детей, получавших лечение без Аквдетрима. Включение витамина D сопровождалось более выраженным восстановлением функциональных параметров кожи, местного кровотока и антиоксидантной защиты. Нормализация функциональных параметров кожи отмечалась в 1,9 раза чаще, восстановление местного кровотока — в 1,2 раза чаще, нормализация процессов ПОЛ и АОС — в 1,6 раза чаще по сравнению с группой традиционной терапии.

Клиническое выздоровление зарегистрировано у 44,4% детей основной группы против 32,4% в группе сравнения, то есть при включении холекальциферола этот результат наблюдался примерно в 1,4 раза чаще. Одновременно отсутствие эффекта отмечалось у 6,7% против 13,5% соответственно.

Выводы. Дефицит витамина D у детей с гнездной алопецией ассоциируется с более выраженными нарушениями функционального состояния кожи, микроциркуляции и антиоксидантной системы и может рассматриваться как один из факторов, способствующих неблагоприятному течению заболевания. Коррекция D-витаминного статуса в составе комплексной терапии способствует восстановлению местного кровотока и антиоксидантной защиты и повышению клинической эффективности лечения, что обосновывает целесообразность определения уровня 25(ОН)D3 у детей с ГА и коррекции выявленного дефицита.

Боймуродов Г.А.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТОРАКО-ЛЮМБАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Кафедра медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины, Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Провести клиничко-функциональную оценку состояния пациентов с торако-люмбальными повреждениями спинного мозга с учётом уровня и степени повреждения, сроков после травмы и исходного неврологического статуса.

Материалы и методы. В исследование включены 135 пациентов с травматическим повреждением спинного мозга на уровне Th10–L2 в возрасте от 18 до 68 лет. Мужчины составили 69,0% обследованных. Пациентов распределяли с учётом уровня поражения: Th10–Th12 и L1–L2, а также по степени неврологического дефицита. Дополнительно учитывали сроки после травмы: ранний период — до 3 месяцев, промежуточный — от 3 до 12 месяцев и поздний — более 12 месяцев. Клиничко-функциональное обследование включало оценку двигательных и чувствительных нарушений, мышечной силы, спастичности, болевого синдрома, нарушений тазовых функций, способности к вертикализации и ходьбе, а также уровня повседневной независимости. Для объективизации состояния применяли неврологическую

оценку по степени повреждения спинного мозга, визуально-аналоговую шкалу боли, модифицированную шкалу спастичности Эшворта, шкалу функциональной независимости и индекс ходьбы при повреждении спинного мозга.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что у пациентов с поражением на уровне Th10–Th12 чаще отмечались более выраженные двигательные нарушения нижних конечностей, снижение контроля туловища и более высокая потребность в посторонней помощи. У пациентов с повреждением на уровне L1–L2 чаще сохранялись элементы активных движений в нижних конечностях, что обеспечивало более высокий реабилитационный потенциал. Полное или выраженное нарушение проводимости спинного мозга выявлено у 38,5% пациентов, неполное повреждение — у 61,5%. У пациентов с полным повреждением средний показатель мышечной силы в нижних конечностях составил $1,4 \pm 0,6$ балла, тогда как при неполном повреждении — $3,1 \pm 0,8$ балла. Уровень функциональной независимости также был ниже при полном повреждении — $48,6 \pm 9,4$ балла против $67,8 \pm 10,2$ балла при неполном повреждении. Сроки после травмы существенно влияли на клинико-функциональное состояние пациентов. В раннем периоде преобладали болевой синдром, мышечная слабость, ограничение вертикализации и выраженная зависимость от посторонней помощи. Интенсивность боли составляла $6,7 \pm 1,3$ балла, уровень функциональной независимости — $46,2 \pm 8,7$ балла. В промежуточном периоде отмечалось частичное восстановление двигательной активности: показатель функциональной независимости повышался до $58,9 \pm 9,5$ балла. В позднем периоде чаще выявлялись стойкие последствия травмы: спастичность, контрактуры, нарушения ходьбы и тазовые расстройства. Нарушения тазовых функций были выявлены у 72,6% пациентов, спастичность различной степени — у 58,5%, хронический болевой синдром — у 64,4%. Способность к самостоятельной ходьбе была сохранена или частично восстановлена у 41,5% пациентов, тогда как 58,5% нуждались в дополнительной опоре, технических средствах или посторонней помощи.

Вывод. Клиническое и функциональное состояние пациентов с торако-люмбальными повреждениями спинного мозга зависит от уровня поражения, степени неврологического дефицита и давности травмы. Более благоприятный реабилитационный потенциал отмечается при неполных повреждениях и поражении на уровне L1–L2, тогда как наиболее выраженные нарушения характерны для пациентов с полным повреждением, тяжёлым двигательным дефицитом и стойкими тазовыми расстройствами.

Боймуродов П.А., Шарифбоев А.Х., Рухшонан К.
ОПТИМИЗАЦИЯ БАЗИСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСНнФВ
Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Изучить влияние оптимизации базисной медикаментозной терапии на клиническое состояние, функциональные показатели и переносимость лечения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ).

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГМЦ №1 имени К. Ахмедова. В исследование включены 40 пациентов с ХСН II–III функционального класса по NYHA и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$. Средний возраст пациентов составил $61,4 \pm 8,7$ года. Пациенты были распределены на две группы по 20 человек. В основной группе проводилась поэтапная оптимизация базисной терапии с ранним назначением четырёх ключевых классов препаратов: ингибитора РААС/ARNI, доказанного β -адреноблокатора, антагониста минералокортикоидных рецепторов и ингибитора SGLT2. В группе сравнения применялась стандартная медикаментозная терапия. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. Оценивали динамику ФК NYHA, ФВ ЛЖ, частоту госпитализаций и переносимость терапии.

Результаты исследования. На фоне оптимизированной терапии через 6 месяцев отмечалась положительная динамика клинического состояния пациентов. В основной группе ФВ ЛЖ увеличилась с $32,8 \pm 4,6\%$ до $39,7 \pm 6,1\%$ ($p < 0,001$), в группе сравнения — с $33,1 \pm 4,8\%$ до $36,0 \pm 5,5\%$ ($p = 0,04$). Доля пациентов с III ФК NYHA в основной группе снизилась с 46,7% до 20,0%, тогда как в группе сравнения — с 43,3% до 33,3%. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН составила 16,7% в основной группе и 33,3% в группе сравнения. Оптимизация терапии в большинстве случаев сопровождалась удовлетворительной переносимостью лечения.

Выводы. Оптимизация базисной терапии ХСНнФВ с ранним назначением четырёх ключевых классов препаратов сопровождается улучшением функционального состояния, увеличением ФВ ЛЖ и снижением частоты госпитализаций.

Боймуродов П.А., Воронцовская К.Р., Замунов О.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХСНнФВ
Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку клинической эффективности, влияния на функциональное состояние и переносимости терапии спиронолактоном и эплереноном у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ).

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с ХСН II–III функционального класса (ФК) по NYHA и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$. Пациенты были распределены на две сопоставимые группы по 20 человека. Пациенты первой группы получали спиронолактон в дозе 25–50 мг/сут, второй — эплеренон в дозе 25–50 мг/сут в составе стандартной базисной терапии ХСН. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. В динамике оценивали клиническое состояние, ФВ ЛЖ, функциональный класс ХСН, частоту госпитализаций по поводу декомпенсации, уровни калия и креатинина сыворотки крови, а также частоту нежелательных явлений.

Результаты исследования. Через 6 месяцев терапии в обеих группах отмечалась положительная динамика кли-

нического и функционального состояния пациентов. ФВ ЛЖ увеличилась с $32,9 \pm 4,7\%$ до $39,1 \pm 5,8\%$ в группе спиронолактона и с $33,1 \pm 4,5\%$ до $40,3 \pm 5,6\%$ в группе эплеренона. Улучшение ФК ХСН на ≥ 1 класс зарегистрировано у 56,7% пациентов в группе спиронолактона и у 63,3% – в группе эплеренона. Частота госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН составила 20,0% и 16,7% соответственно. Гиперкалиемия наблюдалась у 10,0% пациентов, получавших спиронолактон, и у 6,7% пациентов в группе эплеренона. Гинекомастия отмечена у 10,0% мужчин в группе спиронолактона; в группе эплеренона данный нежелательный эффект не зарегистрирован. Таким образом, применение обоих препаратов сопровождалось улучшением функционального состояния и увеличением ФВ ЛЖ, при этом на фоне терапии эплереноном отмечалась тенденция к меньшей частоте отдельных нежелательных явлений.

Выводы. Включение спиронолактона и эплеренона в базисную терапию ХСНнФВ в течение 6 месяцев сопровождалось улучшением функционального состояния пациентов и увеличением ФВ ЛЖ. Эплеренон демонстрировал более благоприятный профиль переносимости по частоте гиперкалиемии и гинекомастии. Полученные результаты позволяют рассматривать эплеренон как альтернативный вариант терапии АМКР у пациентов с ХСНнФВ с учётом индивидуальных факторов риска и переносимости лечения.

Бурхонзода А.Б.1, Раджабов А.С.1,2, Махмудова П.У.1

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

¹ТНИИ профилактической медицины, ²Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Систематизировать современные представления о рисках развития туберкулёза (ТБ) у людей, живущих с ВИЧ.

Материал и методы. Рассмотрены взаимосвязь иммунодефицита и риска ТБ, значение выявления туберкулёзной инфекции, профилактического лечения и антиретровирусной терапии, а также действия после контакта с больным туберкулёзом.

Результаты исследования. Взаимосвязь двух инфекций определяется прежде всего нарушением клеточного иммунитета при ВИЧ-инфекции. После инфицирования *M. tuberculosis* у человека может сохраняться состояние туберкулёзной инфекции без клинических проявлений активного заболевания. При сохранном иммунитете иммунная система способна длительно ограничивать активность микобактерий. При прогрессировании ВИЧ-инфекции этот контроль ослабевает. У человека, живущего с ВИЧ, возможна как реактивация ранее приобретённой инфекции, так и прогрессирование недавно приобретённой инфекции после нового заражения. Следовательно, отсутствие известного контакта с больным ТБ не исключает необходимость регулярного наблюдения. Необходимо различать три взаимосвязанных, но не идентичных понятия: скрининг на ТБ, диагностика активного заболевания и выявление туберкулёзной инфекции. Эффективная АРТ является фундаментальным компонентом профилактики ТБ у людей, живущих с ВИЧ. Подавление репликации ВИЧ и восстановление иммунной функции уменьшают вероятность развития активного ТБ.

После начала АРТ у части пациентов может развиваться синдром восстановления иммунитета, связанный с усилением воспалительного ответа на уже существующий инфекционный процесс.

Контакт с больным активным туберкулёзом не означает неизбежного заражения или развития заболевания. Риск зависит от продолжительности и тесноты контакта, инфекционности источника, условий пребывания в помещении и состояния иммунной системы контактного лица.

Выводы. Туберкулёз остаётся одной из наиболее значимых инфекционных угроз для людей, живущих с ВИЧ. Повышенный риск связан прежде всего с нарушением клеточного иммунитета, вследствие которого возрастает вероятность прогрессирования недавно приобретённой инфекции и реактивации ранее существовавшей туберкулёзной инфекции. Не менее важны своевременное обследование после контакта с больным туберкулёзом, соблюдение мер инфекционного контроля и повышение медицинской грамотности пациентов.

Валиева М.С., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комплексного лечения истинных и ложных келоидных рубцов у женщин с включением системного гормонального лечения.

Материал и методы. Лечение проводили в двух основных и двух контрольных группах. Первую основную группу составили 35 пациенток с истинными келоидами, вторую – 33 пациентки с ложными келоидами. В контрольные группы вошли соответственно 30 и 20 женщин. Всем пациенткам проводили четырёхэтапное лечение, включавшее электрофорез с лидазой и ультрафонофорез с фторокортом, криодеструкцию с внутрирубцовым введением Кеналога-40, химический пилинг и компрессионную терапию. В основных группах данный комплекс дополняли длительным приёмом препарата, содержащего этинилэстрадиол и дроспиренон, в течение 12 месяцев.

Результаты исследования. У пациенток с истинными келоидами комплексная терапия сопровождалась выраженным улучшением клинических показателей. Через 6 месяцев высота рубца в основной группе снизилась с 3,6 до 0,86 балла, тогда как в контрольной группе после лечения составляла 2,0 балла. Боль полностью регрессировала, уменьшились зуд и парестезии, прекратилось дальнейшее распространение келоида за пределы основного очага. Общий показатель выраженности клинических проявлений снизился с 26,2 до 5,56 балла, то есть в 4,7 раза, тогда как в контрольной группе — только до 17,6 балла, или в 1,5 раза.

У женщин с ложными келоидами также отмечалась положительная динамика. Наиболее выраженное снижение

выявлено по показателям васкуляризации, боли и прогрессирования рубца, которые после лечения достигли нулевых значений. Общий клинический показатель снизился с 19,8 до 11,5 балла, тогда как в контрольной группе — до 16,1 балла. Таким образом, через 6 месяцев комплексная терапия ложных келоидов была в 1,4 раза эффективнее традиционного лечения.

К 12-му месяцу терапевтический эффект становился ещё более выраженным. У пациенток с истинными келоидами общий показатель клинических проявлений снизился с 26,2 до 2,8 балла, то есть в 9,2 раза, против снижения до 11,5 балла в контрольной группе. При ложных келоидах общий показатель уменьшился с 19,8 до 4,3 балла, или в 4,6 раза, тогда как в контрольной группе — лишь в 1,8 раза. Одновременно значительно уменьшались высота, пигментация, плотность рубца, зуд и парестезии.

При итоговой оценке клинической эффективности отличный результат при истинных келоидах наблюдался у 60,0% пациенток основной группы против 23,3% в контрольной группе. При ложных келоидах отличный результат зарегистрирован у 54,5% женщин основной группы против 30,4% в контроле. В целом включение системной терапии дроспиреноном повышало эффективность лечения в 2,6 раза при истинных и в 1,8 раза при ложных келоидных рубцах.

Выводы. Комплексное лечение келоидных рубцов у женщин с включением длительной гормональной коррекции сопровождается более выраженным уменьшением клинических проявлений и повышением частоты благоприятных исходов по сравнению с традиционной терапией.

Вахобова Ф.А.

КОМПЛЕКСНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ АРИТМОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

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

Цель исследования. Оценить клинические, электрокардиографические, эхокардиографические и инструментальные предикторы желудочковых аритмий и провести комплексную стратификацию аритмогенного риска у пациентов с дилатационной кардиомиопатией в сочетании с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ с уже существующими историями болезней, ЭКГ, ЭхоКГ, Холтерами и анализами пациентами. В исследование включены 60 пациентов Кардиоревматологического отделения ГУГЦЗ№2 с диагнозами хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий(ФП) — впервые выявленная или персистирующая, длительная тахисистолическая ФП, желудочковая экстрасистолия, дилатационная кардиомиопатия, снижение ФВ ЛЖ неясной этиологии. Из них 24 (40%) женщины и 36 (60%) мужчин. Возраст женщин колеблется от 36 до 67 лет, а также мужчин от 41 до 79 лет. Средний возраст женщин равен 48, мужчин - 60 лет. Средний возраст всей исследуемой группы составляет 55 лет.

Основной критерий аритмогенного риска определяли по наличию значимых желудочковых аритмий, включая фибрилляцию предсердий, устойчивую желудочковую тахикардию и/или желудочковые экстрасистолы, а также расширение комплекса QRS <130 мс, блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ). Дополнительно учитывались снижение ФВ ЛЖ 25–30%, синкопальные состояния, нарушения внутрижелудочковой проводимости, семейный анамнез внезапной сердечной смерти.

Результаты исследования. Несмотря на сопоставимые значения ФВ ЛЖ пациенты демонстрировали различный профиль аритмогенного риска. У 21 (35%) пациентов выявлялись эпизоды ЖЭС с уширенными комплексами QRS. ФП с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) зарегистрированы ФВ ЛЖ: выраженное снижение, особенно $\leq 35\%$. у 39 (65%) пациентов. Таким образом, ФП с ДКМП не отражало всех различий в потенциальном аритмогенном риске.

Выводы. Диагноз ДКМП устанавливался на основании клинических данных и результатов инструментального обследования с учётом исключения других причин дилатации и систолической дисфункции левого желудочка. Конечно-диастолический размер левого желудочка – увеличен, Конечно-диастолический объем - 220 мл, нет значимого коронарного поражения. Диагноз ФП подтверждался данными электрокардиографии и/или суточного мониторирования ЭКГ: обычно QRS узкий — <120 мс, если внутрижелудочковая проводимость не нарушена; QRS ≥ 120 мс считается расширенным и может указывать на блокаду ножки пучка Гиса, неспецифическое нарушение внутрижелудочковой проводимости или aberrantное проведение; при ФП интервалы R–R нерегулярные, поэтому ширину QRS измеряют на нескольких комплексах; при наличии aberrantного проведения ширина отдельных QRS может различаться.

Стратификация риска при ДКМП с ФП должна основываться на совокупности клинически электрокардиографических, эхокардиографических параметров. Комплексный подход потенциально позволяет более точно идентифицировать пациентов с повышенным риском внезапной сердечной смерти.

Велиляева А.С.

ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Оценить влияние персонифицированной комплексной программы реабилитации на выраженность депрессивной и тревожной симптоматики, а также на когнитивное функционирование пациентов с эпилепсией.

Материал и методы. В исследование включены 480 пациентов с эпилепсией в возрасте 25–45 лет, наблюдавшихся в 2018–2026 гг. Основную группу составили 240 пациентов, получавших в дополнение к стандартной помощи

12-недельную персонализированную комплексную реабилитацию; 240 пациентов группы сравнения получали стандартную терапию и общепринятые рекомендации. Обследование проводили исходно (T0), после завершения курса на 84-й день (T1), а также через 3 и 6 месяцев (T2, T3). Эмоциональный статус оценивали по HAM-D-17 и HAM-A, когнитивный - по MMSE, MoCA, EriTrack, Trail Making Test A/B, тесту Струпа, Wisconsin Card Sorting Test и BACS. Статистическую обработку выполняли в SPSS 12.0; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. После завершения 12-недельной комплексной реабилитационной программы у пациентов основной группы зарегистрировано более выраженное улучшение эмоционального состояния по сравнению с пациентами, получавшими стандартную помощь. Средний показатель депрессивной симптоматики по HAM-D-17 в основной группе снизился с $16,4 \pm 5,2$ до $10,7 \pm 4,5$ балла, то есть на 34,8%, тогда как в группе сравнения - с $16,1 \pm 5,0$ до $13,7 \pm 4,9$ балла, или на 14,9%. Различие динамики между группами было статистически значимым ($\Delta = -3,3$ балла; 95% ДИ от -4,14 до -2,46; $p < 0,001$). Аналогичная динамика отмечена в отношении тревожной симптоматики. Исходный показатель HAM-A составлял $18,9 \pm 6,1$ балла в основной группе и $18,6 \pm 6,0$ балла в группе сравнения ($p > 0,05$). После курса реабилитации он снизился соответственно до $12,8 \pm 5,3$ и $15,7 \pm 5,5$ балла. Снижение тревоги составило 32,3% в основной группе против 15,6% при стандартной помощи; межгрупповое различие динамики было достоверным ($\Delta = -3,2$ балла; 95% ДИ от -4,11 до -2,29; $p < 0,001$). Положительные изменения эмоционального статуса сочетались с улучшением когнитивного функционирования. По шкале MoCA в основной группе средний показатель увеличился с $23,7 \pm 3,3$ до $25,5 \pm 3,0$ балла, тогда как в группе сравнения - с $23,8 \pm 3,4$ до $24,5 \pm 3,2$ балла. Прирост составил соответственно 1,8 и 0,7 балла, а различие изменений между группами достигало статистической значимости ($p = 0,002$). Такая величина эффекта сопоставима с опубликованным 12-недельным исследованием у пациентов с эпилепсией, где улучшение MoCA составляло около 1,7 балла. Более выраженная динамика была получена и по эпилепсия-специфичному тесту EriTrack, оценивающему преимущественно внимание, психомоторную скорость и исполнительные функции. Средний показатель увеличился в основной группе с $30,6 \pm 6,1$ до $34,2 \pm 5,8$ балла, тогда как в группе сравнения - с $30,8 \pm 6,2$ до $32,0 \pm 6,0$ балла ($p < 0,001$ для различия динамики). Надёжное когнитивное улучшение, определяемое как повышение EriTrack не менее чем на 4 балла, было зарегистрировано у 106 из 240 пациентов (44,2%) основной группы и у 50 из 240 (20,8%) пациентов группы сравнения ($p < 0,001$). Порог в 4 балла соответствует принятому в вашей методике критерию надёжного улучшения EriTrack. При контрольном обследовании через 6 месяцев положительный эффект в основной группе в значительной степени сохранялся. Средний HAM-D составлял $11,3 \pm 4,6$ балла против $13,8 \pm 4,9$ балла в группе сравнения ($p < 0,001$), HAM-A - $13,4 \pm 5,2$ против $15,9 \pm 5,4$ балла ($p < 0,001$). Показатель MoCA сохранялся на уровне $25,3 \pm 3,0$ против $24,5 \pm 3,1$ балла ($p = 0,004$), а EriTrack - $33,8 \pm 5,9$ против $31,9 \pm 6,1$ балла ($p < 0,001$). Это позволяет предположить, что эффект комплексной программы не ограничивается непосредственным периодом вмешательства и может сохраняться после завершения активного этапа реабилитации.

Выводы. Предполагаемая динамика указывает, что включение персонализированной комплексной реабилитации в стандартное ведение пациентов с эпилепсией может сопровождаться более выраженным уменьшением депрессивной и тревожной симптоматики и умеренным улучшением когнитивного функционирования, прежде всего внимания и исполнительных функций.

Воронцовская К.Р., Шарифова Н.Дж., Абдулхаков Н.С.

ОСОБЕННОСТИ КОАГУЛЯЦИОННОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ

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

Цель исследования. Изучить особенности показателей коагуляционного профиля у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) различных фенотипов в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы. Обследовано 40 пациентов с ХСН на базе ГМЦ №1 им. А. Каримова. Средний возраст больных составил $67 \pm 3,9$ года. В зависимости от фракции выброса левого желудочка пациенты распределены на три группы: сохранной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ $\geq 50\%$) - 13 пациентов, промежуточной (ХСНпФВ 40-49%) - 13 и низкой (ХСНнФВ $< 40\%$) - 14. Оценивали количество тромбоцитов, протромбиновое время (ПВ), международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), уровень фибриногена и D-димера. Пациенты с фибрилляцией предсердий и получавшие антикоагулянтную терапию в исследование не включались.

Результаты исследования. При сравнительном анализе показателей коагуляционного профиля между пациентами с различными фенотипами ХСН выявлена последовательная направленность изменений по мере снижения фракции выброса левого желудочка. Наиболее выраженные различия отмечались со стороны количества тромбоцитов. В группе ХСНсФВ их среднее количество составляло $175 \pm 90,3 \times 10^9/\text{л}$, при ХСНпФВ — $210 \pm 88,1 \times 10^9/\text{л}$, тогда как у пациентов с ХСНнФВ показатель достигал $350 \pm 89,1 \times 10^9/\text{л}$. Таким образом, максимальные значения тромбоцитов регистрировались у пациентов с наиболее сниженной ФВ ЛЖ.

Аналогичная направленность наблюдалась в отношении уровня фибриногена. В группе ХСНсФВ его концентрация в среднем составляла $2,0 \pm 0,7$ г/л, при ХСНпФВ увеличивалась до $2,4 \pm 1,1$ г/л, а при ХСНнФВ достигала $3,3 \pm 1,1$ г/л. По мере снижения ФВ ЛЖ отмечалось последовательное повышение уровня фибриногена.

Концентрация D-димера также увеличивалась в зависимости от фенотипа ХСН: с 250 ± 120 нг/мл при ХСНсФВ до 320 ± 119 нг/мл при ХСНпФВ и 370 ± 101 нг/мл при ХСНнФВ. Наибольшее значение показателя отмечалось в группе пациентов с низкой ФВ ЛЖ.

При оценке показателей внутреннего пути коагуляции АЧТВ составляло $26,1 \pm 3,1$ с у пациентов с ХСНсФВ, $30,1 \pm 3,2$ с при ХСНпФВ и $33,0 \pm 2,1$ с при ХСНнФВ.

Протромбиновое время постепенно снижалось: с $10,1 \pm 2,3$ с в группе ХСНсФВ до $9,4 \pm 3,2$ с при ХСНпФВ и

9,1±2,2 с при ХСНнФВ. Международное нормализованное отношение также последовательно уменьшалось - с 1,3±0,3 до 1,1±0,2 и 0,9±0,3 соответственно.

Выводы. У пациентов с ХСН различных фенотипов выявляются различия коагуляционного профиля, наиболее выраженные при ХСНнФВ. Снижение ФВ ЛЖ сопровождается изменением показателей тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза, что подчёркивает необходимость дальнейшего изучения взаимосвязи нарушений коагуляции с фенотипом и тяжестью ХСН.

Воронцовская К.Р., Таджиева З.А., Юлдашев У.Р.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ДОЗ ЧЕТЫРЁХКОМПОНЕНТНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСНнФВ

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

Цель исследования. Оценить частоту применения четырёхкомпонентной базисной терапии и достижения целевых доз препаратов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ).

Материал и методы. Проведено ретроспективное наблюдательное исследование с анализом медицинской документации 60 пациентов с ХСНнФВ, находившихся на стационарном лечении на базе ГМЦ №1 им. Ахмеда Каримова. Средний возраст составил 63±4,2 года. Среди обследованных было 35 мужчин (58,3%) и 25 женщин (41,7%). У всех пациентов диагностирована ХСН III-IV функционального класса по NYHA. Оценивали применение сакубитрил/валсартана, бисопролола, спиронолактона и дапаглифлозина, достижение целевых доз и причины их недостижения. Целевыми считали дозы сакубитрил/валсартана 97/103 мг 2 раза в сутки, спиронолактона 50 мг/сут и дапаглифлозина 10 мг/сут. Для сравнения частот использовали точный критерий Фишера; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Фракция выброса левого желудочка в среднем составила 34±4,7%. Средние значения систолического и диастолического артериального давления - 142±15 и 90±13 мм рт. ст. соответственно. Частота сердечных сокращений достигала в среднем 90±17 уд/мин, концентрация креатинина - 110±15,5 мкмоль/л, расчётная скорость клубочковой фильтрации - 60±9,1 мл/мин/1,73 м², уровень калия - 4,1±0,9 ммоль/л.

Четырёхкомпонентную базисную терапию получали 45 (75,0%) пациентов, трёхкомпонентную - 15 (25,0%). В группе четырёхкомпонентной терапии целевых доз достигли 43 (95,6%) пациента, в группе трёхкомпонентной терапии - 7 (46,7%). Различия между группами были статистически значимыми ($p < 0,001$).

В общей группе целевые дозы достигнуты у 50 (83,3%) из 60 пациентов. У 10 (16,7%) пациентов целевые дозы достигнуты не были. При этом среди больных, получавших четырёхкомпонентную терапию, целевые дозы достигались у подавляющего большинства - 95,6%, тогда как при трёхкомпонентной терапии этот показатель составил менее половины - 46,7%.

Анализ причин недостижения целевых доз показал, что одной из выявленных причин являлась недостаточная приверженность пациентов к проводимой терапии.

Выводы. Четырёхкомпонентная базисная терапия широко применялась у пациентов с ХСНнФВ и была связана с более частым достижением целевых доз препаратов. Полученные результаты подчёркивают важность оптимизации базисной терапии и повышения приверженности пациентов к лечению.

Вохидов Н.Б., Улмасов Х.Х., Ганиев Ш.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ИСХОДЫ

Отделение реанимации и интенсивной терапии Областной клинической больницы имени Б. Вохидова, г.Бохтар. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру осложнений, особенности интенсивной терапии и исходы острого инфаркта миокарда (ОИМ) у пациентов, находившихся на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, с определением факторов, ассоциированных с развитием кардиогенного шока и летальностью.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с ОИМ за январь-июль 2026 года. Оценивали пол, тип и локализацию инфаркта, первичный и повторный характер заболевания, сопутствующую патологию, применяемые методы реперфузионной терапии, осложнения, вазоактивную поддержку и исходы. Рассчитывали абсолютные значения, относительные показатели и соотношения между группами выживших и умерших.

Результаты исследования. Из 75 пациентов женщины составили 39 (52,0%), мужчины — 36 (48,0%), соотношение 1,08:1. Трансмуральный ИМ диагностирован у 62 (82,7%), интрамуральный — у 8 (10,7%), субэндокардиальный — у 5 (6,7%) пациентов. Первичный ИМ наблюдался у 67 (89,3%), повторный — у 8 (10,7%), соотношение 8,4:1. Передняя локализация отмечена у 40 (53,3%), задняя — у 35 (46,7%). Артериальная гипертензия высокой степени риска выявлена у 75 (100%) пациентов, сахарный диабет — у 13 (17,3%), хроническая почечная недостаточность — у 2 (2,7%). Гепаринотерапия проведена у 68 (90,7%) пациентов, стентирование — у 7 (9,3%), соотношение 9,7:1. Кардиогенный шок развился у 12 (16,0%) пациентов, из которых 8 (66,7%) умерли. Тахикардия отмечена у 9 (12,0%), отёк лёгких — у 3 (4,0%) пациентов; во всех случаях отёка лёгких зарегистрирован летальный исход. Вазоактивная поддержка включала допамин у 9 (12,0%), норадреналин — у 7 (9,3%), мезатон — у 6 (8,0%) пациентов. Летальный исход зарегистрирован у 9 (12,0%), выжили 66 (88,0%), соотношение 7,3:1. Среди умерших кардиогенный шок наблюдался

у 8 (88,9%), тогда как среди выживших — у 4 (6,1%), что соответствует различию в 14,6 раза. Тахикардия среди умерших отмечена у 3 (33,3%), среди выживших — у 6 (9,1%).

Выводы. В исследуемой группе преобладали трансмуральные формы ОИМ (82,7%) и пациенты с артериальной гипертензией высокой степени риска (100%). Кардиогенный шок являлся наиболее значимым осложнением, ассоциированным с неблагоприятным исходом: он выявлялся у 88,9% умерших против 6,1% выживших. Летальность составила 12,0%. Полученные результаты подчёркивают необходимость ранней реперфузионной стратегии, непрерывного гемодинамического мониторинга и своевременной вазоактивной поддержки пациентов с признаками гипоперфузии.

Вохидова А.П., Хурсанов К.А.

РЕДКИЕ И ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ ТЕНИАРИНХОЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

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

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности редких и осложнённых форм тениаринхоза для оптимизации диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 8 историй больных с диагнозом Тениаринхоз, которые находились на обследовании и лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе в период 2022–2025 гг. Диагноз был подтверждён микроскопическим исследованием кала (нативный мазок) с обнаружением члеников и/или яиц. Были изучены эпидемиологический анамнез, клиническая картина, лабораторные и инструментальные данные, а также результаты лечения.

Результаты исследования. Среди 8 пациентов, женщины составили 6 (75%) больных, мужчины — 2 (25%). Возраст пациентов варьировал от 21 до 51 года (средний 39, $1 \pm 3,6$ лет). Анализ эпидемиологического анамнеза показал, что **все 8 (100%) пациентов употребляли сырое или полусырое мясо из говядины** — ключевой фактор передачи инвазии. В 6 (75%) случаях тениаринхоза больные употребляли мясо, которое покупали на рынке или в магазине, в 2 (25%) случаях был домашний забой. Контакт с крупным рогатым скотом отмечен лишь у 1 (12,5%) пациента. Диагностика выявила значительные ошибки в постановке диагноза: в 6 (75%) случаях первоначальный диагноз был выставлен панкреатит, от холецистита/холецистопанкреатита длительно лечились 2 (25%) пациента, диагноз гастродуоденит был в 1 (12,5%) случае. Число обращений к врачу до установления правильного диагноза составило от 2 до 5 лет. Длительность заболевания варьировала от 8 месяцев до **10 лет**. Клинически заболевание проявлялось болевым синдромом, тошнотой, вздутием и метеоризмом у всех больных, запоры (до 7 дней) отмечались у 5 (62,5%) пациентов, астено-невротическим синдром был выражен у 7 (87,5%) больных, а извращение аппетита и вкуса — у 4 (50%) пациентов. На перианальный зуд жаловались 5 (62,5%) пациентов, крапивница наблюдалась у 2 (25%) больных. Выделение члеников самостоятельно отмечали все пациенты, при этом у 3 (37,5%) больных наблюдалось выделение гельминта целиком (до 1–1,5 метра). Эозинофилия была **не информативна** — от 2% до 5%, ни в одном случае не превышала 5%. Анемия (гемоглобин < 120 г/л) выявлена у 6 (75%) пациентов. У 6 (75%) больных тениаринхоз сопровождался панкреатитом, у 4 (50%) пациентов был отмечен холецистит, а 3 (37,5%) больных страдали также сахарным диабетом (II типа). Атипичные проявления тениаринхоза включали цистит и вульвовагинит у 1 (12,5%) пациентки, навязчивые идеи и бессонница отмечались у 2 (25%) больных. Лечение празиквантелом в дозе 15 мг/кг однократно проведено 5 (62,5%) пациентам, полный эффект достигнут в 4 (80%) случаях, в 1 (12,5%) случае отмечен рецидив болезни. Никлозамид в дозе 3 г однократно был применён у 2 (25%) пациентов, в 1 (12,5%) случае наблюдался неполный эффект о терапии с двукратным рецидивом болезни.

Выводы. Тениаринхоз в 75% случаев длительно маскируется под гастроэнтерологическую патологию (панкреатит, холецистит, гастродуоденит), что приводит к поздней диагностике — до 10 лет. Сырое и полусырое мясо говядины является основным фактором передачи в регионе. Эозинофилия не является надёжным маркером инвазии. Анемия в (75%) случаев — недооценённый симптом, требующий внимания. Самостоятельное выделение больными члеников, которое наблюдалось у всех больных, является ключевым анамнестическим признаком. При выявлении тениаринхоза предпочтительна дегельминтизация празиквантелом в дозе 15 мг/кг однократно.

Вохидова А.П., Рахмонов Э.Р., Сатторова З.Т.

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ ПОД МАСКОЙ ДИПИЛИДИОЗА: ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ

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

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности гименолепидоза и дипилидиоза у человека, а также оценить эффективность противопаразитарной терапии.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 33 истории болезни пациентов с диагнозом Дипилидиоз и 21 история больных с диагнозом Гименолепидоз, проходивших стационарное лечение в клинике инфекционных болезней г. Душанбе в период 2022–2026 гг. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, эпидемиологического анамнеза и паразитологического исследования кала (нативный мазок).

Результаты исследования. Среди 21 пациента с гименолепидозом дети составили 19 (90,5%) больных, взрослые — 2 (9,5%). Возраст пациентов варьировал от 2 до 47 лет. Из них женщин было 13 (61,9%), а мужчин — 9 (42,8%). В группе дипилидиоза из 33 больных преобладали взрослые — 25 (75,8%), дети составили 8 (24,2%). Возраст варьировал от 6 до 58 лет. Женщин среди больных было 27 (81,8%), а мужчин — 6 (18,2%). Аллергические проявления были выражены в обеих группах: крапивница отмечена у 15 (71,4%) пациентов с гименолепидозом и у 21 (63,6%) с дипили-

диозом. Диспепсический синдром преобладал при гименолепидозе: выраженные боли в животе, тошнота, рвота, извращение аппетита наблюдались у всех больных. Запоры чаще отмечались при дипилидиозе. Астено-невротический синдром (слабость, головная боль, раздражительность, нарушение сна) был более выражен при гименолепидозе. Потеря массы тела и анемия регистрировались в обеих группах. У 11 (52,4%) пациентов с гименолепидозом после проведенного лечения онкосферы обнаруживались повторно, что свидетельствует об аутоинвазии. В группе дипилидиоза диагноз верифицировался по обнаружению онкосфер и проглотид в кале; в 8 случаях (24,2%) первоначальный диагноз Дипилидиоз был пересмотрен в пользу гименолепидоза. При лечении гименолепидоза применялись препараты празиквантел и никлозамид. Никлозамид в дозе 500 мг преимущественно использовался у детей до 12 лет. Схема лечения включала 3 курса по 7 дней приёма с 5-дневными интервалами. Выздоровление после первого курса достигнуто у 5 (26,3%) детей. Повторное обнаружение яиц после 3 курсов лечения отмечено у 3 (14,3%) пациентов. Празиквантел применялся у взрослых в дозе 25 мг/кг однократно. Рецидив болезни после дегельминтизации празиквантелом отмечался у 7 (33,3%) пациентов, что потребовало увеличения дозы препарата до 35 мг/кг однократно и введения повторных курсов дегельминтизации через 21 день. При дипилидиозе никлозамид применялся также у детей до 12 лет в дозе 1-1,5 г однократно. Во всех 8 случаях среди детей было достигнуто полное выздоровление после первого применения терапии никлозамидом. Празиквантел применялся у взрослых в дозе 25 мг/кг. Эффективность после первого курса терапии празиквантелом достигнута в 23 (69,7%) случаях.

Выводы. Гименолепидоз у человека в 24,2% случаев изначально диагностируется как дипилидиоз, что обусловлено морфологическим сходством яиц при микроскопии нативного мазка. Гименолепидоз характеризуется преимущественным поражением детей (90,5%), а дипилидиоз преобладает у взрослых (75,8%). Инвазия этими гельминтами сопровождается выраженным аллергическим, диспепсическим и астено-вегетативным синдромами. Резистентность к празиквантелу и никлозамиду отмечена, как и при гименолепидозе, так и при дипилидиозе, что требует оптимизации схем лечения.

Гайратзода Т.Ғ1., Ёдгорова М.Ҷ2., Шамсутдинова Г.А1.

САТҲИ СОЛИМИИ АҲОЛИИ МД МСШ №15 ДАР НИМСОЛАИ АВВАЛИ СОЛИ 2026

¹МД Маркази саломатии шаҳрии №15 ш.Душанбе ²Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили сатҳи солимии аҳоли дар Маркази саломатӣ аз рӯи ҳисоботи оморӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Аз тарафи мо таҳлили ҳисоботи омории нимсолаи аввали соли 2026 оид ба сатҳи беморшавии аҳоли дар Марказ гузаронида шуд. Ҳамагӣ шумораи аҳолии хизматрасонии МСШ №15 дар давраи ҳисоботӣ ба 58755 баробар буд. Аз онҳо кӯдакони то 1 сола 1237 (2.1%) нафар, то 18-сола-22485 (38.3%), занҳои синну соли репродуктивӣ-14726 (25%)-ро ташкил доданд.

Натиҷаи таҳқиқот. Чойи аввалро бемориҳои эндокринӣ -1161 (2%) ишғол намуданд, чойи дуюм бемориҳои узвҳои нафаскашӣ-1336 (2.3%), аз онҳо чоғари эндемикӣ-647 (1.1%), диабетӣ қанд-314 (0.55), фарбеҳӣ-76 (0.13%)-ро ташкил доданд. Зинаи сеюмро бемориҳои дилу рағҳои хунгард-1095 (1.9%), ФБШ-819 (1.4%), БИД-234 (0.4%), стенокардия -231 (0.4%), БИД музмин-3 (0.005%) ишғол намуданд. Бемориҳои системаи пешобро ну таносул-709 (1.2%), Бемориҳои узвҳои таъягоҳу ҳаракат-692 (1.18%) баробар буданд. Оризаҳои ҳомиладорӣ ва таваллуд-366 (0.62%) ҳодиса ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои сироятӣ ва паразитарӣ-234 (0.4%) мушоҳида гаштанд. Бемориҳои чашм-334 (0.7%), Гуш-302 (0.6%), Бемориҳои системаи асаб-194 (0.3%), аз онҳо фалачи кӯдакони майнаи сар -11 (0.01%) ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои пӯст-164 (0.3%), Бемориҳои узвҳои ҳозима-123 (0.2%), Бемориҳои системаи ҳунофар-камхунӣ-89 (0.1%), Пэп-80 (0.1%), Саратон-66 (0.1%), Нуқсонҳои модарзодӣ-33 (0.05%) ба назар расиданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳлили сатҳи солимии аҳолии болозикр нишон дод, ки бештар мардум аз бемориҳои эндокринӣ, роҳҳои нафаскашӣ, дилу рағҳои хунгард, асаб ва сироятиву паразитарӣ азият мекашанд ва бо ин сабабҳо ба табибони Макази саломатӣ муроҷиат менамоянд. Микдори бемориҳои нуқсонҳои модарзодӣ, омосӣ ва давраи ҳомиладорӣ низ нигароникунада буда аз табибони оилавӣ зиракии касбиро тақозо менамоянд, ки гардиши ҳавлигӣ ва самти корҳои профилактикӣ фаҳмондадиҳиро пурзӯр намоянд.

Ганиева М.П., Азизов А.Н., Ходжиева Г.Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МОЧЕВЫХ БИОМАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Цель исследования. Определить значение мочевины и креатинина на снижение скорости клубочковой фильтрации у пациентов с хронической болезнью почек.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 100 пациентов молодого возраста с 3-5 стадиями ХБП. Возраст пациентов составил в среднем 34,7 лет. Все обследованные пациенты получали заместительную почечную терапию. Для оценки клинического состояния и характера поражения почек пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза заболевания, оценку жалоб и объективного статуса. Проводили исследование общего анализа крови и мочи, определялись биохимические показатели крови, как уровень мочевины, креатинина, глюкозы, протеинемии. Исследовали скорость клубочковой фильтрации. СКФ –это лабораторный тест, позволяющий оценить работу почек и позволяет косвенно указать на работу нефронов почек. Проводилось измерение артериального давления с оценкой наличия и выраженности артериальной гипертензии. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы выполнялось электрокардиографическое исследование. Из всех обследуемых пациентов 28 находились на програмном гемодиализе.

Результаты исследования. При исследовании выявлено, что показатели мочевины повышены в среднем от 10,2 ммоль/л до 24,5 ммоль/л. Уровень креатинина повышен от 152 ммоль/л до 545 ммг/%. У 20 (20.0%) пациентов с уровнем мочевины до 15 ммоль/л и креатинина до 220 ммоль/л скорость клубочковой фильтрации соответствовала до 55 мл/мин. Высота мочевины соответствовала до 20.0 ммоль/л и креатинин повышен до 300 ммоль/л были повышены у 41 (41 %) пациента. СКФ составила до 50.0 мл/мин. У остальных 39 (39.0 %) пациентов высота мочевины составила 29,5 ммоль/л, уровень креатинина повышена на 545 ммоль/л СКФ снизилась до 15 мл/мин. В зависимости от снижения уровня скорости клубочковой фильтрации выделяют стадии хронической болезни почек. При скорости клубочковой фильтрации 15-29 мл/мин отмечено выраженное снижение функции почек, применяется гемодиализ.

Вывод. По результатам исследования выявлено, чем выше показатели мочевых биомаркеров, тем ниже скорость клубочковой фильтрации.

Ганиева М.П., Азизов А.Н., Ибрагимов А.Ф.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ПРОГРАММНОМ ДИАЛИЗЕ

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

Цель исследования. Изучить особенности этиологической структуры хронической болезни почек (ХБП) у пациентов молодого возраста.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 100 пациентов молодого возраста с терминальной стадией ХБП, находящихся на программном гемодиализе. Возраст пациентов составил в среднем 37.2 года. Все обследованные пациенты получали заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа. Для оценки клинического состояния и характера поражения почек проводилось комплексное обследование, включавшее сбор анамнеза заболевания, оценку жалоб и объективного статуса. Всем пациентам выполнялись общий анализ крови и общий анализ мочи, определялись биохимические показатели крови, как уровень мочевины, креатинина и глюкозы. Проводилось измерение артериального давления с оценкой наличия и выраженности артериальной гипертензии. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы выполнялось электрокардиографическое исследование. Этиологическую структуру ХБП определяли на основании анамнестических данных, клинических проявлений, результатов лабораторного и инструментального обследования, а также данных медицинской документации.

Результаты исследования. При анализе этиологической структуры ХБП установлено выраженное преобладание гломерулярной патологии. Гломерулонефрит являлся основной причиной формирования терминальной стадии ХБП и был выявлен у 89 из 100 обследованных пациентов, что составило **89%**. Второе место занимала ХБП, ассоциированная с сахарным диабетом, которая наблюдалась у 10 пациентов (**10%**). Системная красная волчанка была установлена в качестве причины ХБП у 1 пациента (**1%**). Таким образом, хронические гломерулярные заболевания являлись ведущей причиной развития терминальной стадии ХБП у лиц молодого возраста, нуждающихся в программном гемодиализе. Проведённое клинико-лабораторное обследование позволило оценить выраженность нарушений, характерных для терминальной стадии ХБП, включая изменения показателей общего анализа крови и мочи, повышение уровня азотистых метаболитов - мочевины и креатинина, а также нарушения углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом. Измерение артериального давления и проведение ЭКГ позволяли выявлять сопутствующие сердечно-сосудистые изменения, имеющие важное значение у пациентов, длительно получающих заместительную почечную терапию. Полученные результаты указывают на неоднородность этиологических причин терминальной ХБП у молодых пациентов, однако с явным доминированием гломерулонефрита. Высокая доля данной патологии свидетельствует о необходимости раннего выявления гломерулярных заболеваний, регулярного лабораторного контроля и своевременного начала нефропротективных мероприятий. Особое значение имеет диспансерное наблюдение молодых пациентов с заболеваниями почек, поскольку своевременная диагностика и лечение могут способствовать замедлению прогрессирования ХБП и снижению риска развития терминальной почечной недостаточности.

Вывод. В этиологической структуре терминальной ХБП у пациентов молодого возраста, находящихся на программном гемодиализе, доминирующее место занимает гломерулонефрит — **89%** случаев. ХБП, ассоциированная с сахарным диабетом, выявлена у **10%**, системная красная волчанка — у **1%** обследованных. Таким образом, гломерулонефрит является ведущей причиной формирования терминальной ХБП у молодых лиц, нуждающихся в программном гемодиализе, что обосновывает необходимость раннего выявления и своевременного лечения гломерулярной патологии.

Гаримадов С.Н., Зокиров А.С., Исоева М.Б.

АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
ООО «Пайрави Сино»

Цель исследования. Разработать алгоритм персонализированной программы ранней реабилитации пациентов с ишемическим инсультом с включением метода биоакустической коррекции (БАК) на основе клинико-нейрофизиологической стратификации.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов (71 мужчина, 56 женщин; средний возраст 65,7±6,7 года) с атеротромботическим полужарным ишемическим инсультом (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии в остром и раннем реабилитационном периодах: 72 пациента (56,7%) с левополужарным инсультом (ЛПИ) и 55

пациентов (43,3%) с правополушарным инсультом (ППИ). Каждая группа разделена на подгруппы: ЛПИ-1 (n=37) и ППИ-1 (n=28) получали стандартную реабилитацию в сочетании с курсом биоакустической коррекции (БАК, 10–12 сеансов); ЛПИ-2 (n=35) и ППИ-2 (n=27) - только стандартную программу восстановительного лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$). Оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), функциональная независимость (индекс Бартела), когнитивный статус (MoCA), эмоционально-аффективная сфера (PHQ-9, GAD-7), спонтанная биоэлектрическая активность мозга (ЭЭГ) и вариабельность сердечного ритма (BCP: SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF, индекс стресса SI), а также данные УЗДГ магистральных артерий шеи и КТ/МРТ головного мозга. Статистическая обработка включала критерии Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный, дискриминантный и ROC-анализ.

Результаты исследования. На основании комплексного клинико-нейрофизиологического анализа 127 пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии разработан трёхэтапный алгоритм реабилитации: диагностический этап - стратификация пациентов по шкалам NIHSS, MoCA, PHQ-9, данным ЭЭГ и BCP; терапевтический этап - индивидуальный подбор параметров БАК (частота сигнала, длительность и количество сеансов) с учётом латерализации очага и эмоционального профиля пациента; контрольный этап - оценка динамики с расчётом ПИЭР и коррекция программы. Разработана таблица принятия решений: при умеренном неврологическом дефиците (NIHSS ≤ 14) - стандартный курс БАК (10–12 сеансов); при тяжёлом дефиците (NIHSS > 15) - короткие сеансы (15–20 мин) с постепенным увеличением длительности; при эмоциональной лабильности и тревожности - релаксационный режим низких частот (8–10 Гц); при снижении когнитивных функций (MoCA < 20) - сочетание БАК с когнитивными тренингами; при правополушарном инсульте - акцент на восстановление пространственного внимания, при левополушарном - на стимуляцию речевых и логико-гностических сетей. Внедрение алгоритма, по данным исследования, повышает результативность реабилитации на 15–20%, сокращает сроки восстановления и стабилизирует нейровегетативный баланс; практические рекомендации предусматривают начало курса БАК с 21-х суток заболевания при стабильном состоянии пациента, в объёме 10–15 сеансов по 25–40 минут 3–4 раза в неделю в сочетании со стандартными физическими, логопедическими и когнитивными модулями реабилитации.

Выводы. Разработанный алгоритм персонализированной реабилитации, интегрирующий этапную клинико-нейрофизиологическую оценку, дифференцированный выбор параметров биоакустической коррекции в зависимости от тяжести, латерализации и когнитивно-эмоционального профиля пациента, а также динамический контроль эффективности по ПИЭР, позволяет стандартизировать и одновременно персонализировать тактику ведения пациентов с ишемическим инсультом, повышая результативность реабилитации на 15–20% по сравнению со стандартной программой.

Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Валиева М.С.

ТРИХОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИКРОГРАФТИНГЕ У БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить динамику трихоскопических показателей после микрографтинга у больных андрогенной алопецией на фоне комбинированного применения PRP-терапии и ультрафонофореза пентоксифиллина.

Материал и методы. В исследование включены 115 пациентов с андрогенной алопецией: 60 больных основной группы получали PRP-терапию в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина, 55 пациентов контрольной группы — только PRP-терапию. После подготовительного этапа проводили микрографтинг. Трихоскопическое исследование выполняли в теменной и затылочной областях с оценкой плотности и среднего диаметра волос, доли терминальных и vellusных волос, соотношения терминальных и vellusных волос, количества анагеновых и телогеновых волос и выраженности анизотрихоза.

Результаты исследования. Через 3 месяца после микрографтинга выявлена выраженная положительная динамика трихоскопических показателей в обеих группах, однако она была существенно более выраженной при комбинированном лечении. В теменной области плотность волос в основной группе увеличилась с $104,8 \pm 3,5$ до $156,2 \pm 4,1$ волос/см² ($p<0,001$), тогда как в контрольной — до $138,5 \pm 3,8$ волос/см² ($p<0,01$). Средний диаметр волос достиг соответственно $63,8 \pm 1,5$ и $56,2 \pm 1,4$ мкм; межгрупповые различия по обоим показателям были статистически значимыми ($p<0,01$).

Одновременно в основной группе отмечалось более выраженное уменьшение признаков миниатюризации фолликулов: доля терминальных волос достигла 78,6%, vellusных снизилась до 16,2%, а соотношение терминальных и vellusных волос улучшилось до 5,1:1 против 3,9:1 в контрольной группе. Доля анагеновых волос увеличилась до 79,5%, телогеновых - снизилась до 18,7%, а анизотрихоз — до 18,5%. Межгрупповые различия по основным параметрам достигали статистической значимости.

К 6-му месяцу положительная динамика сохранялась и усиливалась. В основной группе отмечались более высокие плотность и диаметр волос, увеличение доли терминальных и анагеновых волос, а также более выраженное уменьшение телогеновой фазы и анизотрихоза. Наиболее существенные различия между группами наблюдались в андрогензависимой теменной области ($p<0,01$ – $0,001$). Динамика носила последовательный характер: от ранних репаративных изменений на 10-е сутки к активному росту волос через 3 месяца и последующей морфофункциональной стабилизации к 6-му месяцу.

Выводы. Применение PRP-терапии в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина на этапе подготовки к микрографтингу способствует увеличению плотности и диаметра волос, повышению доли терминальных и анагеновых волос и уменьшению vellusных волос, телогеновой фазы и анизотрихоза. Полученные результаты свидетель-

ствуют о патогенетической обоснованности комплексного воздействия на микроциркуляторно-трофические нарушения при андрогенной алопеции.

Гончаренко О.Н.

АЛЛЕРГИЯ НА МЕДИКАМЕНТЫ

«Макеевский медицинский колледж», Макеевка, Российская Федерация

Цели исследования. Изучение поливалентной медикаментозной аллергии, её видов, причин возникновения и методов лечения.

Материалы и методы. Анализ литературных источников.

Результаты исследования. Аллергия как иммунопатологический процесс с измененной реактивностью подчеркивает ее сложность и влияние на различные аспекты организма. Введение термина "аллергия" в 1906 году отразило суть этого явления, где чувствительность к безвредным веществам становится проблемой для определенных людей. Атопия, как врожденная способность организма к повышенной выработке иммуноглобулина Е, лежит в основе аллергических заболеваний, подчеркивая роль наследственных факторов в их возникновении. Аллергены делятся на эндоаллергены, образующиеся внутри организма, и экзоаллергены, поступающие извне. Аллергия называется поливалентной, когда её вызывают несколько аллергических факторов одновременно.

Процесс формирования поливалентной аллергии включает три этапа:

1. Иммунный этап (Сенсибилизация). При первом контакте с аллергеном в крови происходит формирование антител иммуноглобулинов, что называется сенсибилизацией. Организм "запоминает" информацию об аллергене, и в последующем это вещество воспринимается как чужеродное.

2. Патохимический этап. При повторном введении аллергена антитела стимулируют выработку сильнодействующих веществ в организме, включая биологически активное вещество - гистамин. Он играет ключевую роль в аллергических реакциях, и его выработка усиливается с каждым последующим контактом с аллергеном.

3. Клинический этап. Проявляются клинические симптомы, которые могут появиться почти немедленно или через несколько часов или дней после контакта с аллергеном. Они могут включать зуд кожи, слезотечение, ринит, затрудненное дыхание, астматические приступы, крапивницу, отек Квинке, анафилактический шок.

Ученые продолжают выяснять причины поливалентной аллергии.

Точные механизмы формирования поливалентной аллергии пока ещё не выявлены. Укрепление иммунитета, правильное питание, регулярная физическая активность и избегание контакта с известными аллергенами могут сыграть роль в поддержании общего здоровья и снижении возможности развития аллергических реакций. Гиперчувствительность к медикаментам, такая как непереносимость антибиотиков или аллергия на аспирин, представляет собой форму поливалентной лекарственной аллергии.

Проявления аллергии не зависят от химической структуры лекарственного вещества. При этом пути введения лекарств могут влиять на вероятность сенсибилизации и развития аллергических реакций. Местное введение лекарств, особенно при местном контакте с кожей, может привести к формированию контактного аллергического дерматита, а также к генерализованным высыпаниям и отеку Квинке. Парентеральное (внутривенное, внутримышечное и подкожное) и пероральное введение медикаментов также считаются риск-факторами для развития аллергии. Редким является случай формирования аллергии при подконъюнктивальном, ретро- или парабульбарном, внутрисуставном введении лекарств.

Выводы. Таким образом, поливалентная медикаментозная аллергия является опасным патологическим состоянием, несвоевременное и неправильное лечение которого может привести к летальному исходу.

Горецкий В. В.

СТРУКТУРА ОШИБОК СТУДЕНТОВ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: АНАЛИЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕКСТОВОГО ИЛИ ВИРТУАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Цель исследования. Определить структуру и частоту ошибок, допускаемых студентами 3 курса при отработке методов клинического обследования пациентов с заболеваниями органов дыхания, оценить, какие этапы требуют дополнительной методической работы, и сформулировать педагогические выводы для корректировки практических занятий.

Материал и методы. Проанализированы результаты работы 26 студентов 3 курса лечебного факультета, освоивших методы клинического обследования органов дыхания в рамках линейного практического занятия. Студенты были разделены на две группы по 13 человек, сопоставимые по исходному уровню знаний и академической успеваемости. Оценка навыков проводилась по шести этапам: сбор жалоб, сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация. Каждое действие студента фиксировалось с помощью чек-листа, ошибки классифицировались по содержанию: пропуск обязательного элемента, неверная топографическая ориентировка, нарушение симметричности, отсутствие сравнения сторон, неполный расспрос. Отдельно учитывались ошибки, связанные с методикой выполнения приёма, и ошибки, связанные с полнотой сбора информации. Дополнительно оценивалась динамика: сравнение частоты ошибок на начальном и завершающем этапе работы над темой.

Результаты исследования. Наибольшая частота ошибок зафиксирована на этапах пальпации и перкуссии. Ти-

пичными были несоблюдение симметричности при перкуссии, пропуск симметричной точки при переходе на следующее межреберье, неточное определение нижних границ лёгких и подвижности нижнего лёгочного края. При пальпации студенты часто пропускали симметричные точки при определении голосового дрожания. При аускультации преобладали ошибки, связанные с отсутствием сравнения сторон. При сборе анамнеза наиболее частыми были пропуски вопросов о курении и профессиональных вредностях. Этапы сбора жалоб и осмотра оказались наиболее устойчивыми: ошибки здесь были единичными и касались в основном полноты расспроса. Отмечена положительная динамика: к концу работы над темой частота ошибок по пальпации и перкуссии снизилась, что свидетельствует о формировании устойчивого алгоритма действий при многократном повторении. Полученные данные согласуются с литературными сведениями о том, что наиболее сложными для студентов являются этапы, требующие точной топографической ориентировки и многократного повторения.

Выводы. Структура ошибок студентов при клиническом обследовании органов дыхания неоднородна: наибольшие затруднения вызывают пальпация и перкуссия, тогда как сбор жалоб и осмотр осваиваются успешнее. Это указывает на необходимость усиления методической работы именно по этим этапам: разработки дополнительных чек-листов, увеличения числа повторений, использования схем проекционных линий и топографических ориентиров. Целесообразно включать в практические занятия разбор типичных ошибок с демонстрацией правильной последовательности действий. Анализ структуры ошибок может служить основой для корректировки практических занятий и создания адресных методических материалов. Дальнейшая работа предполагает расширение выборки и включение других тем пропедевтики для подтверждения выявленных закономерностей.

Гулямова Н.М., Амиркулова Л.Т., Шарипов М.Б.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ (PL.VIVAX).

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абу али ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение особенностей эпидемиологических и клинических параметров случаев Vivax-малярии у иностранных граждан, проживающих в г. Душанбе в течение 2026 г.

Материалы и методы. Обследованы пятеро больных, из них – один гражданин Китайской Народной Республики (КНР) и четверо граждан Исламской Республики Афганистан (ИРА), госпитализированных в ГКИБ г. Душанбе в период с апреля по август месяца текущего года с диагнозом «Трёхдневная малярия (Pl.vivax)». Диагноз был подтверждён стандартным микроскопическим исследованием тонкого мазка и толстой капли крови.

Результаты исследования. За годы Независимости Таджикистана на территории страны малярия полностью ликвидирована. В 2023 году Таджикистан объявлен ВОЗ зоной, свободной от малярии. Однако, в эпоху современной глобализации, когда жители нашей страны по роду профессиональной деятельности посещают страны с неблагоприятным эпидемиологическим фоном, либо на территории Таджикистана находятся граждане из этих же стран, например - студенты ВУЗов, официальные трудовые мигранты и гости республики, риск завозных случаев различных видов малярии сохраняется.

Нами обследовано пятеро пациентов, госпитализированных в ГКИБ г. Душанбе в период с апреля по август 2026г. Среди них – четверо граждан ИРА, находящихся в Таджикистане в статусе беженцев и один гражданин КНР – сотрудник строительной организации. Среди афганских пациентов было трое (60%) детей, из них двое (40%) из одной семьи – девочка 16 лет и ее младший брат в возрасте 4 лет, третий ребенок – также мальчик 16 лет. Остальные двое (40%) пациентов – это мужчины в возрасте 36 лет (гр. КНР) и 41 года (гр. ИРА). Жители Афганистана прибыли к нам напрямую из провинций ИРА в мае - июле 2026г. и проживали компактно в г. Душанбе, в то время как пациент из Китая с 5.02.2026г. по 11.04.2026 г. находился в гостях у брата в Папуа - Новой Гвинее (Океания). При поступлении в клинику состояние всех больных оценивалось как средне-тяжелое. По данным анамнеза заболевания первичные симптомы включали инициальную лихорадку на фоне интоксикационного синдрома. Через 3-5 дней лихорадка приобрела циклическое течение с развитием классического малярийного приступа (озноб, жар, пот), повторяющегося через каждые 48 часов. После госпитализации в клинику в анализе крови на малярию, включающем микроскопическое исследование толстой капли и тонкого мазка, были обнаружены простейшие Pl.vivax: у двоих (40%) больных – трофозоиты в стадии кольца и шизонты, у троих (60%) – трофозоиты, шизонты и гаметоциты. Наличие гаметоцитов свидетельствует о формировании половых клеток паразита. Терапия больных проходила по схеме, включающей делагил (хлорохин) для уничтожения активных форм паразита и примахин – для ликвидации гипнозоитов. После лечения больные были выписаны под наблюдением врачей КИЗ по месту основной регистрации в г. Душанбе.

Вывод. В современных условиях возможны завозные случаи малярии на территорию республики, что сохраняет заболевание в перечне инфекционных болезней повышенной настороженности.

Давлатмирова Г.Ш., Назаров Т.Ш., Абдукаримова Х.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии «ГОУ» ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность лечебной физкультуры в восстановлении двигательных функций у пациентов после инсульта.

Материал и методы исследования. Проведён анализ результатов применения лечебной физкультуры у пациентов после инсульта. Оценивались двигательная активность, мышечная сила и способность к самообслуживанию до и после курса нейрореабилитации. Использованы методы клинической оценки и сравнения полученных результатов.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что лечебная физкультура является важной составляющей комплексной нейрореабилитации пациентов после инсульта. Регулярные и правильно подобранные упражнения способствуют улучшению мышечной силы, равновесия, координации движений и способности к ходьбе, а также повышают уровень самостоятельности пациентов в повседневной жизни. Наиболее эффективными являются повторные, целенаправленные и постепенно усложняющиеся упражнения, соответствующие функциональным возможностям пациента. Применение лечебной физкультуры в составе комплексной реабилитации позволяет улучшить двигательное восстановление и функциональную независимость пациентов. Эффективность повышается при регулярных занятиях и сочетании ЛФК с другими методами реабилитации в рамках мультидисциплинарного подхода.

Выводы. Лечебная физкультура является важным компонентом нейрореабилитации после инсульта. Регулярные и индивидуально подобранные упражнения способствуют восстановлению двигательных функций, улучшению ходьбы и повышению самостоятельности пациентов.

Давлатмирова Г.Ш., Ганизода М.Т., Мирханова Г.Р.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН

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

Цель исследования. Провести клиничко-анамнестическую оценку и выявить наиболее значимые триггерные факторы мигрени у женщин.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В исследование были включены 40 пациенток в возрасте от 20 до 55 лет. Диагноз мигрени устанавливался на основании клинических критериев и анализа анамнестических данных. Проведено клиничко-анамнестическое исследование, включавшее сбор и анализ анамнестических данных, оценку клинических особенностей течения мигрени, а также выявление и оценку наиболее значимых триггерных факторов, ассоциированных с возникновением мигренозных приступов.

Результаты исследования. Проведённый клиничко-анамнестический анализ 40 женщин с мигренью позволил выявить широкий спектр факторов, ассоциированных с возникновением мигренозных приступов. Выявленные триггерные факторы были условно разделены на несколько основных категорий.

1. Психозэмоциональные факторы. Наиболее часто пациентки отмечали психозэмоциональное напряжение, стрессовые ситуации, тревожность и эмоциональное перенапряжение, предшествующие развитию мигренозного приступа.

2. Факторы, связанные с режимом сна и отдыха. К данной группе относились недостаточная или избыточная продолжительность сна, нарушение привычного режима сна и бодрствования, позднее засыпание и изменение режима отдыха.

3. Гормональные факторы. У части обследованных женщин отмечалась связь возникновения или учащения мигренозных приступов с фазами менструального цикла, что свидетельствует о возможной роли гормональных колебаний в развитии заболевания.

4. Алиментарные факторы. Пациентки указывали на связь приступов с нарушением режима питания, пропуском приёмов пищи, длительными интервалами между приёмами пищи, а также употреблением отдельных пищевых продуктов.

5. Внешние и сенсорные факторы. Среди внешних раздражителей отмечались воздействие яркого или мерцающего света, громких звуков, резких запахов, а также других сенсорных стимулов.

6. Метеорологические факторы. У ряда пациенток мигренозные приступы ассоциировались с изменением погодных условий, колебаниями температуры и атмосферного давления.

7. Физические факторы. У отдельных обследованных развитие приступов связывалось с физическим переутомлением, интенсивной физической нагрузкой или общим истощением организма.

Следует отметить, что у большинства обследованных женщин выявлялось сочетание нескольких потенциальных триггерных факторов. При этом спектр и выраженность влияния триггеров носили индивидуальный характер.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о многофакторном характере возникновения мигренозных приступов у женщин. Выявление и систематизация индивидуальных триггерных факторов могут иметь важное значение для разработки персонализированных профилактических мероприятий и снижения частоты мигренозных приступов.

Выводы.

1. У женщин с мигренью выявлен широкий спектр триггерных факторов, связанных с возникновением мигренозных приступов.
2. Наиболее значимыми являлись психозэмоциональные, гормональные, алиментарные факторы, нарушения сна, а также внешние и метеорологические воздействия.
3. У большинства пациенток отмечалось сочетание нескольких триггерных факторов, что подтверждает индивидуальный и многофакторный характер мигрени.
4. Выявление индивидуальных триггеров имеет важное значение для персонализированной профилактики и снижения частоты мигренозных приступов.

Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б.

КИШЕЧНАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ И НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени ак. Черноруцкого с клиникой, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России. Россия.

Цель исследования. Оценить клиническое значение синдрома повышенной эпителиальной проницаемости (СПЭП) и нарушений микроциркуляции у пациентов с болезнью Крона (БК).

Материал и методы. Обследовано 48 пациентов с БК (с клинической, лабораторной и/или эндоскопической активностью) и 28 условно здоровых лиц. Фекальный зонулин (ФЗ), служащий маркером СПЭП, исследован методом иммуноферментного анализа (Immundiagnostik AG, Германия). Оценка микроциркуляции производилась в сублингвальной области с помощью темнопольного видеомикроскопа (KK Research Technology Ltd, Великобритания) с обработкой в программном обеспечении «GlycoCheck v2.0.0» (Glycocheck BV, Нидерланды). Клиническая активность БК оценивалась по индексу CDAI. Использовались методы непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни, тест ранговая корреляция Спирмена), ROC-анализ.

Результаты исследования. Повышение ФЗ выше границы нормы в 86 нг/мл, позволяющее установить СПЭП, обнаружили в группе БК в 29,4% случаев, в контрольной группе – в 25,0% случаев (χ^2 Пирсона = 0,062; $p = 0,804$). Медиана концентрации ФЗ среди испытуемых с БК составила 61,8 нг/мл [Q1-Q3: 36,9-82,2 нг/мл], группы контроля – 56,9 нг/мл [Q1-Q3: 32,2-92,1 нг/мл], статистически значимых различий между группами не выявлено ($p = 0,694$). В группе БК наличие СПЭП в сравнении с пациентами без повышения проницаемости эпителия было ассоциировано с уменьшением плотности перфузируемых капилляров (378 мкм/мм² против 446 мкм/мм², соответственно; $p = 0,042$) и увеличением области пограничной перфузии (PBR) микрососудов диаметром 10-19 мкм (2,44 мкм против 2,22 мкм, соответственно; $p = 0,002$) и 5-25 мкм (2,12 мкм против 1,19 мкм, соответственно; $p = 0,002$). У пациентов с БК концентрация ФЗ имела отрицательную корреляционную связь с количеством перфузируемых капилляров (R Спирмена = -0,350; $p = 0,045$) и положительную – с PBR₁₀₋₁₉ (R Спирмена = 0,404; $p = 0,018$). В свою очередь, в группе контроля не выявлено статистически значимых корреляционных связей концентрации ФЗ с показателями состояния микроциркуляции и ЭГк (при $p < 0,05$). Величина индекса CDAI имела обратную корреляционную связь с RBC filling (R Спирмена = 0,397; $p = 0,006$) и прямую – с PBR капилляров диаметром 5-9 мкм (R Спирмена = 0,313; $p = 0,034$).

Произведен ROC-анализ модели выявления СПЭП у пациентов с верифицированной БК на основании PBR сосудов диаметром 10-19 мкм. Согласно построенной модели, значение PBR₁₀₋₁₉ равное 2,36 мкм и выше ассоциировано с высоким уровнем ФЗ с чувствительностью 90,0% и специфичностью 79,2%. Точность модели составила 82,4%, площадь под кривой (AUC) – 0,823 [95%ДИ: 0,641-1,000; $p = 0,001$]. Общее качество модели составило 0,64.

Выводы. 1) Наличие СПЭП ассоциировано с истончением гликокаликса микрососудов при БК. 2) Выраженность нарушений микроциркуляции и истончения гликокаликса при БК увеличивается при повышении активности заболевания. 3) Выявление повышения PBR микрососудов диаметром 10-19 мкм до 2,36 мкм и выше позволяет предсказывать наличие СПЭП у пациентов с БК с точностью 82,4%. 4) Необходимы дальнейшие исследования нарушений “кишечно-сосудистого барьера” при БК, проявляющихся нарушением микроциркуляции и повышением проницаемости эпителия, что в будущем может стать потенциальной терапевтической мишенью в лечении данного заболевания.

Джабаров М.К., Ятимова С.А., Салихова М.А.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ДУШАНБЕ

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

Цель исследования. Изучить и оценить факторы риска, влияющие на развитие артериальной гипертензии среди населения города Душанбе.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, включающее анализ 70 историй болезни пациентов в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст 44,5±0,6), проживающих в городе Душанбе. Исследование было проведено в кардиоревматологическом отделении ГМЦ №2 имени К. Таджиева города Душанбе. В ходе исследования проводилась оценка уровня артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ), лабораторные исследования (глюкоза крови, общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности и триглицеридов) и образ жизни, режим питания, вредные привычки. Критериями включения были наличие или отсутствие диагностированной гипертонической болезни.

Результаты исследования. Артериальная гипертензия выявлена у 27 пациентов (38,6 %). Частота основных факторов риска составила: избыточная масса тела и ожирение – 43 пациента (61,4 %), низкая физическая активность – 40 пациентов (57,1%), повышенное потребление соли – 48 пациентов (68,6 %), хронический стресс – 37 пациентов (52,9 %), курение – 20 пациентов (28,6 %), отягощённая наследственность – 29 пациентов (41,4 %). Установлено, что у лиц с наличием трёх и более факторов риска вероятность развития артериальной гипертензии в 2,5 раза выше ($p < 0,05$). Дополнительно установлено, что у части пациентов уже на ранних стадиях заболевания наблюдались признаки поражения органов-мишеней: гипертрофия левого желудочка, изменения сосудов глазного дна, а также начальные проявления нефропатии.

Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии модифицируемых факторов риска на развитие гипертонической болезни среди жителей города Душанбе. Наиболее значимыми факторами являются алиментарные особенности (избыточное потребление соли), гиподинамия и психоэмоциональное напряжение. Высокая частота сочетания факторов риска подчёркивает необходимость комплексного подхода к профилактике артериальной гипертензии. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, подтверждающих ведущую роль образа жизни в развитии артериальной гипертензии.

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска являются ожирение, гиподинамия, избыточное потребление соли и психоэмоциональное напряжения. Наличие нескольких факторов риска существенно повышает вероятность

развития заболевания. У большинства пациентов наблюдается сочетание нескольких факторов риска, которое утяжеляет течение болезни и повышает риск ранних осложнений.

Джабаров М.К., Якубов Д.М., Турсункулов З.Ч.

СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМОТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

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

Цель исследования: Изучить течение ревматоидного артрита (РА) в сочетании с воспалительными заболеваниями легких.

Материал и методы: В исследование включено 73 больных с достоверным диагнозом РА в соответствии критерий классификации РА (ACR/ EULAR 2010), с сопутствующими воспалительными заболеваниями легких, из них 50 женщин и 23 больных мужчин средний возраст больных $51,5 \pm 9,5$. Продолжительность заболевания $8,2 \pm 5,7$ лет. Обследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения при ГЦЗ №2 им. ак.К.Таджиева. Все пациенты были разделены на 2 группы: РА с ИЗЛ — 51 больной (69,8%) и РА без ИЗЛ — 22 больных (30,2%). Всем больным проводилось общеклиническое исследование крови; биохимический анализ крови — СРБ, ревмофактор, серомукоид; рентгенография суставов. Степень активности заболевания, число болезненных и воспаленных суставов (в рамках индекса DAS28 -Disease Activity Score 28), визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Кроме лабораторно-клинического обследования легких, также проводилось инструментальное исследование легких — рентгенография легких; компьютерная томография легких (КТ); определение функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты: Одним из наиболее частых прогностически значимых осложнений при РА является поражение кардиореспираторной системы, то есть сердечно-легочные проявления развиваются на фоне хронического воспалительного процесса. Субклинические изменения в сердце и легких могут прогрессировать в течение нескольких лет и приводят к тяжелым осложнениям в виде миокардитов, перикардитов, легочной гипертензии и легочного фиброза. Результаты исследования показали, что РА в сочетании с интерстициальным заболеванием легких имело следующие изменения: симптомы матового стекла, субплевральный фиброз и симптомы сотового легкого. Эти симптомы сопровождаются респираторной симптоматикой: одышка, кашель и изменения параметров ФВД. У больных с РА без ИЗЛ данные КТ- легких и параметров ФВД не отвечали критериям воспалительного процесса, то есть отсутствовали одышка и выраженный кашель, выраженный кашель был только у 6 (27,2%) больных. В этом исследовании все больные с РА получали метотрексат в дозе 10-15 мг в неделю. Анализ КТ легких у 51 больного с диагнозом РА с ИЗЛ показал, что активность заболевания и его течение зависит от продолжительности и от сочетаний с воспалительными процессами и степени поражения органов и систем. Основные КТ и рентгенологические признаки больных с РА с высокой степени активности и продолжительности заболевания в сочетании с воспалительными заболеваниями легких является симптомы матового стекла.

Выводы: Используя различные критерии оценки, нами было показано, что РА в сочетании с ИЗЛ и выявление симптома матового стекла зависят от продолжительности заболевания и активности воспалительного процесса. У некоторых больных с РА с высоким поражением легочной ткани выявлены воспалительные изменения в легочной ткани, которые являются предшественником тяжелого фиброза легких.

Джалилзода С.С., Есаян А.М.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра нефрологии и диализа ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»,

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

Цель исследования. Изучить психоэмоциональное состояние и социально-клинические факторы, влияющие на прогрессирование аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек (АДПБП) у пациентов, проживающих в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 больных с АДПБП (диагноз верифицирован методом УЗИ, в ряде случаев – КТ/МРТ) с 2022 по 2025 год. Оценка психоэмоционального статуса проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Учитывались следующие переменные: пол, репродуктивный анамнез у женщин, профессиональный фактор (тяжелый физический труд у лиц, работающих на промышленных предприятиях, а также у мужчин мигрантов), индекс массы тела (ИМТ), а также проживание в условиях высокогорья и жаркого климата. Проведен сравнительный анализ групп пациентов с избыточной и нормальной массой тела.

Результаты исследования. Нами установлены внешние и внутренние триггеры. Высокий уровень психоэмоционального напряжения коррелирует с поздней обращаемостью за медицинской помощью, особенно в группах риска (курение, алкоголь, многодетные женщины, а также мужчины, занятые тяжелым физическим трудом). У пациентов, проживающих в условиях высокогорья, наблюдалось более раннее формирование признаков почечной дисфункции, что усугублялось дефицитом доступности специализированной помощи. Сравнительный анализ выявил, что у лиц с повышенным ИМТ темпы прогрессирования кистоза почек и выраженность болевого синдрома достоверно выше по сравнению с группой пациентов с нормальной массой тела.

Внутренними триггерами являются артериальная гипертензия, нефролитиаз, инфекции мочевыводящих путей, кисты печени и т.д.

Выявлена высокая частота семейных форм заболевания (в 78% случаев), подчеркивающая медико-социальную

значимость АДПБП в популяции. Отсутствие методов генетического скрининга и алгоритм ведения больных с АДПБП в республике ограничивает возможности раннего прогнозирования перехода в терминальную стадию хронической почечной недостаточности, которая была диагностирована у 22% наблюдаемых пациентов, в то время как высокие уровни клинически значимой тревоги и/или депрессии по шкале HADS зафиксированы у 46% больных.

Выводы. Психозомоциональный статус больных АДПБП требует пристального внимания как фактор, влияющий на приверженность лечению. Необходимо разработать региональных протоколов диспансеризации, ориентированных на группы риска (мигранты, многодетные женщины, жители высокогорья) и обязательную коррекцию модифицируемых факторов (ИМТ, физическая активность).

В условиях ограничения доступа к генетическому тестированию важным инструментом является проведение ультразвукового исследования у родственников больных с АДПБП.

Джалилзода С.С., Есаян А.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ КАК ФАКТОР ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА

Кафедра нефрологии и диализа ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»,
Кафедра внутренних болезней №1 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оценить эффективность нутритивной поддержки и принципов диетотерапии в замедлении темпов прогрессирования аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек (АДПБП) в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 пациентов с верифицированным диагнозом АДПБП в период с 2022 по 2025 год (общая продолжительность наблюдения составила 3 года). Оценивался пищевой рацион больных в зависимости от стадии хронической болезни почек и коморбидных состояний (артериальная гипертензия, ожирение). Изучалось влияние контроля потребления белка, коррекции водного режима с учетом жаркого климата и ограничения натрия на показатели клубочковой фильтрации и выраженность болевого синдрома при сравнении групп персонализированного ведения.

Результаты исследования. Анализ показал, что у пациентов с повышенным индексом массы тела (ИМТ) отмечается ускоренное увеличение объема кист и снижение функции почек. Установлено, что назначение низкобелковой диеты (0,6-0,8 г/кг массы тела в сутки) в сочетании с адекватным питьевым режимом (не менее 30-35 мл/кг/сут с учетом географических условий региона) стабилизирует уровень сывороточного креатинина. Выявлено, что регулярное соблюдение рекомендаций по ограничению натрия (менее 5 г поваренной соли / до 2 г Na в сутки) и калорийности рациона приводит через 12 месяцев наблюдения к стабилизации креатинина крови (в среднем $171,1 \pm 15,0$ мкмоль/л против $198,5 \pm 16,8$ мкмоль/л в группе контроля), удержанию скорости клубочковой фильтрации на уровне $54,2 \pm 6,1$ мл/мин/1,73 м² (против $44,8 \pm 5,5$ мл/мин/1,73 м² в контроле), а также снижению суточной протеинурии с $0,54 \pm 0,12$ до $0,31 \pm 0,08$ г/сут ($p < 0,05$) и уменьшению частоты гипертензивных кризов на фоне нормализации артериального давления.

Выводы. Диетотерапия при АДПБП является эффективным методом нефропротекции. Персонализированный подход к нутритивному статусу, коррекция ИМТ и обучение больных позволяют замедлить прогрессирование патологии и отсрочить терминальную стадию почечной недостаточности. Целесообразно разработать специализированные памятки по диетотерапии с учетом национальных особенностей питания в Таджикистане.

Джалолзода М. Дж.

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ГУ ГЦЗ №15 Г. ДУШАНБЕ ЗА 2025

Кафедра семейной медицины ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности вакцинации на течение atopического дерматит (АтД) у детей в практике семейного врача.

Материал и методы. Исследование проведено в Государственном учреждении Городского центра здоровья №15 (ГУ ГЦЗ №15) в 2025 году. В работе использованы данные официальной статистики и годовые отчеты по показателям общественного здоровья, обращения детей. Всего 1183 детей до года, всего охвачены пента валентной вакциной I-534, II-524, III-519, из них больные с АтД были -25 детей, что составило 1.8%.

Результаты исследования. Анализ результатов иммунизации у 534 детей на I пентавалентную вакцину показала, что большинство детей – 506 (94,8%) посвакцинальный период перенесли хорошо, но у 28(5,2%), в 3 случаях 10,7% у детей отмечена местная реакция (отёк, гиперемия и болезненность) на месте инъекции. Это были больные АтД – 9(32,1%) с экссудативной формой и легким течением заболевания, у которых клинически отмечалась лёгкая гиперемия, небольшое шелушение, слабый зуд, которые проходили после приёма антигистаминных препаратов. У 7(25%) детей наряду с местными отмечались и общие реакции в виде повышения температуры, беспокойства, нарушении сна и аппетита. У 4 (14.2%) больных были с эритематозно-сквамозным и со средней степенью тяжести заболевания, у которых наблюдались множественные сливающиеся очаги поражения кожи, расчёсы и геморрагические корки, умеренный зуд. У двух 7,1% с эритематозно-сквамозной лихенификацией было тяжёлое течение с выраженной экссудацией, глубокими трещинами, эрозией, сильным зудом нарушающим сон ребёнка.

Вторая пентавалентная вакцинация была проведена 528 детям, из них 508 (96,2%) перенесли вакцинацию хорошо,

но у 20 (3,8%) детей отмечалась местная реакция. Больных с АтД было -9 детей. У 2 (22,2%) больных с экссудативной формой с легкой степенью тяжести кожный процесс проявлялся гиперемией, отёчностью и шелушением. У 4 (44,4%) больных с эритематозно-сквамозной и 3 (33,2%) эритематозно-сквамозной с лихенификацией средней степени тяжести кожа была с гиперемией, отёчностью, эрозией и шелушением. Практически у всех детей с АтД было выявлено отягощенный аллергический анамнез: оба родителя страдали аллергическими заболеваниями, психологический климат семьи был неудовлетворительным, и дети были на искусственном вскармливании.

Третья пентавалентная вакцина была проведена 519 детям. Из них у 512(98,6%) детей состояние здоровья после вакцинации было удовлетворительное, а у 7(1,4) наблюдалась местная реакция, т.е дети с АтД случаев с экссудативной - 3 (42,8%), эритематозно-сквамозной - 3 (42,8%) и 1 (14,2%), с эритематозно-сквамозной с лихенификацией.

Выводы. Проведенный анализ по ГУ ГЦЗ №15 вакцинации детей пентавалентной вакциной свидетельствует о том, что иммунизация на фоне обострения процессов АтД усугубляет течение заболевания и иммунизация не может дать хорошую серопозитивность у детей. Следовательно, детей с АтД необходимо прививать на фоне достижения длительной ремиссии основного заболевания и на фоне приёма антигистаминных препаратов.

Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Давлатбекова П.К.
НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

Цель исследования. Продemonстрировать трудности диагностики нормотензивной гидроцефалии на примере клинического случая.

Материалы и методы. Исследование выполнено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. . Проведен анализ клинического случая пациента 1963 года рождения с прогрессирующими нарушениями походки, когнитивными расстройствами и дисфункцией тазовых органов. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, неврологический осмотр, оценку когнитивных функций, магнитно-резонансную томографию головного мозга, лабораторные исследования.

Результаты исследования. Из анамнеза установлено, что клиническая симптоматика постепенно прогрессировала в течение последних 3 месяцев. На начальном этапе заболевания состояние пациента расценивалось как проявление хронической ишемии головного мозга и возрастных когнитивных нарушений, что привело к отсрочке постановки диагноза. При неврологическом осмотре мышечная сила в конечностях была снижена до 3,0–3,5 балла по шкале MRC, сухожильные рефлексы были оживлены, определялся двусторонний патологический симптом Бабинского. В позе Ромберга пациент был неустойчив. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Менингеальные симптомы отсутствовали. Поражения со стороны черепных нервов не обнаружено. Отмечались апраксия ходьбы, укорочение длины шага, снижение устойчивости при ходьбе и поворотах, а также нарушения функции тазовых органов по типу недержания мочи. По результатам нейропсихологического тестирования оценка по шкале MMSE составила 20–21 балл, что соответствовало умеренному когнитивному снижению. При проведении общеклинических и биохимических лабораторных исследований клинически значимых отклонений не выявлено. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлены зоны кистозно-глиозной трансформации в правом полушарии мозжечка, а также расширение желудочковой системы, несоразмерное степени корковой атрофии. Совокупность клинических и нейровизуализационных данных соответствовала классической триаде Хакима—Адамса, что позволило установить диагноз нормотензивной гидроцефалии.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует сложности своевременной диагностики нормотензивной гидроцефалии, обусловленные сходством ее клинических проявлений с хронической ишемией головного мозга и другими заболеваниями, сопровождающимися когнитивными и двигательными нарушениями. Комплексная оценка анамнестических данных, результатов неврологического обследования, нейропсихологического тестирования и магнитно-резонансной томографии позволила установить правильный диагноз. Своевременное распознавание нормотензивной гидроцефалии имеет важное клиническое значение, поскольку способствует раннему определению лечебной тактики и улучшению прогноза заболевания.

Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Давлатбекова П.К.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБМЕНА МЕДИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить клиничко-диагностическое значение показателей обмена меди у пациентов с болезнью Вильсона–Коновалова.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.. Выполнен ретроспективный анализ клинических случаев пациентов с верифицированным диагнозом болезни Вильсона–Коновалова. Обследование включало изучение анамнестических данных, комплексное клиничко-неврологическое обследование с оценкой двигательных, когнитивных и психоэмоциональных нарушений, а также лабораторное исследование показателей метаболизма меди: концентрации церулоплазмينا, уровня меди в сыворотке крови и суточной экскреции меди с мочой. Дополнительно проводились инструментальные методы исследования по показаниям. Полученные результаты анализировались с учетом клинической симптоматики и общепринятых диагностических критериев болезни Вильсона–Коновалова.

Результаты исследования. В ходе исследования у пациентов выявлены различные клинические проявления болезни Вильсона–Коновалова, преимущественно представленные неврологической симптоматикой в виде экстрапиримидных нарушений (тремор, мышечная ригидность, брадикинезия, нарушения координации движений), а также когнитивных и психоэмоциональных расстройств. При лабораторном исследовании показателей обмена меди установлены характерные биохимические изменения: снижение концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови, повышение уровня свободной меди и увеличение ее суточной экскреции с мочой. Полученные результаты подтвердили наличие нарушений метаболизма меди и способствовали повышению диагностической точности выявления заболевания. Комплексный анализ клинических и лабораторных данных позволил провести дифференциальную диагностику с другими нейродегенеративными и метаболическими заболеваниями центральной нервной системы, а также определить дальнейшую тактику ведения пациентов.

Выводы. Исследование показало, что комплексная оценка клинических проявлений и показателей обмена меди является важным инструментом в диагностике болезни Вильсона–Коновалова. Определение уровня церулоплазмينا, содержания меди в сыворотке крови и ее суточной экскреции с мочой позволяет выявить характерные нарушения метаболизма меди и повысить точность диагностики заболевания. Использование комплексного клиничко-лабораторного подхода способствует проведению своевременной дифференциальной диагностики с другими нейродегенеративными и метаболическими заболеваниями, что имеет важное значение для раннего начала патогенетической терапии и предупреждения прогрессирования неврологических осложнений.

Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Хушбахтов М.К.
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ ПРИ НЕЙРО-
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

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

Цель исследования. Изучение особенностей изменений базальных ганглиев по данным методов нейровизуализации при нейрометаболических заболеваниях (болезни Вильсона–Коновалова, болезни Фара и Галлервордена–Шпатца).

Материалы и методы. Выполнен анализ современных отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных вопросам нейровизуализационной диагностики нейрометаболических заболеваний, с использованием международных научных баз данных и информационных ресурсов, включая PubMed, UpToDate, а также электронный образовательный ресурс StudFiles. Проведен обзор актуальных данных о возможностях применения методов магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) в оценке структурных изменений головного мозга при поражении базальных ганглиев. В рамках исследования проведен сравнительный анализ нейровизуализационных характеристик болезни Вильсона–Коновалова, болезни Фара и нейродегенерации с накоплением железа в головном мозге (синдром Галлервордена–Шпатца) с учетом патогенетических механизмов формирования изменений, особенностей локализации поражения и характера накопления патологических субстратов в структурах центральной нервной системы.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа установлено, что поражение базальных ганглиев является одним из наиболее характерных нейровизуализационных проявлений нейрометаболических заболеваний, однако характер структурных изменений определяется механизмом накопления патологических субстратов и особенностями патогенеза каждого заболевания. При болезни Вильсона–Коновалова выявлены характерные изменения, обусловленные нарушением метаболизма меди и его накоплением в тканях центральной нервной системы. Наиболее часто патологический процесс локализуется в области чечевицеобразных ядер, таламусов, ствола мозга и мозжечка. По данным МРТ отмечаются изменения интенсивности сигнала в базальных ганглиях: гиперинтенсивные зоны на T2-взвешенных изображениях, признаки дегенеративных изменений и атрофии пораженных структур. Одним из наиболее специфичных нейровизуализационных признаков является симптом «лица гигантской панды» на уровне среднего мозга, отражающий сочетание поражения покрышки мозга и относительной сохранности отдельных структур. При болезни Фара ведущим нейровизуализационным критерием является наличие симметричных кальцификатов в структурах головного мозга, преимущественно в области базальных ганглиев. Компьютерная томография продемонстрировала высокую диагностическую значимость в выявлении участков патологического отложения кальция вследствие высокой чувствительности метода к изменениям плотности тканей. Наиболее часто поражаются бледный шар, скорлупа, таламусы, зубчатые ядра мозжечка и субкортикальное белое вещество. Выраженность кальцификации может коррелировать с тяжестью клинических проявлений, включая двигательные, когнитивные и психоневрологические нарушения. При нейродегенерации с накоплением железа в головном мозге (синдром Галлервордена–Шпатца, PKAN) основным патоморфологическим субстратом является накопление железа в структурах базальных ганглиев, преимущественно в области бледного шара и черной субстанции. На МРТ характерным признаком является симптом «глаза тигра», проявляющийся сочетанием выраженного гипоинтенсивного сигнала на T2-взвешенных изображениях вследствие отложения железа и центрального участка повышенного сигнала, отражающего дегенеративно-глиозные изменения.

Выводы. Нейровизуализационные методы являются ключевыми в диагностике нейрометаболических заболеваний с поражением базальных ганглиев. КТ наиболее информативна для выявления кальцификаций при болезни Фара, тогда как МРТ позволяет оценить характер накопления металлов и специфические признаки заболеваний Вильсона–Коновалова и Галлервордена–Шпатца. Таким образом, комплексное применение методов МРТ и КТ с учетом особенностей патогенеза и характера патологических изменений позволяет проводить эффективную дифференциальную диагностику редких нейрометаболических заболеваний, повышая точность диагностики и способствуя своевременному определению дальнейшей тактики ведения пациентов.

Джобиров А.Р., Исмоилзода С.Ш., Розиков А.Н.

СТИГМАТИЗАЦИЯ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И ПОТРЕБНОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В РАЙОНЕ РУДАКИ

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

Цель исследования. Оценить выраженность стигматизации, уровень приверженности лечению и потребность в психологической помощи у больных туберкулёзом лёгких района Рудаки.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных туберкулёзом лёгких района Рудаки: 28 мужчин (56,0%) и 22 женщины (44,0%). Для оценки стигматизации использовали шкалу Van Rie, приверженности лечению — MMAS-8, потребности в психологической помощи — разработанный блок анкеты. **Критерии включения:** подтверждённый диагноз туберкулёза лёгких, возраст ≥ 18 лет, способность самостоятельно заполнять анкету и согласие на участие в исследовании. **Критерии исключения:** внелёгочные формы туберкулёза, отказ от участия, выраженные психические или когнитивные нарушения, препятствующие заполнению анкеты, тяжёлое соматическое состояние.

Результаты исследования. Средний показатель стигматизации по шкале Van Rie составил $23,26 \pm 2,88$ балла. Высокий уровень стигматизации выявлен у 49 (98,0%) пациентов, средний — у 1 (2,0%). Средний показатель MMAS-8 составил $5,58 \pm 1,47$ балла. Согласно принятой классификации, у всех обследованных пациентов выявлен низкий уровень приверженности лечению. Средний показатель потребности в психологической помощи составил $12,18 \pm 1,22$ балла. У 35 (70,0%) пациентов потребность оценивалась как умеренная, у 15 (30,0%) — как высокая. Все 50 (100%) пациентов выразили желание получить консультацию психолога во время лечения, а 49 (98,0%) указали на необходимость психологической помощи в настоящее время. Наиболее предпочтительной формой помощи была индивидуальная консультация — 33 (66,0%), далее обучающие занятия — 16 (32,0%).

Вывод. У обследованных больных туберкулёзом лёгких района Рудаки отмечается высокая выраженность стигматизации и низкий уровень приверженности лечению. Большинство пациентов имеют умеренную или высокую потребность в психологической помощи, при этом практически все нуждаются в ней в настоящее время. Полученные данные обосновывают целесообразность включения психологической поддержки в комплексную помощь пациентам с туберкулёзом лёгких.

Джобиров А.Р., Исмоилзода С.Ш., Розиков А.Н.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТРЕВОЖНОЙ И ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В РАЙОНЕ РУДАКИ

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

Цель исследования. Изучить распространённость и выраженность тревожной и депрессивной симптоматики у больных туберкулёзом лёгких района Рудаки.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных туберкулёзом лёгких района Рудаки: 28 мужчин (56,0%) и 22 женщины (44,0%), средний возраст — $46,3 \pm 16,4$ года. Тревожную и депрессивную симптоматику оценивали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). **Критерии включения:** подтверждённый диагноз туберкулёза лёгких, возраст ≥ 18 лет, способность самостоятельно заполнять анкету и согласие на участие в исследовании. **Критерии исключения:** внелёгочные формы туберкулёза, отказ от участия, выраженные психические или когнитивные нарушения, препятствующие заполнению анкеты, тяжёлое соматическое состояние.

Результаты исследования. Средний показатель тревоги по HADS-A составил $10,66 \pm 2,73$ балла, депрессии по HADS-D — $12,06 \pm 2,70$ балла. Клинический уровень тревожной симптоматики выявлен у 23 (46,0%) пациентов, субклинический — у 23 (46,0%), нормальный — у 4 (8,0%). Клинический уровень депрессивной симптоматики отмечен у 35 (70,0%) больных, субклинический — у 14 (28,0%), нормальный — у 1 (2,0%).

При анализе по полу средний показатель тревоги у женщин составил $11,27 \pm 2,78$ балла, у мужчин — $10,18 \pm 2,64$ балла; статистически значимых различий не выявлено. Показатели депрессивной симптоматики также существенно не различались: $12,00 \pm 2,96$ балла у женщин и $12,11 \pm 2,53$ балла у мужчин.

Вывод. Среди обследованных больных туберкулёзом лёгких района Рудаки выявлена высокая распространённость тревожной и особенно депрессивной симптоматики. Статистически значимых различий показателей HADS в зависимости от пола не установлено. Тревога и депрессия имели умеренную положительную взаимосвязь, а увеличение возраста сопровождалось слабым повышением выраженности депрессивной симптоматики. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения психометрического скрининга психоэмоционального состояния больных туберкулёзом лёгких.

Джобиров А.Р.¹, Бобоходжаев О.И.²

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Кафедра психиатрии и ²кафедра фтизиопульмонологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель. Провести научное обоснование о включении пациентов с психическими расстройствами в число уязвимых групп по развитию туберкулёза (ТБ).

Материал и методы. Проведён анализ доступной литературы исследователей из Российской Федерации и дальнего зарубежья касательно вопроса отношения пациентов с психическими расстройствами в число уязвимых групп по развитию ТБ.

Результаты исследования. Анализ показал, что пациенты с тяжелыми психическими расстройствами в ряде исследований относятся к такой группе, однако сам психиатрический диагноз не определяет вероятность заболевания ТБ. Существенную роль играют условия проживания и лечения, наличие контакта с больным ТБ, сопутствующие заболевания, социальное положение, курение, употребление психоактивных веществ и доступность медицинской помощи.

Исследования лиц с психической патологией, проживающих в социальных домах, показали наличие туберкулезной инфекции у существенной части обследованных, что делает данную категорию населения объектом целенаправленной профилактической работы.

При длительном пребывании в закрытой или полукрытой организации возрастает число тесных контактов между пациентами. В таких условиях даже один невыявленный случай инфекционного ТБ может иметь эпидемиологическое значение, поэтому раннее распознавание заболевания приобретает особую практическую значимость.

Выводы. Таким образом, обобщая проведенный анализ можно выделить эпидемиологические факторы риска: контакт с больным активным ТБ; проживание в регионе с высоким уровнем заболеваемости; пребывание в психиатрическом стационаре или социальном учреждении; предыдущий контакт с больным ТБ; нахождение в учреждениях с высокой плотностью контактов. Медицинские факторы риска: повышенный риск прогрессирования туберкулезной инфекции отмечается при ВИЧ-инфекции, иммунодефицитных состояниях и некоторых хронических заболеваниях. Социальные факторы риска: бездомность; бедность; неудовлетворительные жилищные условия; социальная изоляция; недостаточное питание; ограниченный доступ к медицинской помощи. Поведенческие факторы риска: курение, употребление алкоголя и психоактивных веществ способны увеличивать вероятность заболевания и одновременно затруднять соблюдение профилактических рекомендаций.

Джумаев Н.Д.², Имамов О.С.¹, Маликов К.З.³

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ: КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИФРОВЫХ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ФРАГМЕНТОВ В НАТИВНОМ РАЗРЕШЕНИИ

¹Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии, Узбекистан

³Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии, Узбекистан

Цель исследования. Разработка программного обеспечения на основе свёрточной нейронной сети для автоматизированной классификации цифровых микроскопических изображений при дерматомикозах с выделением *Malassezia furfur* в отдельную категорию, а также оценка вклада анализа в нативном разрешении в диагностическую эффективность.

Материалы и методы. В исследование включены цифровые микроскопические изображения патологического материала, полученного от пациентов с грибковыми заболеваниями кожи, волос и ногтей. Исследования проводились в микологической лаборатории Ташкентского областного территориального филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии. В течение 2021–2025 годов патологические материалы, полученные с поражённой кожи и её придатков у 400 пациентов, обратившихся по поводу грибковых заболеваний кожи, исследовали с целью выявления патогенных грибов методом микроскопии, основанным на использовании традиционного раствора КОН. Сформирован массив из 1877 изображений размером 1600×1200 пикселей, распределённых по трём категориям: *Malassezia furfur* — 79 изображений, положительные на грибковую инфекцию — 1273, отрицательные (контроль) — 525.

Результаты исследования. На независимой тестовой выборке предложенный подход обеспечил точность классификации 84,0 % при маско-F1 0,844. Масштабирование полного кадра до 300×300 пикселей на тех же данных и той же архитектуре дало 74,1 % и маско-F1 0,796, то есть переход к анализу фрагментов в нативном разрешении обеспечил прирост точности на 9,9 процентного пункта. Размеры фрагментов 256, 384 и 512 пикселей показали сопоставимые результаты (маско-F1 0,849, 0,829 и 0,844 соответственно), различия между ними не превышают одного наблюдения из 282 и статистически неразличимы; для внедрения выбран размер 512 пикселей как требующий втрое меньше вычислений на изображение. Усреднение вероятностей оказалось заметно устойчивее выбора максимума: при фрагментах 256 пикселей маско-F1 составил 0,849 против 0,700, поскольку при большом числе фрагментов единичный ложноположительный фрагмент определяет итоговое решение.

Выводы. Разработанный подход позволяет автоматически классифицировать цифровые микроскопические изображения при дерматомикозах на три категории, включая выделение *Malassezia furfur*. Основной результат работы состоит в количественной демонстрации того, что диагностически значимые признаки сосредоточены в мелкой текстуре препарата: сохранение нативного разрешения за счёт фрагментного анализа повышает точность на 9,9 процентного пункта по сравнению с масштабированием полного кадра при неизменных данных и архитектуре.

Джумахонова С.Т, Саидмуратова Ф.Л, Воронцовская К.Р
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАХИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.
ГУ Медицинский центр при аппарате Президента РТ

Цель исследования. Оценить распространенность тахи-индуцированной систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 1140 историй болезней и данных амбулаторных карт пациентов, поступивших в Медцентр при аппарате Президента РТ с диагнозом «персистирующая ФП». Систолическая дисфункция ЛЖ определялась по значению фракции выброса (ФВ) ЛЖ $< 50\%$ при проведении эхокардиографии в В-режиме.

Результаты исследования. У 256 (22,5 %) с персистирующей формой ФП присутствовала систолическая дисфункция ЛЖ. При анализе возможных причин снижения ФВ ЛЖ у 143 пациентов (55,9 %) выявлен ишемический генез (перенесенный инфаркт миокарда, хирургическая реваскуляризация в анамнезе, гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий по результатам коронароангиографии), у 26 (10,2 %) пациентов определены другие причины (миокардит, тиреотоксикоз, злоупотребление алкоголем), у 87 (43,0 %) исключен ишемический генез по результатам дообследования, и единственной

вероятной причиной снижения ФВ ЛЖ явилась тахисистолическая форма ФП. Среднесуточная частота сердечных сокращений (ЧСС) на фоне медикаментозной терапии у данных пациентов составляла 104 (92; 114) уд/мин. Данной категории пациентов выставлен диагноз «тахи-индуцированная кардиомиопатия», который был подтвержден ретроспективно у 62 (71,3 %) из 87 пациентов после нормализации ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ (у 34 (54,8 %) из 62 пациентов) или улучшения ФВ ЛЖ по сравнению с исходной (у 28 (45,2 %) из 62 пациентов) после устранения тахикардии путем избрания тактики контроля ритма или контроля ЧСС.

Выводы. Распространенность тахи-индуцированной систолической дисфункции среди всех госпитализированных пациентов с персистирующей формой ФП составила 7,6 %, а среди пациентов с персистирующей ФП в сочетании со сниженной ФВ ЛЖ $< 50\%$ – 35%.

Джураев И.У.
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ И ХРОНИЗАЦИИ БОЛЕВЫХ
СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Докторант кафедры Неврологии, Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Оценить роль профессиональных факторов риска в формировании и хронизации болевых синдромов шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента с миофасциальным болевым синдромом шейного отдела позвоночника, развитие которого было связано с особенностями профессиональной деятельности. Средний возраст обследованных составил $43,6 \pm 8,2$ года. Основную часть пациентов составили работники умственного труда: офисные сотрудники, программисты, бухгалтеры и преподаватели, чья работа была связана с длительным пребыванием в положении сидя, статическим напряжением мышц шеи и плечевого пояса, а также продолжительной работой за компьютером. При обследовании учитывали основные профессиональные факторы риска: продолжительность ежедневной работы за компьютером, характер рабочей позы, наличие вынужденного положения головы и шеи, частоту перерывов в течение рабочего дня, уровень общей физической активности и соблюдение эргономических условий рабочего места. Клиническая оценка включала определение интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале, степени ограничения повседневной активности по индексу нарушения функции шеи, частоты мышечно-тонического синдрома, наличия триггерных точек и длительности болевого анамнеза. Такой подход позволил оценить не только выраженность болевого синдрома, но и связь его хронизации с профессиональной нагрузкой.

Результаты исследования. Формирование миофасциального болевого синдрома шейного отдела позвоночника у работников умственного труда в значительной степени связано с воздействием профессиональных факторов риска. Наиболее часто выявлялись длительная статическая нагрузка на шейно-воротниковую область, работа за компьютером более 6 часов в день, вынужденное положение головы с наклоном вперед, недостаточное количество перерывов в течение рабочего дня и низкий уровень физической активности. У 68,1% пациентов продолжительность ежедневной работы за компьютером превышала 6 часов, у 61,1% отмечались редкие перерывы или их отсутствие, у 55,6% выявлена неудовлетворительная организация рабочего места, а у 72,2% — снижение общей двигательной активности. При сравнительном анализе установлено, что пациенты с высокой профессиональной нагрузкой имели более выраженные клинические проявления. Интенсивность боли у них составила $6,8 \pm 1,2$ балла по визуально-аналоговой шкале, тогда как у пациентов с умеренной нагрузкой — $4,9 \pm 1,1$ балла. Индекс нарушения функции шеи также был выше в группе высокой нагрузки — $34,6 \pm 7,8\%$ против $23,4 \pm 6,5\%$, что свидетельствует о большем ограничении повседневной и профессиональной активности. Хроническое течение боли продолжительностью более 3 месяцев выявлено у 70,5% пациентов с высокой профессиональной нагрузкой, тогда как при умеренной нагрузке данный показатель составил 39,3%. Частота мышечно-тонического синдрома также была значительно выше в группе высокого профессионального риска — 81,8% против 53,6%. Наиболее выраженная связь прослеживалась между длительной работой за компьютером и интенсивностью боли, а также между отсутствием регулярных перерывов и хронизацией болевого синдрома.

Вывод. Профессиональные факторы риска играют существенную роль в формировании и хронизации МФБС шейного отдела позвоночника. Наиболее неблагоприятными факторами являются длительная статическая нагрузка,

работа за компьютером более 6 часов в день, неправильная организация рабочего места и низкая физическая активность. Полученные данные подтверждают необходимость профилактики, эргономической коррекции рабочего места и включения лечебной физкультуры в программы реабилитации работников умственного труда.

Джураева С.Д.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ОВАРИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Цель исследования. Изучить особенности дифференциальной диагностики ПМОС у женщин с патологией щитовидной железы с учетом ее структурного и функционального состояния.

Материал и методы. В исследование включены 65 женщин с клиническими признаками ПМОС. Первую группу составили 40 (61,5%) пациенток без диффузного увеличения щитовидной железы, вторую - 25 (38,5%) женщин, у которых ПМОС сочетался с диффузным увеличением щитовидной железы I - II степени. Группу контроля составили 15 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. Обследование включало анализ анамнеза и менструальной функции, антропометрию, оценку клинических проявлений гиперандрогении, ультразвуковое исследование органов малого таза и щитовидной железы. Функциональное состояние щитовидной железы оценивали по уровням ТТГ, свободных Т4 и Т3.

Результаты исследования. Сочетание ПМОС с диффузным увеличением щитовидной железы I-II степени установлено у 25 из 65 пациенток (38,5%). В этой группе значения ТТГ находились в диапазоне 3,5 - 4,0 мМЕ/л. Полученные результаты указывают на клиническую значимость параллельной оценки тиреоидного статуса при обследовании женщин с признаками ПМОС. При постановке диагноза необходимо учитывать возможный вклад тиреоидной дисфункции в нарушения менструального цикла и метаболические проявления. Диагностический алгоритм также должен предусматривать исключение других состояний со сходной симптоматикой, прежде всего гиперпролактинемии, неклассической врожденной дисфункции коры надпочечников, синдрома Кушинга и андроген-продуцирующих опухолей.

Выводы. У 38,5% обследованных женщин ПМОС сочетался с диффузным увеличением щитовидной железы. Это обосновывает необходимость включения оценки структуры и функции щитовидной железы в комплексный диагностический подход к пациенткам с признаками ПМОС. Сопоставление клинических, гормональных и ультразвуковых данных позволяет точнее определить происхождение репродуктивных и метаболических нарушений и обосновать дальнейшую индивидуальную тактику ведения.

Дододжони А., Шарипов У.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

Цель исследования. Оценить рациональность применяемой фармакотерапии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ПИМ).

Материал и методы. В исследование были включены 75 пациентов, ПИМ, из них 53 (70,7%) мужчины и 22 (29,3%) женщины. Средний возраст пациентов составил 56,7 лет. Исследование проведено на базе ГУ «Городской центр здоровья №2» г. Душанбе. Все пациенты состояли на диспансерном учёте по месту жительства. Было проанализировано 75 амбулаторных карт. Эффективность медикаментозной терапии оценивали в течение одного года на основании динамики субъективных и объективных показателей: частоты и интенсивности приступов кардиалгии, толерантности к физической нагрузке, наличия и развития осложнений, а также результатов дополнительных методов исследования, отражённых в амбулаторных картах (ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, эхокардиография).

Результаты исследования. При анализе фармакотерапии установлено применение более 20 групп лекарственных средств. Общее количество назначений составило 348, в среднем $4,6 \pm 1,6$ препарата на одного пациента. Полипрагмазия (≥ 5 препаратов) выявлена у 49 (65,3%) пациентов. Наиболее часто назначались антиагреганты (16,3%), нитраты (14,3%), ингибиторы АПФ (10,5%), витаминные препараты (8,9%), β -адреноблокаторы (7,9%), нейрометаболические стимуляторы (5,3%), антагонисты кальция (4,3%) и диуретики (3,1%). Комбинированная антиангинальная терапия применялась у 47 (62,7%) пациентов, два антиангинальных препарата — у 44 (58,7%). Таким образом, значительная часть пациентов получала многокомпонентную медикаментозную терапию, что подчёркивает необходимость индивидуальной оценки обоснованности каждого назначаемого препарата. Наиболее часто использовалась комбинация β -адреноблокатора с нитратом. Антиагрегантная терапия отсутствовала у 13 (17,3%) пациентов, двойная антиагрегантная терапия зарегистрирована в 2 (2,7%) случаях. Важным компонентом медикаментозной терапии пациентов с ПИМ является коррекция нарушений липидного обмена. В соответствии с современными принципами вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний основное место в гиполипидемической терапии занимают статины. Гиполипидемическая терапия статинами применялась только у 19 (25,3%) пациентов. В течение года у части пациентов отмечалось прогрессирование заболевания в частности повторные сердечные приступы.

Выводы. Анализ амбулаторного ведения пациентов ПИМ выявил высокую частоту полипрагмазии: 54 (72,0%) пациента получали пять и более лекарственных препаратов одновременно. Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации медикаментозного лечения с учётом индивидуального клинического состояния, сопут-

ствующей патологии и факторов сердечно-сосудистого риска, что позволит повысить качество вторичной профилактики и снизить риск прогрессирования ИБС и развития осложнений.

Дододжони А., Бекмамадова С.М., Азизова М.А.

РОЛЬ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

Цель исследования. Изучить эффективность применения психометрических шкал для выявления и оценки депрессивных расстройств у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. Исследование проведено в 2026 годах на базе ГУ «ГЦЗ №2» г. Душанбе. Всего обследовано 20 больных с диагнозами рекуррентное депрессивное расстройство (F33), органическое астеническое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.3), депрессивный эпизод, впервые выявленный (F32). 10 больных составляли группу с сопутствующим сахарным диабетом типа 2 (1 группа), другие 10 пациентов (без СД2) составляли контрольную группу (2 группа). Оценка состояния больных проводилась с использованием психометрического метода — шкал HDRS-21 (Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Hamilton M., 1967) и CGI-S (Шкала общего клинического впечатления, тяжесть заболевания, Guy W., 1976).

Результаты исследования показали, что средний балл (24) по шкале HDRS в первой группе больных оказался выше, чем во второй группе (19), что может указывать на относительно тяжелое течение депрессивных расстройств у больных СД2. В первой группе у всех больных отмечалось преобладание нескольких пунктов шкалы над прочими — бессонница, соматическая тревога, общие соматические симптомы и снижение работоспособности, которые квалифицировались как сильные и очень сильные в 80% случаев, в то время, как во второй группе общий балл формировался за счет средних и легких оценок в 15 пунктах. Такие данные позволяют осуществлять подбор антидепрессивной терапии с учетом влияния препаратов на отдельные компоненты депрессии. Средний балл по шкале CGI-S в первой группе (5 баллов) также выше среднего балла второй группы (3 балла). Кроме того, при ретроспективной оценке заболевания отмечено значительное ухудшение субъективного отношения больных к своему психическому состоянию с присоединением СД2.

Выводы. Применение психометрических шкал HDRS и CGI-S в практике семейного врача на уровне первичной медико-санитарной помощи позволяет своевременно выявлять и объективно оценивать выраженность депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа, определять динамику их психического состояния и обоснованно корректировать антидепрессивную терапию с учетом выявленных симптомов.

Донаев А.Х., Лутфуллоева Н.С., Холиқназарова Р.А.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

Городской центр здоровья №5, управления здравоохранения г. Душанбе. Таджикистан

Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости у подростков старшей возрастной группы 15-19 лет за 2025 год. В рамках исследования проведен анализ зарегистрированных больных в возрасте 15-19 лет, в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни и состоящим под диспансерным наблюдением на конец отчетного года.

Материалы и методы. Проведён анализ данных прикрепленного населённого участка семейных врачей по заболеваемости подростков 15-19 лет за 2025 год согласно первичной медицинской документации (форма 024, форма 12 и форма 030).

Результаты исследования. Анализ заболеваемости показывает, что наиболее часто у подростков старшей возрастной группы 15-19 лет отмечаются заболевания органов дыхания - в каждом четвертом случае среди всех заболеваний. В структуре заболеваний органов дыхания наиболее часто встречались острые инфекции верхних дыхательных путей в 62,25%, хронические болезни миндалин и аденоидов в 5,2%, почти одинаково часто (в 5% случаев) отмечались хронический ринит, назофарингит, фарингит, синусит и хронические болезни нижних дыхательных путей.

На втором месте по частоте у подростков были выявлены заболевания органов пищеварения (в 16,23% случаев). Болезни мочеполовой системы отмечались в 8,34% случаев; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 7,03%; болезни крови и кроветворных органов отмечались в 6,34% случаев; болезни кожи и подкожной клетчатки — 5,34%; болезни глаз и ее придаточного аппарата - 5,07%; болезни уха и сосцевидного отростка - 4,79%; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 4,2%; болезни нервной системы - 3,3%; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 2,6%.

Выводы. Исследование выявило, что в структуре заболеваемости среди подростков 15-19 лет преобладают заболевания органов дыхания, (24,82%), болезни органов пищеварения (16,23%) и болезни мочеполовой системы (8,34%).

Донаев А.Х., Лутфуллоева Н.С., Холиқназарова Р.А.

УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА ВОЗВРАТИВШИХСЯ МИГРАНТОВ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Государственное учреждение «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины». Таджикистан

Городской центр здоровья №5 Управления здравоохранения г. Душанбе

Цель исследования. Изучить пути улучшения доступа возвратившихся мигрантов к качественным и своевременно оказанным медицинским услугам.

Методы исследования. Для решения поставленной цели проведена оценка знаний 32 специалистов учреждений ПМСП (семейные врачи и семейные медицинские сестры) по специально разработанному вопроснику относительно здоровья возвратившихся мигрантов.

Результаты исследования. В целом тестированием были охвачены 12 семейных врачей и 20 семейных медицинских сестёр в г. Душанбе. Анализ результатов тестирования показал относительно невысокий уровень знаний медицинских работников по вопросам здоровья возвратившихся мигрантов. Результаты тестирования показали, что средний балл составляет 65,1% (минимальный – 46% и максимальный – 98%).

Результаты опроса медицинских работников показали, что основными препятствиями к получению качественных и своевременных медицинских услуг со стороны возвратившихся мигрантов являются: недостаточный уровень информированности самих возвратившихся мигрантов и их семей по вопросам здоровья, неосознание важности прохождения обследования у семейных врачей, недостаточную настороженность медицинских специалистов в отношении здоровья возвратившихся мигрантов, недостаточность информационно-просветительных материалов по здоровью возвратившихся мигрантов для эффективной работы с населением.

Выводы. Исходя из результатов исследования, следует продолжить обучение практикующих семейных врачей и семейных медицинских сестёр по работе с возвратившимися мигрантами. Продолжить разработку и тиражирование информационно-просветительных материалов (плакаты, баннеры, буклеты, видеоролики) по здоровью возвратившихся мигрантов с акцентом на туберкулез, ВИЧ, ИППП, а также непрерывно повышать информирование населения о важности прохождения медицинского обследования после возвращения из миграции путём проведения информационных сессий на встречах с населением, компаний по радио, использования телевидения, газет и журналов.

Дюсенов Д.О., Тирикова П.В., Фролов Д.С.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗОВОГО КОЛХИЦИНА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛЕТОЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад. М.В. Черноруцкого. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова». Россия.

Цель исследования. Оценить влияние низкодозового колхицина (0,5 мг/сут) в дополнение к оптимальной медикаментозной терапии на динамику иммунологических маркеров хронического сосудистого воспаления, субпопуляционный состав моноцитов и Т-лимфоцитов, структурно-функциональные параметры сердца и клинические исходы у пациентов с хроническим коронарным синдромом (ХКС) в течение 12 месяцев наблюдения.

Материал и методы. Проводится инициативное интервенционное исследование off-label применения колхицина на базе ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, одобренное локальным этическим комитетом. Пациенты с ХКС распределяются в группу колхицина 0,5 мг/сут в дополнение к стандартной терапии (n=100) и группу стандартной терапии без колхицина (n=50), всего 150 пациентов. Период наблюдения составляет 12 месяцев с визитами на 0, 6 и 12-й месяц. Первичными конечными точками являются динамика уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, маркеров активности NLRP3-инфламмы, субпопуляционного состава моноцитов и баланса Th1/Treg-лимфоцитов. Вторичными точками служат частота больших сердечно-сосудистых событий (МАСЕ), функциональный класс стенокардии, уровень качества жизни, динамика прогрессирования атеросклероза по толщине комплекса интима-медиа и характеристикам бляшек при дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий, а также структурно-функциональные параметры левого желудочка по данным ЭхоКГ. Дизайн и доза препарата обоснованы результатами исследований LoDoCo2 и COLCOT, продемонстрировавших снижение частоты МАСЕ на 31% и 23% соответственно при назначении низкодозового колхицина у пациентов с коронарной патологией.

Результаты исследования. В настоящий момент исследование находится на этапе набора и активного наблюдения пациентов; окончательные результаты по первичным и вторичным конечным точкам будут получены после завершения 12-месячного периода наблюдения и закрытия базы данных. Ожидаемым результатом является снижение вч-СРБ, провоспалительных цитокинов, маркеров активности NLRP3-инфламмы, коррекция дисбаланса Th1/Treg, а также снижение частоты МАСЕ в группе колхицина по сравнению с группой стандартной терапии.

Выводы. Настоящее исследование позволит определить иммунологические механизмы противовоспалительного эффекта колхицина и его влияние на клинические исходы у пациентов с ХКС, а также получить отечественные клинические данные для уточнения кардиологических показаний к его назначению в РФ. Несмотря на то, что колхицин имеет класс рекомендаций Ib в национальных рекомендациях «Кардиоваскулярная профилактика 2022», кардиологические показания в инструкции по применению препарата в России отсутствуют, что делает его назначение при ХКС off-label. Результаты настоящего исследования будут способствовать приведению отечественной клинической практики в соответствие с современными международными стандартами. Завершение набора и анализ первичных и вторичных конечных точек ожидаются в течение 2027 года.

Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Мамаджанова Г.С.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОКИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Цель исследования. Изучить распространение генотипов ротавирусов в Таджикистане.

Материал и методы. За 2019-2022 годы в городской детской инфекционной клинической больнице исследовано

4568 проб стула, собранных у детей до 5 лет с диареей. Образцы были исследованы методом количественного анализа полимеразной цепной реакции (кПЦР) с использованием платформы ТАС, которая включала 16 энтеропатогенов.

Результаты исследования. По результатам исследования доля РВИ колебалась от 17 до 50% в различные месяцы, причём число госпитализированных с диареей детей коррелировало с количеством выявленных случаев РВИ. Наиболее уязвимой возрастной группой являются дети в возрасте от 6 мес. — до 2 лет, на долю которых приходится 78% всех выявленных случаев. С увеличением возраста детей частота выявления ротавирусной инфекции снижалась. В течение изучаемого периода наблюдалась выраженная сезонность РВИ: подъём заболеваемости начинался в июне-июле и достигал пика в сентябре-октябре. По литературным данным и многочисленными исследованиями показано, что РВИ имеет выраженную сезонность с подъёмом заболеваемости в зимний период и дальнейшим нарастанием в весеннее время года, спорадические случаи РВИ отмечаются и летом. Однако полученные нами данные не совпадали с общепринятой точкой зрения, о сезонности РВИ. В Таджикистане подъём заболеваемости начинался в июне и достигал максимальных показателей в июле-октябре, что составило 77 % от всех случаев РВИ ежемесячно. В то же время в зимние и весенние месяцы уровень заболеваемости снижается.

Ретроспективно с использованием полугнездовой мультиплексной ОТ ПЦР проведено генотипирование 631 ротавируса, циркулировавший в 2012—2018 гг. в Душанбе. Установлено, что в этот период циркулировало 7 генотипов ротавирусов: G1 P[8], G2 P[4], G3 P[8], G9 P[8], G9 P[6] G1 P[6] G12 P[8]. Генотип G1P[8], доминировал во все годы наблюдения, обусловив от 44% до 69% генотипического разнообразия ротавирусов.

Из всех образцов, генотипированных в поствакционный период, только 1 образец составил генотип G1P(8). Ротавирусы имеют высокую частоту мутаций, что обусловлено функционированием собственной РНК полимеразы. Предполагают, что в среднем на каждую репликацию генома происходит одна мутация. Реассортация, т. е. перераспределение фрагментов сегментированного генома, происходит с высокой частотой в период смешанной инфекции, в которой участвуют два или более генетических варианта ротавирусов. И это мы наблюдали в 2021-2022 г- многообразие циркулирующих генотипов ротавируса новые генотипы, которые ранее не циркулировали.

Выводы. Исследования по генотипированию, проведённые после внедрения моновакцины против ротавируса, показало, что в Таджикистане вклад в заболеваемость внесли 5 генотипов ротавирусов: G4P[8], G2P[4], G9P[8], G9P[4] и всего в одном случае G1P[8]. Снижение количества генотипа G1P(8) дало возможность заявить о себе другим генотипам, которые ранее не были замечены на территории страны. Доминировали ротавирусы генотипа G4P[8], доля которого составила 50%, и генотипа G2P[4] – 27% и ранее не имели никакого эпидемиологического значения.

Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Мамаджанова Г.С.

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ПАРВОВИРУСУ В 19 У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ ТАДЖИКИСТАНА

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

Цель исследования. Оценка серопозитивности трудовых мигрантов к парвовирусу В19 (PVB19).

Материалы и методы. С этой целью было собрано 1440 образцов сывороток крови из различных регионов республики: Согдийская область – 179 образцов (Дж.Расулов -13, Ашт-23, Б Гафуров -21, Исфара -12, Педжикент -91, Шахристан – 19), Хатлонская область – 423 (Бальджуван -25, Пархар -37, Муминабад -45, Васе -109, Бахтар – 37, Яван – 125, Пяндж – 45, Районы республиканского подчинения – 404 (Турсун – заде - 75, Гиссар-94, Вахдат – 68, Рудаки – 134, Файзабад- 33), ГБАО – 132 (Хорог – 51, Рушан -81), Душанбе 302 респондентов. В серологическое обследование были включены жители всех регионов Таджикистана в возрасте от 1-года до 25 лет. Из числа обследованных мы сделали выборку трудовых мигрантов в возрасте от 18 до 25 лет.

Результаты исследования. При исследовании 392-х сывороток крови трудовых мигрантов, полученных с четырёх регионов республики: Согд-57- 14.5%, Хатлон-147-37.5%, ГБАО-68-17.3%, РПП-35-8.9% на наличие IgG-антител к PV B19, установлено, что на обследованных территориях количество иммунных к парвовирусу В19 трудовых мигрантов возрастало с 25.2% до 38.8% в возрастных группах от 18 до 25 лет соответственно. Эти показатели свидетельствуют о том, что около половины мужчин каждой возрастной группы переболели в прошлом парвовирусной инфекцией, что подтверждает факт её широкого распространения. Незначительное уменьшение количества серопозитивных лиц в старшей возрастной группе возможно связано с естественным ослаблением иммунитета спустя десятилетия после инфицирования. Вместе с тем, от 60% до 68% мигрантов не имели антител к парвовирусу В19 и, соответственно, были восприимчивы к этой инфекции. По уровню серопозитивности Хатлонская область занимает лидирующее место с 38.8% , второе место отводится ГБАО с 34.5%, на третьем месте Согдийская область и последняя позиция досталась РПП с 25.2% уровнем **серопревалентности**. Представленные результаты свидетельствуют о необходимости лабораторного подтверждения диагноза парвовирусной инфекции в каждом случае экзантемного заболевания. **Таким образом,** исследование показало, что доля серопозитивных к инфекции у лиц молодого возраста 19-25 лет возрастает от 40 до 60% , серопозитивность к парвовирусной инфекции В19 в регионах РТ достигает от 33% до 58% и более, а среди трудовых мигрантов от 25% до 39%, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований по выявлению инфекции среди групп высокого риска: беременных женщин, лиц с иммунодефицитами, реципиентов препаратов крови, онкологических больных, предотвращая его опасные последствия.

Выводы. В Таджикистане, как и в ряде других стран отсутствуют регистрация и учёта заболеваемости парвовирусной инфекцией В19. О распространении этой инфекции можно судить только по показателям гуморального иммунитета, что **свидетельствуют о необходимости лабораторного подтверждения диагноза парвовирусной инфекции в каждом случае экзантемного заболевания, сделав его обязательным для лиц из групп риска.**



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- В качестве снотворного средства: улучшает качество сна, ускоряет засыпание, снижает число ночных пробуждений, не вызывает ощущения вялости, разбитости и усталости при пробуждении
- В качестве седативного средства: регулирует цикл сон-бодрствование, положительно влияет на эмоционально-личностную сферу;
- В качестве адаптогена: адаптирует организм к быстрой смене часовых поясов, снижает стрессовые реакции; способствует организации биологического ритма и сна.

СИНХРОНИЗАЦИЯ СНА И ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ

Способ применения: Взрослым назначают внутрь по 1 таб. 1 раз/сут после приема пищи, вечером, за 1-2 ч перед сном.

БЕГРАДО

Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных инъекций или инфузий
10 флаконов



Инструкция по разведению и введению:



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Препарат рекомендован к применению в комплексной терапии следующих состояний:

Неврология

Профилактика и лечение дефицита витаминов группы В, полинейропатии различного генеза (диабетическая, алкогольная), невралгии, энцефалопатии.

Гастроэнтерология

Синдром мальабсорбции, состояния после обширных резекций желудка или кишечника, болезнь Крона, язвенный колит.

Терапия

Астенический синдром, восстановление организма после длительных заболеваний или инфекций

Эндокринология

Метаболический синдром, диабетическая нейропатия

Гинекология и урология

В комплексной терапии ВЗОМТ

Хирургия и реанимация

Полное парентеральное питание, послеоперационный период.



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

**Для лечения генерализованных или фокальных судорог
(у взрослых и детей):**

- ◆ Генерализованные судороги: абсансные судороги, клонические, тонические или тонико-клонические судороги, миоклонические судороги, атонические судороги, синдром Леннокса-Гасто;
- ◆ Фокальные судороги: простые или сложные судороги;
- ◆ Парциальные судороги с или без вторичной генерализации (в качестве монотерапии или в сочетании с другими противоэпилептическими препаратами).
- ◆ Профилактика рецидивов фебрильных судорог

Способ применения и дозы:

Для младенцев и детей обычная доза составляет 30 мг/кг массы тела в сутки.

Для подростков и взрослых обычная доза составляет 20-30 мг/кг массы тела в сутки

Валлортус желательно принимать во время еды:

- в 2 приема у пациентов младше 1 года,
- в 3 приема у пациентов старше 1 года.

Раствор смешивают с водой или соком (негазированными напитками) и принимают внутрь.



БАТМАЛИЯ

Таблетки, покрытые оболочкой №60
Ситаглиптин 50 мг
Метформин 850 мг/1000 мг



Показания:

Для пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

-как дополнение к диете и режиму физических нагрузок для улучшения контроля над гликемией у пациентов, у которых не достигнуто адекватного контроля на фоне монотерапии метформином, а также пациентам, которые уже получают лечение комбинацией ситаглиптина и метформина или в комбинации с производными сульфонилмочевинной или инсулином.

НОВЫЙ ПОДХОД В КОНТРОЛЕ ГЛИКЕМИИ

Способ применения:

Пациентам назначают внутрь по 1 таб. 2 раза/сутки.



Актореген

Депротеинизированный гемодериват крови телят

СИЛА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

В составе комплексной
терапии при:

- » Диабетической полинейропатии
- » Постинсультных состояниях
- » Деменции



Вегацеф

Цефтриаксон 1г

ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО ПО ДОСТУПНОЙ ЦЕНЕ

- ✓ **Активность в отношении большинства потенциальных патогенов**
- ✓ **Наличие двух альтернативных путей выведения**
- ✓ **Длительный период полувыведения (однократное введение в сутки)**
- ✓ **Возможность монотерапии**
- ✓ **Безопасность, минимум побочных эффектов**




Vegapharm



Велодеп

Сорбитол+Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид
+ Натрия лактат + Натрия хлорид

- Оказывает гемодинамический эффект
- Усиливает кровоток и доставку кислорода к жизненно важным органам и системам
- Вымывает метаболиты и токсины из повреждённых клеток, тканей, органов, улучшая перфузию в них

Жизнь в каждой капле!



Раствор для инъекций

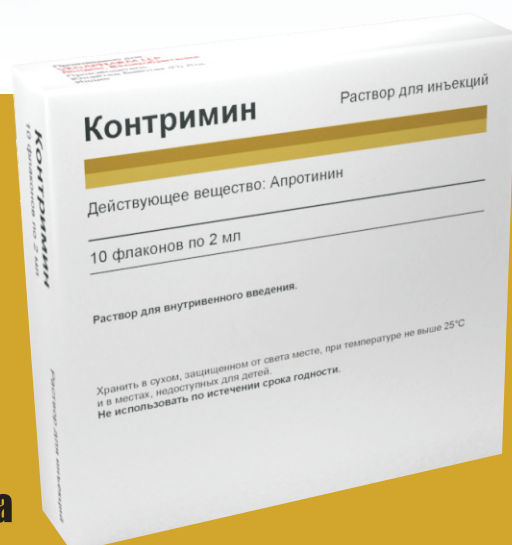
Контримин

Апротинин 10 000 АТрЕ

ЛИДЕР СРЕДИ “АНТИФЕРМЕНТОВ”



- Острый панкреатит
- Панкреонекроз
- Обострение хронического панкреатита
- Шоковое состояние и кровотечения
- Профилактика послеоперационного панкреатита



Зайнаббиди Х.С., Иноятова Н.А.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Изучить структурные и лабораторные изменения печени у детей и подростков с абдоминальным ожирением в зависимости от наличия метаболического синдрома.

Материал и методы. В исследование были включены дети и подростки в возрасте от 7 до 19 лет. На этапе скринингового обследования абдоминальное ожирение было выявлено у 303 школьников. Углублённое клинико-лабораторное и инструментальное обследование проведено у 107 пациентов, из которых 33 составили группу детей и подростков с абдоминальным ожирением в сочетании с метаболическим синдромом, а 74 - группу пациентов с абдоминальным ожирением без признаков метаболического синдрома. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей и подростков соответствующего возраста. Всем обследуемым проводили антропометрическое исследование с оценкой основных показателей физического развития и распределения жировой ткани. Для оценки структурно-функционального состояния печени выполняли ультразвуковое исследование. В рамках лабораторного обследования определяли активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), а также концентрацию общего билирубина в сыворотке крови.

Результаты исследования. Наиболее частым структурным изменением печени в обеих группах являлся гепатостеатоз. При сочетании абдоминального ожирения и метаболического синдрома он выявлен у 16 из 33 пациентов (48,5%), а при абдоминальном ожирении без метаболического синдрома - у 31 из 74 (41,9%). Медиана активности АЛТ составила 21,4 [14,8; 33,4] ед/л в группе с метаболическим синдромом и 18,8 [15,3; 25,8] ед/л в группе без него против 12,4 [10,9; 15,3] ед/л в контроле; различия с контрольной группой были статистически значимыми ($p < 0,001$). Уровень общего билирубина также был выше в обеих группах с абдоминальным ожирением по сравнению с контролем (общегрупповое $p = 0,002$), тогда как статистически значимых различий активности АСТ между тремя группами не установлено ($p > 0,05$).

Выводы. 1. У детей и подростков с абдоминальным ожирением структурные изменения печени выявляются как при наличии, так и при отсутствии сформированного метаболического синдрома; наиболее частым изменением является гепатостеатоз.

2. При сочетании абдоминального ожирения и метаболического синдрома отмечались более высокие значения АЛТ по сравнению с контролем, что подтверждает необходимость ранней оценки состояния печени у детей с повышенным кардиометаболическим риском.

Зайнаббиди Х.С., Иноятова Н.А.

ПОЛОЗАВИСИМАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЁМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь объёма щитовидной железы с инсулинорезистентностью у детей и подростков с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом с учётом пола.

Материал и методы. В исследование включены дети и подростки в возрасте 7–19 лет. На этапе скринингового мониторинга обследовано 2696 школьников, у 303 из них выявлено абдоминальное ожирение. Углублённое клинико-инструментальное и лабораторное обследование проведено у 107 детей и подростков, среди которых 33 пациента имели абдоминальное ожирение в сочетании с метаболическим синдромом, а 74 - абдоминальное ожирение без метаболического синдрома. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей и подростков. Всем обследуемым проводили антропометрическое исследование и ультразвуковое исследование щитовидной железы. Лабораторное обследование включало определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св. Т4) и иммунореактивного инсулина (ИРИ) с последующим расчётом индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Для оценки взаимосвязей между изучаемыми показателями проводили корреляционный анализ с учётом пола обследуемых.

Результаты исследования. Структурные изменения щитовидной железы у детей и подростков с абдоминальным ожирением преимущественно были представлены диффузными формами, при этом у большинства сохранялся эутиреоидный статус. Индекс НОМА-IR достоверно различался между группами ($p < 0,001$); наиболее выраженная инсулинорезистентность отмечалась в группе абдоминального ожирения с метаболическим синдромом. У мальчиков этой группы ($n = 17$) установлена умеренная статистически значимая положительная корреляция между объёмом щитовидной железы и индексом НОМА-IR ($r = 0,51$; $p = 0,039$). У девочек с метаболическим синдромом и у детей с абдоминальным ожирением без метаболического синдрома статистически значимой связи между данными показателями не выявлено.

Выводы. 1. Взаимосвязь объёма щитовидной железы с инсулинорезистентностью у детей и подростков с метаболическим синдромом имеет полозависимый характер.

2. Выявленная у мальчиков ассоциация позволяет предположить участие метаболических нарушений в структурных изменениях щитовидной железы при наличии метаболического синдрома.

Замунов О.А., Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А.

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И КАНАЛЬЦЕВАЯ РЕАБСОРБЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

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

Цель исследования. Оценить изменения скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции при различных стадиях хронической болезни почек.

Материалы и методы. Проведена оценка функциональных показателей почек у обследованных с ХБП стадий С3, С4 и С5 и лиц контрольной группы. В каждой группе представлены по 20 обследованных. Определяли СКФ, минутный диурез и показатель канальцевой реабсорбции. Результаты представлены в виде Ме [Q1–Q3]. Для межгруппового сравнения использовали критерий Краскела–Уоллиса с последующими попарными сравнениями по критерию Манна–Уитни с коррекцией Холма.

Результаты исследования. СКФ последовательно снижалась по мере прогрессирования ХБП: в контрольной группе она составила 93,8 [92,8–94,8] мл/мин, при ХБП С3 – 77,0 [75,1–78,9], С4 – 49,5 [47,9–51,1], а при С5 – 9,5 [8,9–10,1] мл/мин ($p<0,001$). Одновременно отмечалось снижение канальцевой реабсорбции: с 98,0 [97,7–98,3]% в контроле до 94,2 [93,2–95,2]% при С3, 88,3 [87,0–89,6]% при С4 и 86,2 [84,9–87,5]% при С5 ($p<0,001$). Минутный диурез составлял 0,96 [0,95–0,97] мл/мин в контроле, 1,20 [1,18–1,22] мл/мин при С3, 0,90 [0,76–1,04] мл/мин при С4 и 0,50 [0,43–0,57] мл/мин при С5 ($p<0,001$). Таким образом, по мере прогрессирования ХБП выявлялось выраженное ухудшение фильтрационной функции почек, наиболее значимое при стадии С5. Снижение канальцевой реабсорбции сопровождалось изменением показателей диуреза, что отражало нарастание функциональных нарушений почек при переходе от С3 к С5. Наиболее выраженные изменения всех исследованных показателей отмечались у пациентов с ХБП С5.

Выводы. Прогрессирование ХБП сопровождается последовательным снижением СКФ и канальцевой реабсорбции. Наиболее выраженные нарушения фильтрационной и канальцевой функции выявляются при ХБП С5, что свидетельствует о комплексном ухудшении функционального состояния почек по мере прогрессирования заболевания.

Замунов О.А., Таджиева З.А., Шарифбоев А.Х.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

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

Цель. Изучить изменения показателей мочевины и креатинина крови при различных стадиях хронической болезни почек.

Материалы и методы. Проведён анализ показателей почечной функции у пациентов с ХБП стадий С3, С4 и С5. В исследование включены 80 обследованных: контрольная группа ($n=20$), ХБП С3 ($n=20$), ХБП С4 ($n=20$) и ХБП С5 ($n=20$). Определяли концентрации мочевины и креатинина крови. Данные представлены в виде Ме [Q1–Q3]. Для межгруппового сравнения использовали критерий Краскела–Уоллиса, при выявлении значимых различий выполняли попарные сравнения с коррекцией Холма.

Результаты исследования. Концентрация мочевины крови последовательно увеличивалась по мере прогрессирования ХБП: в контрольной группе – 4,6 [3,8–5,4] ммоль/л, при ХБП С3 – 10,3 [8,5–12,1], С4 – 18,6 [15,4–21,8], С5 – 44,2 [36,7–51,7] ммоль/л ($p<0,001$). Аналогичная динамика отмечена для креатинина крови: 67,7 [62,5–72,9] мкмоль/л в контроле, 165,2 [153,1–177,3] мкмоль/л при С3, 388,0 [351,8–424,2] мкмоль/л при С4 и 660,0 [617,1–702,9] мкмоль/л при С5 ($p<0,001$). При попарном сравнении статистически значимые различия сохранялись между каждой из исследованных групп ($p_{корр}<0,001$). По мере перехода от одной стадии ХБП к последующей наблюдалось последовательное нарастание обоих показателей, наиболее выраженное при стадии С5. Выявленная динамика характеризовала прогрессирующее ухудшение функционального состояния почек и сопровождалась существенным увеличением концентрации азотистых метаболитов крови. Максимальные значения мочевины и креатинина зарегистрированы у пациентов с ХБП С5.

Выводы. Прогрессирование ХБП сопровождается выраженным и последовательным повышением концентраций мочевины и креатинина крови. Наиболее значительное увеличение обоих показателей наблюдается при ХБП С5, что отражает нарастание нарушения почечной функции по мере прогрессирования заболевания.

Зарифзода И.А.¹, Одинаев Б.С.², Давлатова Н.Ф.¹

БАҚАЙДГИРИИ ҶОҒАР ДАР ГУРҶҲОИ СИННУСОЛИИ ШАХСОНИ МУОИНАШУДА

¹Кафедра анатомии нормалӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон».

²Кафедраи фанҳои муолиҷавии № 2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Тавсифи басомади бақайдгирии ҷоғар дар гурӯҳҳои синнусолии шахсони соли 2025 муоинашудаи ноҳияи Данғара ва муайян кардани ҳудуди тафсири ин нишондиҳандаҳо.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили тавсифии маълумоти дафтари бақайдгирии бемориҳои эндокринии кумаки аввалияи тиббию санитарии ноҳияи Данғара барои 12 моҳи соли 2025 гузаронида шуд. Маълумоти ҷамъбасти 630 нафарро фаро гирифт: 149 кӯдаки то 14-сола, 270 нафар дар гурӯҳи наврасон ва 211 нафар дар гурӯҳи калонсолон. Гурӯҳбандии синнусолӣ ва сабти ҷоғар мувофиқи дафтари бақайдгирӣ қабул шуданд. Ҳиссаи сабтҳои ҷоғар аз шумораи умумии муоинашудагон ва аз шумораи ҳар гурӯҳ ҳисоб гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Ҷоғар дар 100 нафар аз 630 шахси муоинашуда ба қайд гирифта шудааст, ки 15,9%-ро ташкил медиҳад. Дар кӯдакони то 14-сола 34 ҳолат аз 149 нафар (22,8%), дар гурӯҳи наврасон 46 ҳолат аз 270 нафар (17,0%) ва дар гурӯҳи калонсолон 20 ҳолат аз 211 нафар (9,5%) ба қайд гирифта шудааст. Ҷамъи ҳолатҳои се гурӯҳ ба шумораи умумии 100 ҳолат мувофиқат мекунад.

Шумораи мутлақи сабтҳо дар гурӯҳи наврасон бештар аст, аммо ҳиссаи онҳо дар дохили гурӯҳи кӯдакон баландтар мебошад. Ин фарқият аҳамияти интиҳоби маҳраҷи дурустро нишон медиҳад: барои муқоисаи басомад шумораи ҳамаи шахсони муоинашудаи ҳамон гурӯҳ истифода мешавад.

Хулоса. Дар маълумоти бақайдгирии соли 2025 ҳиссаи сабтҳои ҷоғар 15,9% буд. Шумораи бештар дар наврасон ва басомади бештар дар кӯдакони то 14-сола ба қайд гирифта шуд. Ҷудо кардани шумораи мутлақ, ҳиссаи дохили ғуруҳ ва ҳолати функционалии ғадуд имкон медиҳад, ки маълумоти ҷамъбасти бе хулосаҳои нодурусти клиникӣ истифода шавад.

Зигангирова Д.И., Мухаммадиева К.М.

РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЦИНКА В НАРУШЕНИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С КЕЛОИДАМИ

НИИ Профилактической медицины МЗСЗН РТ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у детей с келоидными рубцами в зависимости от типа рубца, возраста и содержания цинка в крови.

Материал и методы. Обследовано 107 детей с келоидными рубцами, из которых у 64 диагностированы «истинные», у 43 — «ложные» келоиды. Для оценки состояния ПОЛ и АОС определяли содержание малонового диальдегида (МДА), активность супероксиддисмутазы (СОД) и уровень аскорбиновой кислоты (АК). Полученные показатели сопоставляли с данными контрольной группы из 30 здоровых детей соответствующего возраста. Дополнительно анализировали изменения показателей в возрастных группах 7–11, 12–14 и 15–18 лет, а также их взаимосвязь с содержанием цинка в крови.

Результаты исследования. У детей с келоидными рубцами независимо от возраста и типа рубца выявлен дисбаланс ПОЛ–АОС, характеризующийся повышением МДА и снижением СОД и АК по сравнению со здоровыми детьми. В возрасте 7–11 лет при «ложных» келоидах уровень МДА был выше, чем при «истинных» ($13,07 \pm 0,65$ против $11,13 \pm 1,44$ ммоль/л), а СОД и АК ниже соответственно в 2,2 и 1,8 раза. В группе 12–14 лет эти различия усиливались: МДА при «ложных» келоидах превышал показатель при «истинных» в 1,7 раза ($33,12 \pm 3,68$ против $19,22 \pm 4,68$ ммоль/л), тогда как СОД и АК были снижены в 2,4 и 1,9 раза соответственно ($p < 0,001$). Наиболее выраженные нарушения отмечались у подростков 15–18 лет: при «ложных» келоидах МДА достигал $39,11 \pm 1,96$ против $18,17 \pm 6,86$ ммоль/л при «истинных», СОД снижалась до $1,20 \pm 0,06$ против $3,08 \pm 0,15$ Ед/мл, а АК — до $11,5 \pm 5,57$ против $21,9 \pm 6,99$ мкмоль/л. Таким образом, с возрастом окислительный стресс нарастал, а антиоксидантная защита снижалась, причём наиболее выраженный дисбаланс ПОЛ–АОС наблюдался при «ложных» келоидах.

Выявлена также связь состояния АОС с обеспеченностью организма цинком. Дефицит цинка установлен у 46 из 107 (43,0%) обследованных детей. Нормальное состояние АОС среди пациентов с нормальным содержанием цинка встречалось в 1,8 раза чаще, чем при его дефиците — 47,5% против 26,1%. В целом нарушения АОС выявлены у 73,9% детей с дефицитом цинка и у 52,5% пациентов с его нормальным уровнем. При недостаточности цинка компенсаторное состояние АОС наблюдалось у 54,4% детей против 45,9% при нормальном уровне микроэлемента, а истощение антиоксидантной системы встречалось в 3 раза чаще.

Выводы. У детей с келоидными рубцами формируется выраженный дисбаланс между процессами перекисного окисления липидов и антиоксидантной защитой, проявляющийся повышением МДА и снижением СОД и аскорбиновой кислоты. Степень нарушений прогрессивно увеличивается с возрастом и достигает максимальной выраженности у подростков 15–18 лет, особенно при «ложных» келоидах. Дефицит цинка ассоциируется с более частым нарушением и истощением АОС, что обосновывает необходимость учитывать микроэлементный и антиоксидантный статус детей при разработке комплексных подходов к лечению келоидных рубцов.

Зигангирова Д.И.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ

НИИ Профилактической медицины МЗСЗН РТ

Цель исследования. Изучить морфологические особенности «истинных» и «ложных» келоидных рубцов у детей и определить их основные структурные различия.

Материал и методы. Морфологическое исследование келоидной ткани проведено у 107 детей с келоидными рубцами. При гистологической оценке учитывали состояние эпидермиса, характер и расположение коллагеновых волокон, выраженность гиалиноза, клеточный состав и особенности сосудистой сети. По результатам исследования у 64 (59,8%) детей выявлены морфологические признаки «истинных», у 43 (40,2%) — «ложных» келоидов.

Результаты исследования. Морфологическая картина «истинных» келоидов характеризовалась наличием толстых гиалинизированных, хаотично расположенных коллагеновых волокон в виде «спутанных канатов» и узлов. Отмечались истончение и участки атрофии эпидермиса, незначительный акантоз, выраженная гиалинизация и гомогенизация коллагеновых волокон. Фибробласты были малочисленными, преимущественно вытянутой формы и с низкой митотической активностью. Сосудистая сеть отличалась скудностью, капилляры были сплюснуты и сдавлены массивами коллагена. В целом «истинные» келоиды характеризовались избыточным и хаотичным накоплением коллагена I типа, низкой клеточностью и бедной васкуляризацией.

При «ложных» келоидах морфологическая структура существенно отличалась. Рубцовая ткань была представлена рыхлыми дезорганизованными пучками коллагеновых волокон различной толщины и участками незрелой фиброзно-рубцовой ткани. Эпидермис преимущественно сохранялся, отмечался незначительный гиперкератоз без выраженной атрофии дермо-эпидермального соединения. В дерме выявлялся лимфоцитарно-гистиоцитарный инфильтрат с примесью нейтрофилов и плазматических клеток, количество метаболически активных фибробластов было умеренно повышено, а гиалиноз стромы выражен слабо. Для «ложных» келоидов также была характерна более богатая капиллярная сеть.

Таким образом, между «истинными» и «ложными» келоидными рубцами у детей выявлены существенные морфологические различия. Для «истинных» характерны выраженная дезорганизация и гиалинизация коллагена, низкая клеточность и слабая васкуляризация, тогда как «ложные» келоиды отличаются более рыхлой структурой коллагеновых пучков, наличием клеточной инфильтрации, большей активностью фибробластов и развитой капиллярной сетью.

Выводы. Морфологическое исследование позволило установить различные структурные варианты патологического рубцевания у детей: «истинные» келоиды характеризуются преимущественно выраженной коллагенизацией, гиалинозом и бедной васкуляризацией, тогда как для «ложных» характерны менее выраженная гиалинизация, сохранение клеточной активности и более развитая сосудистая сеть. Выявленные морфологические различия могут быть использованы для дифференцированной оценки типа келоидного рубца и обоснования индивидуального подхода к лечению.

Зиёзода З.К., Сохибов Д.К., Бобоходжаев О.И.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ: ОПТИМИЗАЦИЯ ФТИЗИОНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель. Оценить эффективность индивидуализированных режимов этиотропной химиотерапии, сформированных на основе оценки проницаемости противотуберкулезных препаратов через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), у пациентов с верифицированным туберкулезным абсцессом головного мозга (ТАГМ) лекарственной устойчивостью возбудителя.

Материал и методы. Проведен ретроспективно-перспективный анализ верифицированных случаев ТАГМ. Этиологическая и молекулярно-генетическая верификация диагноза осуществлялась путем экспресс-тестирования методом ПЦР (Xpert MTB/RIF/Ultra) и жидкого посева (автоматизированная система BACTEC MGIT) гнойного субстрата. Диагностический материал получали непосредственно в ходе декомпрессивно-диагностического нейрохирургического вмешательства (пункционная аспирация полости абсцесса).

Результаты исследования. Установлено, что в отличие от классических туберкулем, ТАГМ манифестирует остро с гектической лихорадкой, выраженным лейкоцитозом и быстро нарастающим очаговым неврологическим дефицитом. Выявление маркеров устойчивости к рифампицину и фторхинолонам методом ПЦР в первые 4–6 часов после пункции позволяло оперативно корректировать стартовую эмпирическую терапию. При построении схем химиотерапии МЛУ/ШЛУ-ТАГМ основу этиотропных режимов составили препараты с доказанной высокой и умеренной ГЭБ-проницаемостью. К средствам выбора с высокой диффузией (концентрация в ликворе близка к сывороточной) были отнесены линезолид, фторхинолоны новых генераций (левофлоксацин, моксифлоксацин), циклосерин (теризидон) и протинамид. Бедаквилин и амикацин продемонстрировали умеренную, переменную проницаемость, напрямую зависящую от степени воспаления мозговых оболочек. Препараты с минимальной диффузией (этамбутол, ПАСК, клофазимин) полностью исключались из схем лечения. Включение не менее 4–5 активных, проникающих через ГЭБ препаратов в сочетании со стартовой глюкокортикостероидной терапией и своевременным хирургическим пособием позволило добиться стойкой клинко-рентгенологической регрессии очагов. Общая длительность противотуберкулезной химиотерапии при МЛУ/ШЛУ составила 18–24 месяца при продолжительности интенсивной фазы не менее 6–8 месяцев.

Выводы. Ведение пациентов с ТАГМ требует обязательного проведения экспресс-молекулярного скрининга аспирата на МЛУ/ШЛУ в первые часы после декомпрессивно-диагностического вмешательства для исключения неэффективного стартового лечения. Успех терапии резистентных форм ТАГМ напрямую зависит от стратификации этиотропных препаратов по уровню их проникновения через ГЭБ. Препаратами выбора при МЛУ/ШЛУ-ТАГМ должны выступать фторхинолоны новых генераций и линезолид на фоне обязательного нейрохирургического дренирования очага.

Зондбоева Н.З.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И РАВНИН

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

Цель исследования. Изучить клинко-функциональные особенности ХОБЛ у женщин, постоянно проживающих в условиях высокогорья, в сравнении с пациентками, проживающими на равнинной территории.

Материалы и методы. В демонстрационный вариант исследования включены 80 женщин с верифицированным диагнозом ХОБЛ: 40 пациенток, постоянно проживающих в высокогорной местности, и 40 пациенток, проживающих на равнине. Средний возраст обследованных составил $58,4 \pm 6,7$ и $57,8 \pm 7,1$ года соответственно. Всем пациенткам проводились сбор анамнеза, оценка выраженности одышки, физикальное обследование, пульсоксиметрия и спирометрия с определением ОФВ1, ФЖЕЛ и отношения ОФВ1/ФЖЕЛ. Тяжесть бронхиальной обструкции оценивалась в соответствии с критериями GOLD.

Результаты исследования. У пациенток, проживающих в высокогорье, отмечались более низкие показатели сатурации кислорода и более выраженная одышка по сравнению с пациентками равнинной группы. Средняя SpO_2 в покое составила $89,6 \pm 2,8\%$ в высокогорной группе против $94,7 \pm 1,9\%$ в группе равнины ($p < 0,001$). Среднее значение ОФВ1 составило $54,2 \pm 12,6\%$ от должного в высокогорной группе и $58,7 \pm 13,1\%$ в равнинной группе ($p = 0,12$). ОФВ1/ФЖЕЛ составило $55,8 \pm 7,4\%$ и $58,9 \pm 6,8\%$ соответственно ($p = 0,048$).

Одышка средней и выраженной степени отмечалась у 72,5% женщин высокогорной группы и у 50,0% пациенток равнинной группы ($p=0,04$). Частота обострений ХОБЛ в течение предшествующего года также была несколько выше среди женщин, проживающих в высокогорье: $1,7\pm0,9$ против $1,2\pm0,8$ эпизода в год ($p=0,03$).

При анализе факторов риска установлено, что значимую роль играли табакокурение и длительное воздействие бытового дыма. Вместе с тем различия между группами по основным спирометрическим показателям были менее выраженными, чем различия по показателям оксигенации.

Выводы. У женщин с ХОБЛ, постоянно проживающих в условиях высокогорья, наблюдаются более выраженные нарушения оксигенации и клинические проявления одышки по сравнению с пациентками, проживающими на равнинной территории. При этом различия в показателях спирометрии могут быть менее выраженными, что подчёркивает необходимость комплексной оценки пациенток с учётом не только степени бронхиальной обструкции, но и показателей газообмена, условий проживания и факторов риска. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения влияния хронической гипоксии высокогорья на течение ХОБЛ у женщин.

Зокиров А.С. Исоева М.Б., Гаримадов С.Н.

ИСХОДНЫЙ КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОЛУШАРНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

ООО «Пайрави Сино»

Цель исследования. Изучить исходные клинические, нейрофизиологические (ЭЭГ) и вегетативные (ВСР) характеристики пациентов с атеротромботическим полушарным ишемическим инсультом в остром и раннем реабилитационном периодах.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов (71 мужчина, 56 женщин; средний возраст $65,7\pm6,7$ года) с атеротромботическим полушарным ишемическим инсультом (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии в остром и раннем реабилитационном периодах: 72 пациента (56,7%) с левополушарным инсультом (ЛПИ) и 55 пациентов (43,3%) с правополушарным инсультом (ППИ). Каждая группа разделена на подгруппы: ЛПИ-1 ($n=37$) и ППИ-1 ($n=28$) получали стандартную реабилитацию в сочетании с курсом биоакустической коррекции (БАК, 10–12 сеансов); ЛПИ-2 ($n=35$) и ППИ-2 ($n=27$) - только стандартную программу восстановительного лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$). Оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), функциональная независимость (индекс Бартела), когнитивный статус (MoCA), эмоционально-аффективная сфера (PHQ-9, GAD-7), спонтанная биоэлектрическая активность мозга (ЭЭГ) и вариабельность сердечного ритма (ВСР: SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF, индекс стресса SI), а также данные УЗДГ магистральных артерий шеи и КТ/МРТ головного мозга. Статистическая обработка включала критерии Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный, дискриминантный и ROC-анализ.

Результаты исследования. Ведущим этиологическим фактором ИИ явился атеросклероз (78,7%), артериальная гипертензия выявлена у 61,4%, метаболический синдром - у 49,6%, сахарный диабет 2 типа - у 40,9%, ИБС - у 35,4% пациентов. Средний балл по шкале NIHSS составил $17,3\pm3,6$ (умеренная степень тяжести), с преобладанием двигательного дефицита в конечностях (руки - $2,6\pm0,8$, ноги - $2,3\pm0,7$ балла) и умеренными речевыми нарушениями ($1,2\pm0,6$ балла); индекс Бартела при поступлении - $48,2\pm11,7$ балла. По данным УЗДГ магистральных артерий шеи сужение внутренней сонной артерии $<70\%$ зафиксировано у 77,2% пациентов, $>70\%$ - у 22,8%; деформация ВСА выявлена у 33,1%, ОСА - у 27,6%, позвоночной артерии - у 22,0% обследованных; средний КИМ составил $1,2\pm0,05$. По КТ супратенториальные очаги <30 мм зарегистрированы у 82,7% больных. Исходные показатели ВСР демонстрировали выраженное угнетение вариабельности сердечного ритма: SDNN $31,6\pm7,2$ мс и RMSSD $17,8\pm5,4$ мс (против нижних границ нормы 50 и 25 мс; $p<0,001$), снижение HF (168 ± 64 мс²) и повышение LF/HF ($3,8\pm1,4$) и индекса стресса SI (228 ± 74 усл. Ед.; $p<0,001$ для всех показателей), что отражало преобладание симпатической активности. При ЛПИ чаще регистрировалось угнетение парасимпатического звена (более низкие RMSSD и HF), при ППИ - более выраженная симпатикотония (более высокие LF/HF и SI).

Выводы. У пациентов с полушарным ИИ в остром периоде выявлены типичные сочетанные нарушения - умеренный неврологический дефицит с выраженной коморбидностью, значительное ограничение функциональной независимости, а также выраженный дисбаланс вегетативной регуляции с преобладанием симпатического отдела и признаками сниженного адаптационного потенциала, различающийся по механизму в зависимости от латерализации очага (ваготония при ЛПИ, симпатикотония при ППИ). Эти данные обосновывают необходимость раннего комплексного подхода к реабилитации, направленного не только на двигательную, но и на когнитивно-эмоциональную сферу и вегетативную регуляцию.

Зокиров А.С., Исоева М.Б., Косимов С.С.

ЛАТЕРАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ: КОРРЕКЦИЯ АФАЗИИ ПРИ ЛЕВОПОЛУШАРНОМ И НЕГЛЕКТ-СИНДРОМА ПРИ ПРАВОПОЛУШАРНОМ ИНСУЛЬТЕ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность биоакустической коррекции в отношении афатических расстройств у пациентов с левополушарным инсультом (ЛПИ) и синдрома пространственного неглекта у пациентов с правополушарным инсультом (ППИ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов (71 мужчина, 56 женщин; средний возраст

65,7±6,7 года) с атеротромботическим полушарным ишемическим инсультом (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии в остром и раннем реабилитационном периодах: 72 пациента (56,7%) с левополушарным инсультом (ЛПИ) и 55 пациентов (43,3%) с правополушарным инсультом (ППИ). Каждая группа разделена на подгруппы: ЛПИ-1 (n=37) и ППИ-1 (n=28) получали стандартную реабилитацию в сочетании с курсом биоакустической коррекции (БАК, 10–12 сеансов); ЛПИ-2 (n=35) и ППИ-2 (n=27) - только стандартную программу восстановительного лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$). Оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), функциональная независимость (индекс Бартела), когнитивный статус (MoCA), эмоционально-аффективная сфера (PHQ-9, GAD-7), спонтанная биоэлектрическая активность мозга (ЭЭГ) и вариабельность сердечного ритма (BCR: SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF, индекс стресса SI), а также данные УЗДГ магистральных артерий шеи и КТ/МРТ головного мозга. Статистическая обработка включала критерии Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный, дискриминантный и ROC-анализ.

Результаты исследования. Афазия различной степени выраженности (преимущественно моторного и смешанного типа) диагностирована у 67,3% пациентов с ЛПИ (n=72): нарушения экспрессивной речи - у 43,1%, импрессивной речи - у 33,3%, снижение спонтанной речевой активности - у 23,6%. После курса БАК достоверно улучшились все компоненты речи: общая речевая активность возросла с 3 [2–4] до 5 [4–5] балла ($p=0,008$), понимание обращенной речи - с 3 [3–4] до 5 [4–5] ($p=0,011$), повторение слов и фраз - с 3 [2–4] до 4 [4–5] ($p=0,007$), номинативная функция - с 3 [3–4] до 4 [4–5] ($p=0,007$), артикуляционная плавность - с 3 [2–4] до 4 [4–5] балла ($p=0,006$), что соответствовало приросту показателей на 38–54%; на ЭЭГ отмечено увеличение мощности альфа-ритма в лобно-височных областях на 37,8% и рост межполушарной когерентности (зоны F3-F7, T3-C3). Признаки неглекта выявлены у 49,1% пациентов с ППИ (n=55): игнорирование левой половины тела - у 41,8%, пропуски при чтении - у 36,4%, смещение рисунков при копировании - у 30,9%. На фоне БАК (n=28) среднее смещение в тесте Line Bisection Test уменьшилось с 12 [10–15] до 6 [4–8] мм (–50,8%; $p=0,002$), число ошибок в Star Cancellation Test снизилось с 9 [6–11] до 4 [3–6] (–50,0%; $p=0,004$), точность копирования фигур возросла с 5 [4–6] до 7 [7–8] балла (+46,9%; $p=0,007$), время реакции на стимулы сократилось с 2,6 до 1,8 с (–30,7%; $p=0,006$); на ЭЭГ зафиксирован рост мощности альфа-ритма в правой теменно-затылочной области на 35,2% и повышение межполушарной когерентности (P4-P3, O2-O1).

Выводы. Эффективность биоакустической коррекции зависит от латерализации очага ишемического инсульта: при ЛПИ БАК обеспечивает выраженное восстановление речевых и когнитивных функций за счёт активации речевых нейросетей и роста альфа-когерентности в лобно-височных областях, а при ППИ - коррекцию синдрома пространственного неглекта и зрительно-моторного внимания за счёт активации лобно-теменных сетей и межполушарной синхронизации в теменно-затылочных областях. Это обосновывает дифференцированный, латерализационно-ориентированный подход к назначению БАК в комплексной реабилитации постинсультных пациентов.

Зокиров А.С., Гаримадов С.Н., Зоидова С.М.

ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МОЗГА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

ООО «Пайрави Сино». Таджикистан

Цель исследования. Оценить влияние курса биоакустической коррекции (БАК) на показатели спонтанной биоэлектрической активности мозга (ЭЭГ) и вариабельности сердечного ритма (BCR) в сравнении со стандартной реабилитацией у пациентов с полушарным ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов (71 мужчина, 56 женщин; средний возраст 65,7±6,7 года) с атеротромботическим полушарным ишемическим инсультом (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии в остром и раннем реабилитационном периодах: 72 пациента (56,7%) с левополушарным инсультом (ЛПИ) и 55 пациентов (43,3%) с правополушарным инсультом (ППИ). Каждая группа разделена на подгруппы: ЛПИ-1 (n=37) и ППИ-1 (n=28) получали стандартную реабилитацию в сочетании с курсом биоакустической коррекции (БАК, 10–12 сеансов); ЛПИ-2 (n=35) и ППИ-2 (n=27) - только стандартную программу восстановительного лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$). Оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), функциональная независимость (индекс Бартела), когнитивный статус (MoCA), эмоционально-аффективная сфера (PHQ-9, GAD-7), спонтанная биоэлектрическая активность мозга (ЭЭГ) и вариабельность сердечного ритма (BCR: SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF, индекс стресса SI), а также данные УЗДГ магистральных артерий шеи и КТ/МРТ головного мозга. Статистическая обработка включала критерии Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный, дискриминантный и ROC-анализ.

Результаты исследования. У пациентов, получавших БАК (подгруппы ЛПИ-1 и ППИ-1), отмечен более выраженный прирост мощности альфа-ритма - с 23,8±5,0 до 33,4±6,2 мкВ² при ЛПИ и с 25,2±4,8 до 33,9±6,1 мкВ² при ППИ ($p<0,001$), тогда как в контрольных подгруппах прирост был существенно меньше (до 27,2±5,7 и 28,3±5,8 мкВ² соответственно). Мощность тета-активности в группах БАК снизилась с 18,7±4,5 до 13,1±3,7 мкВ² (ЛПИ) и с 17,5±4,1 до 12,6±3,5 мкВ² (ППИ; $p<0,001$) - более выражено, чем при стандартной терапии. Межполушарная асимметрия альфа-ритма уменьшилась более чем вдвое: с 36,7±7,3% до 15,4±5,5% при ЛПИ и с 34,9±6,8% до 14,6±5,2% при ППИ ($p<0,001$), против частичного снижения до 24,8±6,1% и 22,1±5,9% в контрольных подгруппах. Параллельно на фоне БАК зафиксирована нормализация нейровегетативного баланса: рост SDNN и RMSSD на 47,5–51,6%, значительное повышение HF-компоненты и снижение LF/HF в 1,9–2,1 раза ($p<0,05$), снижение индекса стресса SI с 231±72 до 157±59 при ЛПИ и с 224±77 до 148±61 при ППИ. Корреляционный анализ показал тесную связь прироста альфа-мощности с улучшением когнитивных функций ($r=0,58–0,62$; $p<0,01$) и связь SDNN с индексом Бартела ($r=0,57$; $p<0,01$), а RMSSD - с MoCA ($r=0,46$; $p<0,05$).

Выводы. Включение биоакустической коррекции в раннюю реабилитацию пациентов с ишемическим инсультом обеспечивает достоверно более выраженную нормализацию биоэлектрической активности мозга (рост альфа-мощности, снижение тета-активности и межполушарной асимметрии) и вегетативного баланса (рост парасимпатических индексов ВСП, снижение симпатикотонии и индекса стресса) по сравнению со стандартной терапией. Тесная корреляция нейрофизиологических и клинических показателей подтверждает синергетическую связь центральных и вегетативных регуляторных систем, опосредованных действием БАК, и обосновывает использование ЭЭГ- и ВСП-биомаркеров для объективного мониторинга эффективности реабилитации.

Зокирова М.Н., Куватзода Г.Х., Исломудини Ю.
ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

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

Цель исследования. Изучить особенности изменений со стороны органа зрения у пациентов с ЖДА.

Материалы и методы. Обследованы 20 пациентов с ЖДА находившиеся на стационарном лечении во взрослом гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобпхш» г. Душанбе. Возраст больных составил от 16 до 35 лет. Период исследования с января месяца по июнь 2026 года. Всем больным были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, сахара, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, а также офтальмологическое обследование, включавшее определение остроты зрения и оценку субъективных зрительных жалоб. Анализировались особенности зрительных нарушений в зависимости от выраженности анемии.

Результаты исследования. Лабораторные данные: общий анализ крови: лейкоциты - $2,60 \times 10^9$ ЕЗ/мкл, миелоциты - 1,00%, метамиелоциты (юные) - 4,00%, палочкоядерные нейтрофилы - 0,10%, сегментоядерные нейтрофилы - 55,50%, лимфоциты - 36,30%, моноциты (MON) - 3,10%, эозинофилы (Ео) - 4,89%, эритроциты - $2,14 \times 10^6$ Е6/мкл, гемоглобин - 90,0г/л, СОЭ - 19,0 мм/час; биохимический анализ крови: АлАТ - 29,0 ед/л, АсАТ - 17,0 ед/л, билирубин общий - 16,6 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,8 мкмоль/л, мочевиная кислота - 458,0 мкмоль/л, калий - 3,6ммоль/л, мочевиная - 10,6 ммоль/л, креатинин - 160,9 мкмоль/л; У обследованных пациентов наряду с общеанемическими проявлениями выявлялись жалобы на быструю зрительную утомляемость, снижение чёткости зрения, ощущение «тумана» перед глазами и повышенную чувствительность к свету. Более выраженные зрительные жалобы отмечались у пациентов с более тяжёлым анемическим синдромом. Возможным механизмом выявленных нарушений является снижение кислородной доставки к тканям глаза и нарушение микроциркуляции.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациентке был поставлен диагноз: «железодефицитная анемия, средней степени тяжести. Сопутствующие заболевания: холецистипанкреатит. Нарушение зрения»

Выводы. Железодефицитная анемия может сопровождаться функциональными нарушениями органа зрения. Комплексная оценка гематологических и офтальмологических показателей позволяет своевременно выявлять зрительные нарушения и проводить их коррекцию. При наличии зрительных жалоб пациентам с анемией целесообразно проведение офтальмологического обследования.

Зокирова М.Н., Исломудини Ю., Шарифов М.М.
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА D, КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ И СОСТОЯНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

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

Цель исследования. Изучить уровень витамина D, кальция и фосфора у пациентов с пневмонией.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациентов с пневмонией находившиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе. Всем больным были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, сахара, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, а также офтальмологическое обследование, включавшее определение остроты зрения и оценку субъективных зрительных жалоб. Анализировались особенности зрительных нарушений в зависимости от выраженности анемии. Также определялся уровень 25(ОН) витамина D, общего кальция и неорганического фосфора в сыворотке крови.

Результаты исследования. Лабораторные данные: общий анализ крови: лейкоциты - $12,3 \times 10^9$ ЕЗ/мкл, миелоциты - 1,00%, метамиелоциты (юные) - 4,00%, палочкоядерные нейтрофилы - 0,10%, сегментоядерные нейтрофилы - 55,50%, лимфоциты - 36,30%, моноциты (MON) - 3,10%, эозинофилы (Ео) - 4,89%, эритроциты - $3,6 \times 10^6$ Е6/мкл, гемоглобин - 140,0г/л, СОЭ - 19,0 мм/час; биохимический анализ крови: АлАТ - 29,0 ед/л, АсАТ - 17,0 ед/л, билирубин общий - 16,6 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,8 мкмоль/л, мочевиная кислота - 458,0 мкмоль/л, калий - 3,6ммоль/л, мочевиная - 10,6 ммоль/л, креатинин - 160,9 мкмоль/л; У обследованных пациентов наряду с общеклиническими проявлениями выявлялись жалобы на быструю зрительную утомляемость, снижение чёткости зрения, ощущение «тумана» перед глазами и повышенную чувствительность к свету. Более выраженные зрительные жалобы отмечались у пациентов с более тяжёлым интоксикационным синдромом. Возможным механизмом выявленных нарушений является снижение кислородной доставки к тканям глаза и нарушение микроциркуляции.

У пациентов с синдромом сухого глаза средний уровень витамина D был ниже, чем у здоровых лиц, на 3,99 нг/мл, а при пневмонии этот показатель еще больше снижается. Кроме того, при дефиците витамина D отмечались более выраженные симптомы сухого глаза и снижение показателя теста Ширмера.

Выводы. Витамин D, кальций и фосфор имеют важное значение для иммунной регуляции и минерального обмена.

С учётом имеющихся научных данных оценка уровня витамина D и показателей минерального обмена у пациентов с пневмонией представляет научный интерес. Дополнительное офтальмологическое обследование может позволить выявить возможную связь между дефицитом витамина D и изменениями глазной поверхности.

Зокирова М.Н., Ибрагимов А.Ф., Аюбов Х.Ш.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Цель исследования. Оценить частоту дефицита витамина D и его взаимосвязь с функциональным состоянием почек.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациентов нефрологического отделения НМЦ «Шифобахш». Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия сопутствующей артериальной гипертензии. У всех пациентов определяли концентрацию 25-гидроксивитамина D [25(OH)D], общего кальция, альбумина сыворотки, креатинина с расчётом скорости клубочковой фильтрации (СКФ, eGFR), а также измеряли систолическое и диастолическое артериальное давление. Дефицит витамина D выявлен у 16 из 29 обследованных пациентов (55,2%). Для оценки взаимосвязи между показателями использовали корреляционный анализ; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Дефицит витамина D выявлен более чем у половины обследованных пациентов — 16 (55,2%). У пациентов с нарушением функции почек дефицит 25(OH)D встречался чаще и сочетался со снижением показателей СКФ. В группе пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией отмечались повышенные значения систолического и диастолического артериального давления, в отдельных случаях до 180/110 мм рт. ст. Нарушения кальциевого обмена выявлялись преимущественно у пациентов с гипоальбуминемией, что требует осторожной интерпретации общего кальция с учётом уровня альбумина.

Выявленная частота дефицита 25(OH)D свидетельствует о высокой распространённости нарушений витамин-D-статуса среди обследованных пациентов нефрологического профиля. Снижение СКФ при дефиците витамина D может отражать взаимосвязь нарушений минерального обмена с хроническим поражением почек. При этом выявленная ассоциация не позволяет установить причинно-следственную связь, поскольку на уровень витамина D и функцию почек могут одновременно влиять возраст, питание, сопутствующие заболевания и тяжесть хронической болезни почек. Связь низкого уровня витамина D с артериальной гипертензией описана в эпидемиологических исследованиях, однако результаты рандомизированных исследований относительно влияния коррекции витамина D на артериальное давление остаются неоднозначными.

Вывод. Дефицит витамина D выявлен у 55,2% обследованных пациентов нефрологического профиля и часто сочетался с нарушением функции почек и артериальной гипертензией. Полученные результаты обосновывают необходимость комплексной оценки 25(OH)D, кальция, альбумина и СКФ, однако для подтверждения независимой корреляционной связи необходим анализ индивидуальных лабораторных показателей и расширение выборки.

Зубайдов Р.Н., Шарипова Х.Ё., Насриева М.Ф.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСУДИСТО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

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

Цель исследования. На основе аналитического обзора литературных данных обосновать значение комплексной оценки сосудистых, микроциркуляторных и коагуляционных нарушений при ревматоидном артрите как для раннего выявления и стратификации сосудистого риска, так и для выбора лечебно-профилактической тактики.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор литературных данных, посвящённых хроническому воспалению, эндотелиальной дисфункции, микроциркуляторным расстройствам, нарушениям гемостаза и тромботическому риску у больных РА. Особое внимание уделялось не отдельным проявлениям сосудистой патологии, а их патогенетическим взаимосвязям и возможности использования этих связей для раннего выявления групп высокого риска.

Результаты исследования. По данным проанализированных наиболее значимых литературных источников показано, что у больных ревматоидным артритом оценка сосудистого риска не должна ограничиваться только традиционными факторами риска и стандартными прогностическими шкалами, поскольку они не всегда отражают реальную вероятность субклинического атеросклероза и сосудистых осложнений при РА (Agca et al., 2017; Colaco et al., 2020; Gerasimova et al., 2021). Наиболее информативным для раннего выявления сосудистого риска является комплексный подход, включающий оценку клинической активности РА, традиционных сердечно-сосудистых факторов риска, ультразвуковых признаков сосудистого поражения, показателей воспаления, микроциркуляции и коагуляционного статуса (Semb et al., 2020; Reiss et al., 2019).

Практическое значение ультразвукового исследования сосудов заключается в возможности раннего выявления увеличения толщины комплекса интима-медиа, атеросклеротических бляшек и признаков артериальной ригидности, что позволяет уточнить сосудистый риск даже у пациентов без клинически манифестных сердечно-сосудистых осложнений (Semb et al., 2020; Gerasimova et al., 2021). Оценка коагуляционных показателей имеет значение для выделения больных с признаками протромботической готовности, особенно при наличии высокой активности РА, повышенных маркеров воспаления, перенесённых тромбозов или сочетания нескольких сосудистых нарушений (Santos et al., 2012; Ketfi et al., 2021; Raadsen et al., 2022).

Исследование микроциркуляции может использоваться как дополнительный диагностический инструмент для

выявления ранних сосудистых расстройств, оценки выраженности сосудистой дисфункции и обоснования необходимости динамического наблюдения у больных РА с высоким сосудистым риском (Bordy et al., 2018; Shimanski et al., 2022). Особого внимания в лечебно-диагностическом плане требуют больные РА с признаками ревматоидного васкулита, тромботическими осложнениями, выраженными микроциркуляторными нарушениями, гиперкоагуляционными сдвигами, а также пациенты с сочетанием нескольких вариантов сосудисто-коагуляционных нарушений (Mertz et al., 2023; Wang et al., 2025).

Обобщение литературных данных позволяет считать, что комплексная оценка сосудисто-коагуляционных нарушений при РА может быть использована для выделения групп повышенного риска, определения объема дополнительного обследования, выбора интенсивности наблюдения и обоснования лечебно-профилактических мероприятий. Такой подход предполагает не только контроль активности РА, но и своевременную коррекцию традиционных факторов сердечно-сосудистого риска, оценку тромботической готовности и профилактику сосудистых осложнений.

Выводы. 1. Комплексная оценка сосудистых, микроциркуляторных и коагуляционных нарушений при ревматоидном артрите имеет практическое значение для раннего выявления больных с повышенным сосудистым и тромботическим риском. **2.** Использование такого подхода позволяет обосновать расширенный диагностический поиск, динамическое наблюдение и лечебно-профилактическую тактику, направленную на контроль активности РА, коррекцию сосудисто-коагуляционных нарушений и предупреждение сосудистых осложнений.

Зубайдов Р.Н., Шукурова Р.А., Махмудзода Х.Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ.

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

Цель исследования. Оценить течение ревматоидного артрита (РА) в зависимости от коморбидных заболеваний и риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 102 пациентов с РА на базе кардиоревматологическом отделении при ГЦЗ №2 им. ак. К. Таджиева. Средний возраст пациентов с РА – $61 \pm 10,2$ года, из них 89 (87,3%) – женщин, 13 (12,7%) – мужчин. Сопутствующее заболевание было установлено на основании данных медицинской истории болезни. Для расчета риска ССО при РА была использована шкала Score. Оценивались факторы риска, непосредственно связанные с основным заболеванием, такие как средняя длительность заболевания, активность заболевания по DAS 28, внесуставные проявления, серологические маркеры активности заболевания, уровень С-реактивного белка (СРБ), особенности проводимой терапии, антигипертензивная терапия в анамнезе.

Среди исследуемых пациентов с РА средняя длительность заболевания составила $11 \pm 5,6$ лет. Было обследовано клинический анализ крови - ревмофактор, С-реактивный белок, рентгенография суставов, Эхо-КГ и ЭКГ. Средний показатель активности заболевания по индексу DAS-28 составил 5,28. Внесуставные проявления РА встречались лишь у 43 (22%) пациентов. Также были проанализированы результаты лабораторных данных, среди них средний показатель СОЭ у пациентов перед госпитализацией составил 26,26 мм/ч, а уровень СРБ — 15,18 мг/мл. Уровень РФ в среднем был — 97,43 Ед/мл, а АЦЦП 273,56 Ед/мл.

Результаты исследования. Сопутствующие заболевания имели 73 (71,5%) пациента с РА, из них 32 (43,8%) имели одно, 25 (34,25%) – два, 11 (15,1%) – три и 5 (6,85%) – четыре и более. Ведущее место в коморбидности занимает кардиоваскулярная патология 55 (75,3%): артериальная гипертензия — 27 (49,1%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) 13 (23,63%) и другие заболевания – 15 (27,27%). Среди обследованных больных наиболее распространена артериальная гипертензия 3-й степени 37 (49,1%), на втором месте среди сопутствующих заболеваний – патология пищеварительной системы – 28 (38,5%), на третьем месте нарушения эндокринной системы, из них чаще всего встречается сахарный диабет 2-го типа 22 (30,1%). Далее железодефицитная анемия (ЖДА) 11 (15,06%) и хронические заболевания легких, были выявлены остеоартроз и остеопороз.

Всем исследуемым был рассчитан риск ССО по шкале SCORE (2017 г.). По результатам исследования было выявлено, что среди пациентов с РА очень высокий риск ССО встречается с частотой 11,8%, высокий — 20%, умеренный — 34,9%, а низкий риск — 33,3%. Таким образом, у большинства пациентов с РА наблюдается умеренный, высокий и очень высокий риск кардиоваскулярной патологии (66,7%), что связано с наличием традиционных факторов риска у большинства пациентов с РА.

Вывод. Среди больных РА из сопутствующих заболеваний чаще всего встречается сердечно-сосудистая патология и она выявляется у больных с высокой степенью активности РА в сочетании коморбидных состояний. Коморбидная патология и кардиоваскулярное заболевание влияют на течение и активность заболевания ухудшают прогноз лечения РА. .

Зубайдов Р.Н., Шарипова Х.Ё., Махмудзода Х.Р.

ВЗАИМОСВЯЗИ СОСУДИСТО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

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

Цель исследования. Аналитическое обобщение данных литературы о взаимосвязи ведущих фенотипов сосудисто-коагуляционных нарушений при ревматоидном артрите (РА) (атеросклеротической, васкулитический, микроциркуляторный и гемокоагуляционно-тромботический. для обоснования структуры исследования.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор литературных данных, посвящённых взаимосвязи атеро-

склеротического, гемокоагуляционно-тромботического, микроциркуляторного и васкулитического фенотипов сосудисто-коагуляционных нарушений при РА. Литература анализировалась в клинко-патогенетическом ракурсе с акцентом на общие механизмы формирования сосудистого повреждения, протромботического состояния и тромбовоспалительных осложнений. Особое внимание уделялось не столько отдельным проявлениям сосудистой патологии, сколько их патогенетическим взаимосвязям, определяющим степень их участия в формировании сосудистого риска при РА.

Результаты исследования. По данным проанализированных наиболее значимых литературных источников показано, что хроническое иммуновоспаление при РА способствует эндотелиальной дисфункции, активации сосудистой стенки и нарушению её физиологических антикоагулянтных свойств, что является одним из ключевых механизмов сосудистого повреждения (Firestein, McInnes, 2017; Gravallesse, Firestein, 2023). Провоспалительные цитокины, включая TNF- α , IL-1 β и IL-6, усиливают экспрессию тканевого фактора, повышают секрецию фактора Виллебранда, снижают активность естественных антикоагулянтных механизмов и тем самым формируют условия для гиперкоагуляции (Gualtierotti et al., 2022). Повышение С-реактивного белка, фибриногена, D-димера и других маркеров системного воспаления отражает не только активность РА, но и состояние хронической тромбовоспалительной готовности (Santos et al., 2012; Voulgari et al., 2022; Ketfi et al., 2021).

Микроциркуляторные нарушения при РА связаны с эндотелиальной дисфункцией, изменением регуляции сосудистого тонуса, повышением вязкости крови, агрегацией форменных элементов и ухудшением тканевой перфузии (Bordy et al., 2018; Vlasov et al., 2019; Zharkikh et al., 2018). Нарушения микроциркуляции могут рассматриваться как промежуточное звено между системным воспалением, сосудистым ремоделированием и гемокоагуляционными сдвигами, поскольку в микроциркуляторном русле реализуются сладж-феномен, стаз и микротромботические изменения (Shimanski et al., 2022; Gualtierotti et al., 2022).

Ревматоидный васкулит отражает более тяжёлый вариант сосудистого поражения при РА и может сочетаться с ускоренным атеросклерозом и микроциркуляторной дисфункцией, что подтверждает представление о генерализованной васкулопатии при системном течении болезни (Mertz et al., 2023; Angeloudi et al., 2023).

Венозные и артериальные тромбозы при РА являются клиническим итогом взаимодействия воспаления, эндотелиального повреждения, гиперкоагуляции и стаза, поэтому их профилактика требует оценки не только традиционных факторов риска, но и болезни-ассоциированных воспалительных и гемостатических показателей (Ketfi et al., 2021; Raadsen et al., 2022). С учётом этих данных комплексное изучение взаимосвязи воспаления, эндотелиальной дисфункции, микроциркуляции и гемостаза может повысить информативность стратификации сосудистого риска у больных РА и обосновать дифференцированный лечебно-диагностический подход.

Выводы. 1. Наиболее информативным при РА является не изолированное изучение атеросклероза, васкулита, микроциркуляции или гемостаза, а комплексная оценка их взаимосвязи с активностью хронического иммуновоспалительного процесса. 2. Такой подход позволяет выделять больных с высоким сосудистым и тромботическим риском, планировать расширенный диагностический поиск и обосновывать лечебно-профилактическую тактику, направленную на контроль воспаления, коррекцию гемокоагуляционных нарушений и предупреждение сосудистых осложнений.

Зубайдов Р.Н., Боев С.Н., Махмудзода Х.Р.

ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМОТОИДНОГО АРТРИТА

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

Цель исследования. Изучить и охарактеризовать поражения клапанного аппарата сердца и микроциркуляторных нарушений у больных ревматоидного артрита (РА) в зависимости от степени активности заболевания.

Материал и методы исследования: В соответствии с поставленной целью проспективным исследованием проведено в период 2025-2026 года на базе кардиоревматологического отделения ГЦЗ №2 им., ак.К.Таджиева. Было комплексно обследовано 86 больных с верифицированным диагнозом эрозивным ревматоидным артритом. Возрастной диапазон больных составил от 26 до 64 лет. Средний возраст составил $52,6 \pm 2,2$ года. Контрольную группу составило 32 здоровых лиц. Всем больным было проведено клинко-лабораторное и инструментальное исследование, в которое включены: клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови с определением С-реактивного белка, серомукоид, мочевины, креатинина и мочевой кислоты. Для оценки суставного синдрома, его тяжести и активности РА применялись исследования: продолжительность утренней скованности, уровень интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ, число болезненных и воспаленных суставов (в рамках индекса DAS28 -Disease Activity Score 28). Состояние микроциркуляторного кровотока исследовали с помощью лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛДФ-5, позволяющей количественно визуализировать уровень МЦК-кровотока количественно. Состояние клапанного аппарата у больных с РА оценивали с помощью УЗИ-исследования сердца (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование (ХМТ) (ЭКГ).

Результаты исследования. Наиболее значимые изменения клапанного аппарата были выявлены у больных с коморбидными патологиями, где было сформировался многофакторный характер изменений клапанного аппарата. Причины патогенетических механизмов формирования клапанных пороков имеют значение склеротические дегенеративные изменения в виде воспалительного поражения (12,1%), перенесенный эндокардит (8,2%), а также эндокардит в рамках ревматоидной болезни сердца (6,5%). Иногда у 9,8% и 6,5% больных происходило формирование функциональной недостаточности митрального и трикуспидального клапана, что является последствием ишемической кардиомиопатии и миогенной дилатации полости желудочков. Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики включая процессы диастолического наполнения левого желудочка, выявлены характерные особенности: а) ги-

перкинетический тип гемодинамики (61,9%), б) многонаправленные прогрессирующие изменения ТМДП (трансмембранный диастолический поток) при данной патологии приводят к постепенному развитию различных вариантов ДДЛЖ (диастолической дисфункции левого желудочка)

Вывод. Широкий спектр и высокая частота встречаемости активных форм РА с сочетанием с АГ при проведении Эхо-Кг вопреки устоявшимся представлениям у значительной части пациентов с высокоактивными формами РА, диагностируется патология поражения клапанного аппарата сердца. При этом преимущественно изменения происходят в структуре аортального клапана что составляет 16,3%..

При изучении центральной гемодинамики выявлены нарушения диастолической дисфункции трех типов (соответственно тип «замедленной релаксации»- I, псевдонормальный -II, рестриктивный -III).

Зубайдов Т.Н., Шукурова Р.А., Салихова М.Х.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМОТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ .

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

Цель исследования: оценить и определить особенности микроциркуляторных нарушений у больных ревматоидным артритом (РА) с коморбидностью гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. В исследование включен 331 пациент в возрасте $58,6 \pm 2,4$ года (112 мужчин, 219 женщин), с диагнозом ГБ II стадии, 1–2-й степени, риск II, III, с продолжительностью заболевания > 10 лет и в условиях коморбидности с РА 121 больных со стажем заболевания $7,2 \pm 2$, в возрасте 45–60 лет. Основанием для постановки диагноза РА явились критерии ACR/ EULAR (2010 год), ГБ — классификация ВОЗ/МО АГ в модификации РКО 2019 года. Все пациенты были обследованы и получали лечение в кардиоревматологическом отделении при ГЦЗ №2 им. ак.К.Таджиева. Пациенты были распределены на четыре группы: I группа — 98 больных: 58 женщин, 40 мужчин. II группа — 122 больных: 92 женщины, 30 мужчин, ГБ II стадии, 1–2-й степени, риск ССО II, III, в условиях коморбидности с РА в состоянии клинико-лабораторной ремиссии. III группа (сравнения) — 111 больных: 86 женщин, 25 мужчин, ГБ II стадии, 1–2-й степени, риск II, III, IV группа (контрольная) — 46 практически здоровых лиц: 22 мужчины, 24 женщины в возрасте $54,1 \pm 6,4$ года. Обследование больных осуществляли в стационарных условиях, проводились физикальный осмотр, лабораторные тесты (биохимические и гематологические) стандартными методами, а также Эхо-КГ. Состояние МЦР определяли методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). У больных с РА для оценки боли использовали ВАШ, разработанную Е. С. Huskisson. Для оценки активности РА применяли DAS по результатам исследования 28 суставов (DAS28).

Результаты исследования. Изучены особенности состояния МЦР в условиях коморбидности ГБ и РА. Результаты исследования показали, что эстрогены имеют множественную связь с гипоталамо-гипофизарной области и они обладают кардиопротективным эффектом, при этом при их уменьшении происходит увеличение катехоламинов, приводящее к изменению чувствительности стенки сосудов. В наших исследованиях у больных РА с коморбидностью ГБ, включенных в исследования определяли 3 типа микроциркуляторного нарушения НЦТ (нормоциркуляторный), СПТ (спастический), ЗСТ (застойный). У обследованных больных I, II, III степени ГБ с ожирением НЦТ встречался (в 2,1, 2,2 и 2,4 раза соответственно) реже, чем у пациентов с нормальной массой тела (в 1,8, в 1,9 раза) по сравнению с группой контроля. У больных СПТ в I, II и III группах определялся у 25,3 % и у 23,4 % соответственно больных с нормальной массой тела и у 41,7 %, 43,2 % и 36,6 % соответственно при ожирении. У пациентов с ожирением во всех группах на фоне увеличения встречаемости патологических типов МЦР выявлено нарастание показателей ЛДФ с максимально высоким значением в III группе.

Вывод: Прижизненное исследование МЦР у пациентов в условиях коморбидности ГБ и РА отмечаются изменения микроциркуляторного нарушения проявляющиеся спастическими явлениями сосудов, уменьшение вариабельности кровотока, повышением уровня адреноэргического тонуса, частая вазомоторная дисфункция является не только результатом РА, но и зависит от степени активности и неблагоприятным течением ГБ и наличием атеросклероза.

Ибрагимов А.Ф., Назарова М.К.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «МАТРИКС ВЛОК»

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

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы с применением аппарата «Матрикс ВЛОК».

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами было проведено лечение 24 больных инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы внутривенным лазерным облучением крови по новейшей методике, причем в качестве аппаратного обеспечения выбран «Матрикс - ВЛОК», поскольку это единственный аппарат для данного метода, в котором есть излучающие головки с несколькими длинами волн (от 0,36 до 0,9 мкм) и мощностью от 1 до 35 мВт, что позволяет подобрать максимально эффективные параметры воздействия. Нами были использованы излучающие головки с длинами волн 0,63 мкм и 0,405 мкм, причем с чередованием их через день. Продолжительность процедуры 20 минут, с мощностью на конце световода 1-1,5 мВт. Всего на курс 5-7 ежедневных сеансов. ВЛОК по данной методике проведено 12 больным инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, которые и составили основную группу больных.

Контрольную группу составили 12 больных, соответствующие по полу и возрасту, страдающие бронхиальной астмой и получившие традиционную терапию без использования ВЛОК.

Всем 24 больным проводилось обследование с общеклиническим, инструментальными (ЭКГ, ФВД) и биохимическими исследованиями, с обязательным исследованием коагулограммы.

Результаты исследования. Нашими исследование выявлено, что у всех больных основной группы отмечалось снижение коагуляционных свойств крови.

Это выражалось в незначительном увеличении таких показателей коагулограммы, как: времени рекальцификации плазмы (от $119,6 \pm 11,4$ до $126,5 \pm 12,8$), снижении показателей: протромбинового индекса (от $106,06 \pm 12,64$ до $104,55 \pm 11,08$), тромботеста (с IV ст. до III ст), протромбиновое время (от $16,06 \pm 1,54$ до $12,05 \pm 0,82$), активированное частичное тромбопластиновое время (от $26,93 \pm 3,04$ до $26,65 \pm 2,73$). В контрольной группе эти показатели коагулограммы в динамике лечения не изменялись.

Под влиянием внутривенного лазерного облучения крови наблюдалось затихание воспалительного процесса, что выражалось в улучшении показателей ФВД (увеличение ЖЁЛ – на 37,2%, ФЖЁЛ – на 27,3%, ОФВ₁ – на 41,6%) в отличие от контрольной группы (увеличение ЖЁЛ – на 17,1%, ФЖЁЛ – на 9,3%, ОФВ₁ – на 19,1%).

При этом в основной группе исчезновение или уменьшение количества приступов удушья наступает через 5-6 дней, а в контрольной группе – на 8-10 день.

Выводы. Проведенные нами исследования показали высокую эффективность комплексного лечения инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы с применением аппарата «Матрикс ВЛОК» при использовании излучающих головок длиной волны 0,63 и 0,405 мкм, в частности, оно положительно влияет на коагуляционные свойства крови, сокращает количество койко-дней данной категории больных.

Ибрагимов А.Ф., Зокирова М.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ

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

Цель исследования. Определить основные современные критерии диагностики и прогрессирования ИЗЛ (интерстициальных заболеваний лёгких).

Материалы и методы. Проведён анализ современных международных рекомендаций и результатов клинических исследований. Основными методами диагностики являлись: клиническое обследование, исследование функции внешнего дыхания с определением форсированной жизненной ёмкости лёгких и диффузионной способности лёгких по монооксиду углерода, тест с шестиминутной ходьбой, пульсоксиметрия и компьютерная томография органов грудной клетки высокого разрешения.

Основные диагностические критерии. Диагностика ИЗЛ основывается на сочетании клинических, функциональных и радиологических признаков. На первом этапе оцениваются длительность и характер одышки и кашля, снижение толерантности к физической нагрузке, наличие профессиональных и бытовых экспозиций, курения, лекарственных воздействий, контакта с птицами и плесенью, а также признаки системных заболеваний соединительной ткани.

Ключевым методом визуализации является компьютерная томография органов грудной клетки высокого разрешения. Она позволяет определить характер и распространённость интерстициальных изменений и установить основной радиологический паттерн. Наиболее значимыми признаками фиброзирующего процесса являются ретикулярные изменения (reticulation), утолщение междольковых перегородок, тракционные бронхоэктазы (traction bronchiectasis), архитектурная деформация лёгочной ткани, уменьшение объёма поражённых отделов и сотовое лёгкое (honeycombing). При оценке компьютерной томографии необходимо учитывать не только наличие фиброза, но и его динамику.

Функциональная диагностика позволяет объективизировать влияние заболевания на дыхательную систему. Основными показателями являются форсированная жизненная ёмкость лёгких и диффузионная способность лёгких по монооксиду углерода. При динамическом наблюдении особое значение имеет снижение показателей относительно исходного уровня. Абсолютное снижение форсированной жизненной ёмкости лёгких на ≥ 5 процентных пунктов должного значения или диффузионной способности лёгких по монооксиду углерода на ≥ 10 процентных пунктов в течение одного года при отсутствии другой причины ухудшения расценивается как физиологический признак прогрессирования.

Тест с шестиминутной ходьбой используется для оценки функционального состояния и переносимости физической нагрузки. При динамическом наблюдении учитываются уменьшение пройденной дистанции и снижение сатурации кислорода во время нагрузки. Эти показатели особенно важны при сопоставлении с изменениями функции лёгких и данными компьютерной томографии.

Согласно современным критериям, прогрессирующий лёгочный фиброз (PPF — progressive pulmonary fibrosis) у пациентов с ИЗЛ, не относящимся к идиопатическому лёгочному фиброзу, определяется при наличии не менее двух из трёх признаков в течение одного года при отсутствии альтернативной причины ухудшения: усиление респираторных симптомов, физиологическое прогрессирование или радиологическое прогрессирование.

Результаты исследования. Современный комплексный подход позволяет выявлять прогрессирование ИЗЛ на основании объективной динамики функциональных и радиологических показателей. Наиболее информативным является сочетание снижения форсированной жизненной ёмкости лёгких и/или диффузионной способности лёгких с нарастанием фиброзных изменений при компьютерной томографии высокого разрешения и ухудшением клинического состояния. Выявление прогрессирующего фенотипа имеет принципиальное значение для определения дальнейшей лечебной тактики.

Вывод. Ранняя идентификация прогрессирования ИЗЛ требует комплексной оценки симптомов, функции лёгких и данных компьютерной томографии высокого разрешения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИФИБРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЁГОЧНОМ ФИБРОЗЕ

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

Цель исследования. Оценить перспективность применения ингибиторов PDE4B при идиопатическом лёгочном фиброзе с использованием SWOT-анализа.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов современных клинических исследований III фазы по применению ингибиторов PDE4B у пациентов с идиопатическим лёгочным фиброзом. Оценивали динамику форсированной жизненной ёмкости лёгких (FVC), эффективность и переносимость терапии, а также возможность её применения на фоне стандартного лечения. Для комплексной оценки перспектив группы препаратов проведён SWOT-анализ, включающий сильные и слабые стороны терапии, потенциальные возможности её применения и возможные ограничения и риски.

Результаты исследований. Результаты исследований показали, что ингибиторы PDE4B способны замедлять снижение функции лёгких при идиопатическом лёгочном фиброзе. Через 52 недели снижение FVC в группе терапии составило около 115 мл против 184 мл в группе плацебо. Важным преимуществом является возможность применения данной группы препаратов на фоне стандартной антифибротической терапии.

Согласно SWOT-анализу, к сильным сторонам относятся новый механизм действия, способность замедлять функциональное прогрессирование заболевания и возможность комбинированного применения. К слабым сторонам относятся, прежде всего, желудочно-кишечные нежелательные явления, включая диарею, а также пока ограниченные данные о долгосрочных результатах лечения.

Основными возможностями являются расширение арсенала антифибротической терапии и применение нового механизма воздействия у пациентов с продолжающимся прогрессированием заболевания. К потенциальным рискам относятся конкуренция с уже используемыми антифибротическими препаратами, стоимость и доступность терапии, а также необходимость накопления долгосрочных данных о влиянии на выживаемость и качество жизни пациентов.

Вывод. SWOT-анализ показывает, что ингибиторы PDE4B являются перспективным направлением антифибротической терапии и могут занять место дополнительного компонента лечения пациентов с прогрессирующим идиопатическим лёгочным фиброзом.

Ибрагимова М.Х.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Самаркандский государственный медицинский университет. Самарканд, Республика Узбекистан.

Цель исследования. Изучить особенности нейропсихологического профиля пациентов с фокальной эпилепсией и провести сравнительную оценку памяти, внимания и исполнительных функций в зависимости от латерализации эпилептического очага.

Материал и методы. В клиничко-обсервационное сравнительное исследование планируется включить 120 пациентов в возрасте 18-45 лет с фокальной эпилепсией. В зависимости от межполушарной локализации эпилептического очага пациенты распределяются на две группы: с левополушарной фокальной эпилепсией - 52 человека и с правополушарной - 68 человек. Для комплексной оценки когнитивного статуса используются Montreal Cognitive Assessment (MoCA), California Verbal Learning Test (CVLT), тест сложной фигуры Рея-Остеррица, Trail Making Test (части A и B), Stroop Test, Digit Span и специализированная батарея EpiTrack. Оцениваются вербальная и зрительно-пространственная память, внимание, рабочая память, скорость переработки информации, когнитивная гибкость и исполнительный контроль. Статистическую обработку выполняли в SPSS 12.0; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с левополушарной фокальной эпилепсией выявлены более низкие показатели вербальной памяти по сравнению с больными с правополушарной локализацией очага. Суммарный показатель обучения по CVLT составил $41,8 \pm 9,0$ против $47,2 \pm 9,4$ балла соответственно ($p = 0,002$), показатель отсроченного воспроизведения - $8,0 \pm 2,7$ против $9,6 \pm 2,8$ балла ($p = 0,002$), что свидетельствовало о более выраженном нарушении запоминания и воспроизведения вербальной информации при левополушарной эпилепсии. При оценке зрительно-пространственной памяти по тесту Рея-Остеррица отмечалась тенденция к снижению показателей при правополушарной эпилепсии - $18,0 \pm 5,8$ против $19,6 \pm 5,6$ балла, однако различия не достигали статистической значимости ($p = 0,130$). Время выполнения TMT-A существенно не различалось - $46,8 \pm 21,5$ и $49,0 \pm 22,3$ с ($p = 0,586$), тогда как TMT-B выполнялся достоверно дольше пациентами с правополушарной локализацией - $93,4 \pm 36,5$ против $79,5 \pm 31,0$ с ($p = 0,026$), что указывало на снижение когнитивной гибкости и способности к переключению внимания. По Stroop Test достоверных межгрупповых различий не выявлено - $50,6 \pm 8,2$ и $52,1 \pm 8,0$ балла соответственно ($p = 0,318$). В целом когнитивный дефицит имел различный профиль: при левополушарной локализации преобладали вербально-мнестические нарушения, а при правополушарной - снижение когнитивной гибкости и переключения внимания. Выявленные особенности подтверждают необходимость дифференцированной оценки отдельных когнитивных функций у пациентов с фокальной эпилепсией.

Выводы. Когнитивные нарушения при фокальной эпилепсии имеют латерализационно-зависимый характер. При левополушарной локализации эпилептического очага преимущественно страдают вербальная память, запоминание и отсроченное воспроизведение информации, тогда как при правополушарной локализации более выражены нарушения

когнитивной гибкости и переключения внимания. Полученные результаты обосновывают необходимость комплексной нейропсихологической оценки отдельных когнитивных доменов с учетом стороны эпилептического очага для раннего выявления когнитивного дефицита и индивидуализации лечебно-реабилитационной тактики.

Ибрагимов Р.Ш., Зокиров А.С., Исоева М.Б.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ (ПИЭР) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОАКУСТИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Разработать и оценить диагностическую ценность прогностического индекса эффективности реабилитации (ПИЭР), объединяющего клинические, когнитивные и нейрофизиологические параметры, у пациентов с ишемическим инсультом на фоне биоакустической коррекции.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов (71 мужчина, 56 женщин; средний возраст $65,7 \pm 6,7$ года) с атеротромботическим полушарным ишемическим инсультом (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии в остром и раннем реабилитационном периодах: 72 пациента (56,7%) с левополушарным инсультом (ЛПИ) и 55 пациентов (43,3%) с правополушарным инсультом (ППИ). Каждая группа разделена на подгруппы: ЛПИ-1 (n=37) и ППИ-1 (n=28) получали стандартную реабилитацию в сочетании с курсом биоакустической коррекции (БАК, 10–12 сеансов); ЛПИ-2 (n=35) и ППИ-2 (n=27) - только стандартную программу восстановительного лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), функциональная независимость (индекс Бартела), когнитивный статус (MoCA), эмоционально-аффективная сфера (PHQ-9, GAD-7), спонтанная биоэлектрическая активность мозга (ЭЭГ) и вариабельность сердечного ритма (BCR: SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF, индекс стресса SI), а также данные УЗДГ магистральных артерий шеи и КТ/МРТ головного мозга. Статистическая обработка включала критерии Вилкоксона, Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, корреляционный, дискриминантный и ROC-анализ.

Результаты исследования. На основании корреляционного, дискриминантного и ROC-анализа выделены прогностические маркеры высокой эффективности реабилитации: прирост мощности альфа-ритма $\geq 30\%$, снижение тета-активности $\leq -20\%$, уменьшение межполушарной асимметрии альфа-ритма ≥ 12 п.п.; рост SDNN $\geq 45\%$, RMSSD $\geq 50\%$, HF $\geq 60\%$, снижение LF/HF $\geq 1,0$ п.п. и индекса стресса SI $\geq 30\%$; снижение NIHSS ≥ 4 баллов, прирост MoCA ≥ 3 баллов, снижение PHQ-9 ≥ 4 баллов. На основе взвешенной нормализации показателей (коэффициенты корреляции: альфа-ритм $r=0,64$, SDNN $r=0,58$, RMSSD $r=0,54$, LF/HF $r=-0,51$, NIHSS $r=-0,62$; $p < 0,01$ для всех) разработан ПИЭР = $\sum(K_i \times \Delta_i)$, верифицированный методом пошагового дискриминантного анализа с точностью классификации 86% ($p < 0,001$). Границы уровней эффективности (высокая $\geq 0,70$, умеренная $0,50-0,69$, низкая $< 0,50$) определены по данным ROC-анализа с чувствительностью 88% и специфичностью 82%. Из 127 обследованных пациентов высокая эффективность реабилитации (ПИЭР $\geq 0,70$) достигнута у 38 (29,9%), умеренная - у 52 (40,9%), низкая - у 37 (29,1%); при ПИЭР $\geq 0,70$ вероятность достижения функциональной независимости превышала 85%, при ПИЭР $< 0,50$ - не превышала 50%. В подгруппах, получавших БАК, доля пациентов с высокой эффективностью была на 10–15% выше, чем в контрольных подгруппах (43,2% против 28,6% при ЛПИ; 39,3% против 29,6% при ППИ), а доля пациентов с низкой эффективностью - более чем вдвое ниже.

Выводы. Разработанный прогностический индекс эффективности реабилитации (ПИЭР), объединяющий приросты клинических (NIHSS, MoCA, PHQ-9), нейрофизиологических (альфа-ритм) и вегетативных (SDNN) показателей, обладает высокой дискриминационной способностью (точность 86%, чувствительность 88%, специфичность 82%) и позволяет объективно прогнозировать исход реабилитации и индивидуализировать тактику ведения пациентов с ишемическим инсультом, получающих биоакустическую коррекцию.

Изатов С.С., Таджинов Т.Б., Гулов М.А.

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН НА ОСНОВЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Разработать научно обоснованную систему профилактических мероприятий по снижению заболеваемости и летальности от ишемического инсульта (ИИ) у женщин на основании выявленных факторов риска.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективно-проспективное клинико-эпидемиологическое исследование 647 больных ишемическим инсультом (ИИ) (364 женщины, 283 мужчины), жителей Гиссарского района Республики Таджикистан. Диагностика ИИ проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, верификация типа инсульта методами нейровизуализации (КТ, МРТ, МР-ангиография, УЗДГ/УЗДС сосудов головы и шеи), уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. Учитывались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкин. Лабораторно определялись уровни глюкозы, липидного профиля, показатели коагулограммы и КЩС крови. Статистическая обработка выполнена с расчётом критерия χ^2 и уровня значимости p .

Результаты исследования. На основании комплексного анализа факторов риска ИИ у женщин Гиссарского района предложена многоуровневая система профилактики, включающая шкалу стратификации сосудистого риска, ежегодный скрининг женщин старше 40 лет (артериальное давление, гликемия, липидный профиль, масса тела) и интеграцию догоспитального, амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения. Обоснована организация специализированных центров вторичной профилактики с участием невролога, кардиолога, эндокринолога, физиотерапевта и психолога, а также внедрение цифрового регистра инсульта.

Выводы. Реализация предложенной системы профилактики, учитывающей гендерные особенности коморбидного профиля и структуры подтипов ИИ, является основой для устойчивого снижения показателей смертности и инвалидизации от инсульта у женщин в Республике Таджикистан.

Икромзода К.И., Махмудов М.О., Моманд Х.

ПРОФИЛАКТИКА И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить риск развития активного туберкулеза у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, проанализировать факторы риска, которые способствуют развитию инфекции, а также определить наиболее эффективные направления профилактики и ранней диагностики туберкулеза у данной категории пациентов.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор современной научно-медицинской литературы, включавший результаты крупных популяционных когортных исследований, (включая анализ национальных регистров с участием более 115 тыс. пациентов), систематических обзоров и актуальных метаанализов (в частности, метаанализ 2025 г., объединивший 32 исследования с общим охватом свыше 670 тыс. человек). Проведен синтез эпидемиологических данных, механизмов иммунного ответа и клинических рекомендаций по ведению коморбидных пациентов.

Результаты исследования. Анализ современной доказательной базы свидетельствует о наличии устойчивой ассоциации между ХОБЛ и повышенным риском развития активного ТБ. В крупных когортных исследованиях риск развития легочного ТБ у больных ХОБЛ оказался примерно втрое выше (HR 3,0). К наиболее значимым факторам риска развития туберкулеза относятся табакокурение, пожилой возраст и неблагоприятные социально-экономические условия. Существенное влияние оказывает коморбидная патология. Так, сочетание ХОБЛ с пневмокониозом сопровождается многократным увеличением риска развития ТБ — практически в 7 раз.

Повышенная восприимчивость к микобактериям при ХОБЛ обусловлена деградацией местной защиты дыхательных путей. Это включает нарушение мукоцилиарного клиренса, дисфункцию альвеолярных макрофагов, хроническое воспаление и эмфизематозное разрушение легочной ткани.

Диагностика ТБ у больных ХОБЛ осложняется значительным сходством клинических проявлений заболеваний. Хронический кашель, продукция мокроты и одышка могут ошибочно расцениваться как проявления основного заболевания или его обострения. Особую настороженность должны вызывать изменение привычного характера кашля и мокроты, кровохарканье, длительная лихорадка, ночная потливость, немотивированное снижение массы тела, появление новых изменений при лучевой диагностике, а также отсутствие ожидаемого эффекта от стандартной терапии обострения ХОБЛ.

Выводы. ХОБЛ ассоциирована с клинически значимым повышением риска развития активного туберкулеза. Взаимосвязь между заболеваниями имеет многофакторный характер и формируется вследствие сочетанного воздействия общих факторов риска, прежде всего табакокурения, возраста и неблагоприятных социальных условий, а также структурно-функциональных нарушений местной иммунной защиты лёгких.

Наличие определённых коморбидных состояний, особенно пневмокониоза, значительно усиливает риск развития ТБ и требует повышенной клинической настороженности. Все пациенты с ХОБЛ должны рассматриваться как группа повышенного риска, что обосновывает необходимость адаптации международных рекомендаций к локальной эпидемиологической ситуации.

Иноятова Н.А., Исмадова Ф.Х.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРЗЕПАТИДА ПРИ ОЖИРЕНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В ТАДЖИКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

Цель исследования. Оценить эффективность тирзепатида (ЗИПТЕРРА) при ожирении и сахарном диабете 2 типа (СД2) в таджикской популяции и определить взаимосвязь динамики массы тела с исходной массой тела, длительностью терапии и текущей дозой препарата.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-антропометрических и лабораторных данных 56 пациентов, получавших тирзепатид подкожно один раз в неделю в условиях реальной клинической практики. Средний возраст составил $44,02 \pm 14,41$ года; женщины - 49 (87,5%), мужчины - 7 (12,5%). Средняя исходная масса тела составила $98,96 \pm 18,84$ кг, рост - $162,42 \pm 7,60$ см, индекс массы тела - $37,46 \pm 6,21$ кг/м². Сочетание ожирения и СД2 отмечено у 33 пациентов, преддиабет - у 4, изолированное ожирение - у 19 пациентов. Оценивали динамику массы тела, глюкозы крови и HbA_{1c}, продолжительность терапии, текущую дозу препарата, предшествующую сахароснижающую терапию и нежелательные явления. Начальная доза у всех пациентов составляла 2,5 мг 1 раз в неделю; текущая доза от 2,5 до 15 мг. Средняя продолжительность терапии составила $10,78 \pm 4,75$ недели.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 8.0 и Excel 2021 и с применением методов описательной статистики и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Основными причинами назначения тирзепатида были недостаточный контроль гликемии у 40 (72,7%) пациентов и избыток массы тела у 30 (54,5%). Через один месяц терапии масса тела снизилась в среднем на $5,87 \pm 1,68$ кг, что соответствовало $6,02 \pm 1,58\%$ исходной массы тела; к окончанию периода наблюдения снижение составило $10,80 \pm 5,42$ кг ($10,75 \pm 4,04\%$). Исходная масса тела положительно коррелировала с абсолютным снижением массы тела ($r=0,59$; $p<0,001$), но не с процентной потерей массы тела ($r=0,21$; $p=0,119$). Продолжительность терапии достоверно коррелировала с абсолютной ($r=0,48$; $p<0,001$) и относительной ($r=0,56$; $p<0,001$) потерей массы

тела. Текущая доза также была связана с абсолютным ($r=0,62$; $p<0,001$) и относительным ($r=0,47$; $p<0,001$) снижением массы тела. При этом повышение дозы происходило параллельно увеличению продолжительности лечения, поэтому независимый дозозависимый эффект не может быть доказан данным анализом. HbA1c снизился с $8,65\pm 2,58\%$ исходно до $7,94\pm 2,07\%$ через один месяц и $6,77\pm 1,66\%$ через три месяца. Средняя концентрация глюкозы уменьшилась с $9,51\pm 4,13$ ммоль/л до $6,08\pm 1,66$ ммоль/л через один месяц и $5,35\pm 1,25$ ммоль/л через три месяца. Нежелательные явления зарегистрированы у 27 (49,1%) пациентов, преимущественно рвота, тошнота и головная боль; у 28 (50,9%) пациентов побочные эффекты не зарегистрированы.

Выводы. 1. У пациентов таджикской популяции с ожирением и СД2 применение тирзепатида сопровождалось снижением массы тела на $5,87\pm 1,68$ кг ($6,02\pm 1,58\%$) через 1 месяц и на $10,80\pm 5,42$ кг ($10,75\pm 4,04\%$) к окончанию периода наблюдения.

2. На фоне терапии отмечалось улучшение углеводного обмена: уровень HbA1c снизился в среднем на 0,7% через 1 месяц и на 1,9% через 3 месяца.

Исматуллохзода С.С.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОТРИХИИ ПРИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить дерматоскопические особенности лейкотрихии в очагах витилиго у детей в зависимости от климатогеографического региона проживания.

Материал и методы. Дерматоскопическое исследование проведено у 876 детей с витилиго, из которых 580 проживали в условиях низкогогорья и 296 — среднегорья. Оценивали наличие полной и частичной депигментации волос, отсутствие лейкотрихии, а также характер её распространения в пределах очагов поражения. Полную лейкотрихию определяли по наличию равномерно белых или беловато-серых стержней волос без пигментации по всей длине, частичную — по сочетанию пигментированных и депигментированных участков волоса.

Результаты исследования. Результаты дерматоскопического исследования 876 детей с витилиго показали, что у большинства обследованных — 625 (71,3%) — волосы в пределах депигментированных очагов сохраняли нормальную пигментацию, тогда как признаки лейкотрихии различной степени выраженности выявлены у 251 (28,7%) ребёнка. При этом частичная лейкотрихия встречалась несколько чаще полной — соответственно у 133 (15,2%) и 118 (13,5%) пациентов.

Сравнительный анализ продемонстрировал выраженную зависимость характера дерматоскопических изменений от климатогеографических условий проживания. Наиболее значимые межрегиональные различия установлены в отношении полной лейкотрихии: у детей низкогогорья она выявлялась в 17,8% случаев, тогда как у жителей среднегорья — лишь в 5,1%, то есть в 3,4 раза реже. Напротив, частичная лейкотрихия несколько чаще регистрировалась в среднегорье — 17,9% против 13,8% в низкогогорье.

Не менее существенные региональные различия выявлены в распространённости дерматоскопических изменений. В низкогогорье преобладал диффузный характер поражения, установленный у 68,4% детей, тогда как очаговый вариант наблюдался только у 31,6%. В среднегорье, напротив, доминировали очаговые изменения — 72,6%, а диффузные выявлялись лишь у 27,4% обследованных. В результате диффузный вариант в низкогогорье встречался в 2,5 раза чаще, чем в среднегорье, в то время как очаговый характер изменений у жителей среднегорья регистрировался в 2,3 раза чаще, чем у детей низкогогорья.

То есть, для пациентов, проживающих в условиях низкогогорья, характерны более выраженное вовлечение волосного аппарата с высокой частотой полной лейкотрихии и преимущественно диффузный характер дерматоскопических изменений. У детей среднегорья патологические изменения имеют преимущественно очаговый характер, полная депигментация волос наблюдается значительно реже, а при вовлечении волос относительно чаще выявляется частичная лейкотрихия. Совокупность этих особенностей позволяет рассматривать витилиго у детей низкогогорья как характеризующееся более распространёнными и глубокими изменениями пигментного аппарата кожи и волос по сравнению с детьми, проживающими в условиях среднегорья.

Выводы. Дерматоскопическая картина лейкотрихии при витилиго у детей имеет выраженные региональные особенности: для жителей низкогогорья характерны более высокая частота полной и диффузной лейкотрихии, свидетельствующая о более выраженном вовлечении волосных фолликулов в патологический процесс, тогда как у детей среднегорья чаще наблюдаются очаговые изменения и отсутствие признаков поражения волос.

Исматуллохзода С.С.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить клинические и дерматоскопические особенности витилиго у детей в зависимости от климатогеографического региона проживания.

Материал и методы. Обследовано 876 детей с витилиго, из которых 580 проживали в условиях низкогогорья и 296 — среднегорья. Для количественной оценки площади поражения кожи и тяжести заболевания определяли индекс VIMAN.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал существенные различия клинического течения витилиго у детей в зависимости от региона проживания. В низкогогорье преобладало несегментарное витилиго (НСВ), которое выявлялось у 370 (63,8%) детей и встречалось в 1,8 раза чаще сегментарного витилиго (СВ) — 210 (36,2%). В

среднегорье, напротив, чаще диагностировалось СВ - у 171 (57,8%) ребёнка против 125 (42,2%) случаев НСВ. При этом, у детей низкогогорья преобладали более распространённые клинические варианты заболевания: плюрисегментарная форма СВ, а также акрофациальная и вульгарная формы НСВ, тогда как для среднегорья более характерными являлись унисегментарная и фокальная формы.

Региональные различия касались и локализации патологического процесса. У детей низкогогорья поражение области головы и шеи наблюдалось в 2 раза чаще, чем у детей среднегорья - 30,3% против 15,2%. В целом открытые участки кожи у жителей низкогогорья поражались в 59,8% случаев, тогда как закрытые - в 40,2%. В среднегорье распределение очагов между открытыми и закрытыми участками было равномерным и составляло по 50,0%.

Большая распространённость площади депигментации у детей низкогогорья подтверждалась результатами количественной оценки по индексу VIMAN. При СВ его среднее значение у жителей низкогогорья составляло $438,2 \pm 21,4$ балла, что в 1,6 раза превышало показатель детей среднегорья - $275,2 \pm 12,5$ балла. Ещё более высокие значения зарегистрированы при НСВ: $985,5 \pm 19,8$ балла в низкогогорье против $585,5 \pm 14,5$ балла в среднегорье, то есть в 1,7 раза выше. Независимо от региона проживания индекс VIMAN был значительно выше при НСВ, чем при СВ: в низкогогорье — в 2,2 раза, в среднегорье — в 2,1 раза. Таким образом, максимальная распространённость кожного процесса отмечалась у детей с НСВ, проживающих в условиях низкогогорья.

Более выраженное клиническое течение заболевания в низкогогорье сочеталось с большей активностью патологического процесса. Прогрессирующая стадия витилиго у этих детей выявлялась в 49,5% случаев, что в 2,4 раза превышало показатель среднегорья — 20,3%. Напротив, у детей среднегорья чаще наблюдались стабильная (52,7% против 32,6%) и регрессирующая (27,0% против 17,9%) стадии заболевания.

Выводы. Климатогеографические условия проживания определяют особенности клинического течения витилиго у детей: в низкогогорье заболевание характеризуется большей распространённостью и активностью патологического процесса, тогда как в среднегорье преобладают более локализованные формы с меньшей площадью депигментации, более низкими значениями индекса VIMAN и относительно благоприятным течением.

Исмоилов И.И., Шаропова М.С., Тиллозода Н.

ВАЙРОНШАВИҲОИ АСАБӢ ВА РАВОӢ ДАР ЗАМИНАӢ БЕМОРИҲОИ СИРОЯТӢ

Кафедраи психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов, МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино», Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқ. Омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ ва динамикаи вайроншавиҳои равонӣ дар беморони гирифтори бемориҳои сироятӣ барои беҳтар намудани таъхиси барвақтӣ ва роҳҳои пайвастаи табобат.

Мавод ва усулҳо. Дар пойгоҳи клиникӣ таҳқиқоти маҷмӯӣ бо иштироки 32 бемори гирифтори патологияи сироятӣ дар синни аз 35 то 70-сола (24 мард ва 8 зан) бо давомнокии беморӣ аз 1 то 3 сол гузаронида шуд. Дар рафти кор усулҳои клинικο-психопатологӣ ва динамикӣ истифода гардиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз 32 бемори таҳти мушоҳида қарордошта дар 18 нафар (14 мард ва 4 зан) психозҳои транзиторӣ ё гузаранда ба қайд гирифта шуданд, ки сохтори клиникӣ онҳоро асосан алоимҳои делириявӣ, аментивӣ, бехисӣ, хираги шуур ва онейроидӣ ташкил доданд. Дар 8 бемор (6 мард ва 2 зан) психозҳо шакли тўлкашидаро гирифта, бо аломатҳои таваҳҳумотӣ, таваҳҳумию параноидӣ, кататоноформӣ, руҳафтодагӣ ва параноидӣ, эйфориявӣ ва савдовӣ, ступори апатӣ ва алоими конфабультсионӣ зоҳир гардиданд. Дар 6 бемори боқимонда (4 мард ва 2 зан) психозҳо дар шакли ихтилоли равонии барнагарданда бо аломатҳои органикӣ зарардидаи системаи марказии асаб, аз ҷумла синдроми Корсаков ва синдроми психоорганикӣ, аён шуданд.

Хулоса. Басомади пайдоиш ва шакли клиникӣ ихтилоли асабӣ ва равонӣ ҳангоми бемориҳои сироятӣ мустақиман аз табиати раванди сироятӣ ва хусусиятҳои воқуниши системаи марказии асаб вобаста мебошад. Барои пешгирии гузариши психозҳои транзиторӣ ба шаклҳои тўлкашида ва афзоиши ихтилоли барнагардандаи органикӣ майнаи сар, ба беморон лозим аст, ки дар баробари табобати табибони сироятшинос, сари вақт зери муоина ва пайгирии равонпизишк низ қарор гиранд.

Исмоилов И.И., Рузиева М., Розиков А.Н.

НОСОМОНИҲОИ РАВОӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ОНКОЛОГӢ (ҶАНБАҲОИ ТАБОБАТӢ-БАРҚАРОРКУНӢ)

Кафедраи психиатрия ва психологияи тиббӣ ба номи профессор М.Ғ. Ғуломов, МДТ ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино». Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои клинικο-психопатологӣ, типология ва самаранокӣ чорабиниҳои табобатӣ-барқароркунии носомониҳои равонӣ дар беморони гирифтори бемориҳои онкологӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар таҳқиқ 38 бемори онкологӣ, ки синнашон аз 35 то 65-сола (26 мард ва 12 зан) буд, мӯҳлати аз 1 то 9 сол мавриди муоина қарор гирифтанд. Беморон ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: 28 нафар, ки табобати махсуси онкологиро мегирифтанд ва 10 нафар, ки зери табобати паллиативӣ қарор доштанд. Усулҳои клинικο-психопатологӣ ва динамикӣ арзёбии самаранокӣ ремиссия истифода гардиданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Типологияи вайроншавиҳои равонӣ дар заминаи онкопатология, асосан бо синдромҳои астеникӣ, ихтилолоти шуур, галлютсинатсияҳо, пароксизмҳои саръмонанд ва деменсия (хусусан дар беморони гирифтори ўсмаи майнаи сар) муайян шуд, ки басомади пайдоиши онҳо дар байни мардон нисбат ба занон зиёдтар мебошад. Дар гурӯҳи табобати махсус ремиссияи пурраи равонӣ (дараҷаи «А») танҳо дар 4 бемор (1 мард, 3 зан), натиҷаи нисбатан хуб (дараҷаи «В») дар 8 бемор (4 мард, 4 зан), натиҷаи қаноатбахш (дараҷаи «С») дар 10 бемор (9 мард, 1 зан) ва самаранокӣ бениҳоят паст (дараҷаи «Д») дар 6 мард ба қайд гирифта шуд. Дар байни беморони

табобати паллиативӣ гирифта, дараҷаи «С» танҳо дар 3 нафар (1 мард, 2 зан) ва дараҷаи «D» дар 7 бемори боқимонда (5 мард, 2 зан) мушоҳида гардид, ки ин мустақиман ба синну сол ва дараҷаи вазнинии патологияи асосӣ вобастагӣ дорад.

Хулоса. Носомониҳои равоӣ дар беморони онкологӣ бештар дар байни мардон аён гардида, барқароршавии ҳолати психикии онҳо нисбат ба занон душвортар ва давомноктар мебошад. Нишондиҳандаҳои самаранокии табобати психофармакологӣ ва психотерапевтӣ ба синну соли беморон, ҷинс, муддати беморӣ ва шакли табобати онкологӣ (махсус ё паллиативӣ) вобастагии мустақим доранд. Бо афзоиши синну сол ва дарозшавии муддати беморӣ эҳтимолияти мураккабшавии ихтилолотӣ равоӣ ба резистентӣ ба терапия бештар мегардад, ки ин роҳандозии равиши маҷмӯии тиббӣ-психологиро талаб менамояд.

Исоева М.Б., Косимов С.С., Раҳимзода О.Ш.

КОМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР ТЯЖЕСТИ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Оценить влияние коморбидной патологии на клинико-неврологическую тяжесть и функциональный исход ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении сосудистой неврологии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Выполнен ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных 64 пациентов с ишемическим инсультом, госпитализированных в первые 72 часа от начала заболевания.

Всем пациентам проводилось клинико-неврологическое обследование с оценкой тяжести инсульта по шкале NIHSS при поступлении и в динамике. Функциональный исход определяли по модифицированной шкале Рэнкина (mRS) при выписке.

Анализ коморбидной патологии включал оценку частоты артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, ожирения и дислипидемии. Индекс коморбидности Charlson использовался для количественной оценки сопутствующей патологии.

Верификация диагноза ишемического инсульта проводилась с использованием компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Статистическая обработка данных выполнена с применением методов описательной статистики, корреляционного и сравнительного анализа. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $66,1 \pm 9,4$ лет. Мужчины - 56,3%, женщины - 43,7%. Средний балл NIHSS при поступлении - $10,1 \pm 3,7$, что соответствовало умеренно тяжелому неврологическому дефициту.

При анализе структуры коморбидной состояния наиболее часто выявлялись артериальная гипертензия (89,1%), ишемическая болезнь сердца (46,9%), сахарный диабет 2 типа (39,1%), ожирение (34,4%) и фибрилляция предсердий (21,9%). У 57,8% пациентов отмечалось сочетание трёх и более хронических заболеваний, что свидетельствует о высокой коморбидной нагрузке в исследуемой выборке.

При стратификации по индексу коморбидности Charlson выявлено, что у пациентов с высоким индексом (≥ 5 баллов) исходная тяжесть инсульта по NIHSS была достоверно выше ($12,4 \pm 3,1$) по сравнению с пациентами с низким и умеренным уровнем коморбидности ($7,2 \pm 2,6$; $p < 0,01$).

Отмечена статистически значимая связь между отдельными нозологиями и тяжестью инсульта. Так, наличие сахарного диабета 2 типа ассоциировалось с более высоким уровнем NIHSS ($11,6 \pm 3,4$ против $9,2 \pm 3,1$; $p < 0,05$), а фибрилляции предсердий — с более тяжёлым неврологическим дефицитом и большей частотой обширных ишемических очагов по данным нейровизуализации.

Корреляционный анализ выявил положительную связь между количеством коморбидных состояний и тяжестью инсульта по NIHSS ($r = 0,48$; $p < 0,05$), а также между индексом Charlson и функциональным исходом по mRS ($r = 0,51$; $p < 0,05$).

Неблагоприятный функциональный исход ($mRS \geq 3$) при выписке отмечался у 68,4% пациентов с множественной коморбидностью, тогда как среди пациентов с низкой коморбидной нагрузкой данный показатель составил 32,1% ($p < 0,05$). Наиболее неблагоприятное течение наблюдалось у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии, сахарного диабета и фибрилляции предсердий.

Выводы. Коморбидная патология является значимым фактором, определяющим тяжесть клинического течения ишемического инсульта и его функциональный исход. Наличие множественной коморбидности (≥ 3 заболеваний) сопровождается статистически значимым увеличением частоты неблагоприятного исхода. Полученные данные подтверждают необходимость обязательного учета коморбидного фона при ранней стратификации риска, прогнозировании течения заболевания и выборе индивидуализированной тактики ведения пациентов с ишемическим инсультом.

Исоева М.Б., Абдуллозода С.М., Зарифи Н.А.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Установить независимые факторы риска повторного ишемического инсульта и разработать

прогностическую модель стратификации риска, пригодную для применения в условиях практического здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Выполнено сравнительное когортное исследование, включившее 1846 больных ишемическим инсультом (251 повторный, 1595 первичный) с проспективным наблюдением в течение двенадцати месяцев. Проведён однофакторный анализ распространённости десяти потенциальных факторов риска с расчётом отношения шансов (ОШ) и 95 % доверительного интервала (ДИ); построена многофакторная бинарная логистическая регрессионная модель с контролем мультиколлинеарности по коэффициенту инфляции дисперсии. Качество модели оценивалось площадью под ROC-кривой, критерием согласия Хосмера-Лемешоу, псевдокоэффициентом детерминации Найджелкерка и числом событий на предиктор. На основе коэффициентов β модели разработана балльная схема стратификации риска. Отчётность соответствует рекомендациям TRIPOD.

Результаты исследования. В однофакторном анализе наиболее сильную ассоциацию с повторным инсультом продемонстрировали ишемическая болезнь сердца (88,0 % против 54,1 %; ОШ 6,25; 95 % ДИ 4,21–9,26), хроническая сердечная недостаточность (63,7 % против 34,0 %; ОШ 3,42) и дислипидемия (86,9 % против 68,5 %; ОШ 3,03). Сочетание трёх и более факторов риска выявлено у всех больных основной группы против 89,2 % в группе сравнения; медиана числа факторов составила 7 [5; 9] против 5 [4; 7] ($p < 0,001$). Независимыми предикторами по данным многофакторного анализа явились ишемическая болезнь сердца (скорректированное ОШ 7,10; 95 % ДИ 4,73–10,65), курение (4,06; 95 % ДИ 2,43–6,77), фибрилляция предсердий (2,26; 95 % ДИ 1,54–3,30) и возраст (1,27 на каждые 10 лет); женский пол выступил протективным фактором (0,73; 95 % ДИ 0,55–0,98; $p = 0,033$). Ожирение после поправки на прочие предикторы статистическую значимость утратило ($p = 0,062$), что указывает на опосредованный характер его влияния. Модель показала приемлемую дискриминацию (AUC 0,754; 95 % ДИ 0,727–0,781), чувствительность 86,1 % при специфичности 57,9 %, удовлетворительную калибровку ($p = 0,066$) и статистическую устойчивость (35,9 события на предиктор). На основе коэффициентов модели предложена упрощённая балльная схема стратификации риска: 0–3 балла - умеренный риск, 4–6 баллов - высокий риск, ≥ 7 баллов либо сочетание ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий - очень высокий риск.

Выводы. Повторный ишемический инсульт развивается на фоне множественной сердечно-сосудистой коморбидности, независимыми детерминантами которой являются ишемическая болезнь сердца, курение, фибрилляция предсердий и возраст; женский пол выступает протективным фактором. Преобладание модифицируемых факторов определяет резерв снижения частоты рецидивов. Разработанная балльная схема обеспечивает отбор больных для интенсивной вторичной профилактики по рутинно доступным признакам и подлежит внешней валидации на независимой выборке.

Ишанкулова М.Ф., Ёдгорова М.Ч., Алиева З.Ч.

ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ САТҲИ БЕМОРИҲОИ АСАБ ДАР НИМОСЛАИ АВВАЛИ 2025-2026 СОЛ

МД Маркази саломатии шаҳрии №15-ш. Душанбе

Кафедраи тибби оилавии МДТ “ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино”. Тоҷикистон.

Мақсади таъќикот. Таҳлили муқоисавии сатҳи бемориҳои асаб дар нимослаҳои ҳисоботӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳти омӯзиши мо ҳисоботи омории нимсолаҳои 2025-2026 соли табиби асабшиносии МД Маркази саломатии шаҳрии №15-ш. Душанбе, ки пойгоҳи клиникии кафедра ба ҳисоб меравад қарор гирифт.

Натиҷаи таҳқиқот. Қабули умумии беморон дар 6-моҳи солҳои 2025-2026 ба 1697/1018 нафар баробар буд, ки дар нимослаи соли ҷорӣ 679 нафар камтар аст. Муносиати тиббӣ дар давраҳои ҳисоботӣ ба 937/310 баробар буд, ки нисбат ба соли гузашта 627 нафар камтар мебошад. Дар қайди назорати диспансерӣ бошад 252/346 нафар қарор доштанд, ки нисбати ҳамин давраи соли 2025 -94 нафар зиёдтар мебошад.

Аз ҷумлаи беморон бо бемории саръ 25/28 (1.5%) нафар, боқимондаи гузаронидани вайроншавии гардиши хун дар майнаи сар 39/44 (2.3%), боқимондаи осеби косахонаи сар бо алоими фишорбаландӣ 49/32 (2.9%), Иллати системаи асаб бо алоими фишорбаландии косахонаи сар 50/34 (2.9%), фалачи кӯдакони майнаи сар 32/28 (1.6%), бемории Дауна 4/2, Остеохондрози сутунмӯҳра 187/116 (11%), энсефалопатияи рағӣ 44/54 (2.5%), энсефалопатияи дисиркуляторӣ 60/54 (3.2%), энсефалопатияи диабетӣ 49/56 (2.9%), иллати бофтаи китф 12/3, Неврити асаби сегонаи рӯй 13/3, заъфи асаб 71/73 (4.2%), полиневрапатияи диабетӣ 32/48 (1.6%), боқимондаи нейроинфексия 6/21 (0.25%), дистонияи вегетативӣ 10/15, бемории Паркинсон 8/9, норасоии вертебробазиллярӣ 8/21, остеохондрози қисми камару ҷорбанди сутунмӯҳра, усоби климактерӣ 13/15, алоими гарданкачии спастикӣ 3/3, невралгияи байникабурғавӣ 10/19 (0.5%), дарди нимсара 16/21 (1%) ва дигар бемориҳои кам мушоҳидашавандаи асаб. Омӯзиши ҳисоботи омории нимсолаҳои ҳисоботӣ нишон дод, ки бемориҳои асаб дар солҳои ҳисоботӣ афзоиш ёфтаанд. Таҳти назорати диспансерӣ бошад нисбати соли гузашта 94 бемор зиёдтар қарор доштанд, новобаста азоне, ки дар нимсолаи соли равон, қариб 700 беморӣ камтар қабул карда шудааст, миқдори бемориҳои назарбандқардашуда афзудааст.

Хулоса. Ҳамин тариқ, таҳлили муқоисавии бемориҳои асаб дар солҳои ҳисоботӣ нишон дод, ки тайи соли ҷорӣ бемориҳои остеохондрози мӯҳраҳои миён, энсефалопатияҳо, асабхастагӣ, полиневропатияи диабетӣ, невралгияҳо ва дарди нимсара рӯ ба афзоиш доранд, ки бениҳоят нигароникунанда буда аз табибони оилавӣ талаб менамояд, ки қорҳои ташфиқотиву тарғиботиро оиди Тарзи ҳаёти солим, речаи ғизову ғизои солим, речаи истироҳату хоб, риояи меъёри истифодаи телефонҳои мобилӣ, рӯй овардан ба тамрину машқҳои ҷисмониро дар байни аҳоли ҷорӣ намуда фарҳанги тиббии аҳолиро баланд бардоранд.

Кадырова Д.А., Додожони А., Баротов И.И.
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования. Изучение осведомлённости населения по вопросам профилактики желчекаменной болезни (ЖКБ) среди пациентов в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проведено анкетирование 80 пациентов в возрасте от 40 до 50 лет, из них 47 (58,75%) мужчин и 33 (41,25%) женщины с ЖКБ в ГУ «Городской центр здоровья № 2» г. Душанбе. Респондентам было предложено анкетирование с целью выяснения знаний о факторах риска развития ЖКБ, осложнениях заболевания и их отношения к профилактике данной патологии.

Результаты исследования. Данные анкетирования показали, что из 80 человек у 45 (56,2%) респондентов имеются недостаточные знания о заболевании. О факторах риска развития ЖКБ знали 48 (60,0%) опрошенных. Об осложнениях ЖКБ имели представление всего 38 (47,5%) пациентов. О методах диагностики ЖКБ знали 29 (36,2%) больных. О методах профилактики ЖКБ знали 27 (33,7%) респондентов, причем у большинства из них информация была неполной. Данные опроса показывают, что 40 (50,0%) опрошенных пациентов получают информацию о ЖКБ через СМИ и интернет, через медицинских работников — 37 (46,2%) пациентов, через родственников и знакомых — 12 (15,0%). Всего лишь 32 (40,0%) больных с ЖКБ принимают лечение своевременно и привержены к терапии заболевания.

Таким образом, результаты исследования показывают, что пациенты в большинстве случаев не знают о своем заболевании, не имеют полной информации о симптомах, осложнениях, диагностике и лечении данной патологии. Комплексный подход, сочетающий активную санитарно-просветительную работу, внедрение современных образовательных технологий и повышение приверженности к терапии, является необходимым условием для снижения заболеваемости ЖКБ и улучшения качества жизни пациентов в долгосрочной перспективе. Важным аспектом является и использование потенциала цифровых технологий. Создание специализированных информационных ресурсов или мобильных приложений, содержащих верифицированную медицинскую информацию, могло бы стать эффективным дополнением к работе врача. Это позволит нивелировать влияние недостоверных данных, получаемых пациентами из неконтролируемых источников в интернете, и сформировать у населения ответственное отношение к собственному здоровью.

Выводы. 56,2% пациентов с ЖКБ не имеют достаточной информации о своем заболевании. Врачам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи следует информировать пациентов с ЖКБ о заболевании и повышать их приверженность к терапии; им необходимо шире проводить санитарно-просветительную работу по профилактике данного заболевания среди населения и использовать потенциал цифровых технологий.

Кадырова Д.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования. Изучить эффективность реабилитации пациентов с деформирующим остеоартрозом (ДОА) коленных суставов в амбулаторных условиях в практике семейного врача.

Материал и методы. Проведено исследование 60 пациентов в возрасте от 50 до 60 лет (25 мужчин — 42,7%, 35 женщин — 58,3%) с ДОА коленных суставов в ГУ «Городской центр здоровья № 2» г. Душанбе. Диагноз ДОА был подтверждён клиническим обследованием, лабораторными исследованиями, рентгенографией суставов и МРТ. Пациенты были распределены на две группы. Первая группа (30 человек, основная) получала медикаментозную терапию, физиотерапию и лечебную физическую культуру (ЛФК). В терапии второй группы (30 человек, контрольная), помимо перечисленных методов, применялись модификация образа жизни, диетотерапия для снижения веса и гидрокинезотерапия.

Результаты исследования. После проведения реабилитационных мероприятий в течение 3 месяцев в первой группе улучшение наступило в 67,8% случаев: снизились боли в суставах, повысилась физическая активность пациентов. Во второй группе эффективность реабилитационных процедур составила 78,9%. Модификация образа жизни, снижение веса путем диетотерапии, а также гидрокинезотерапия, которая уменьшает нагрузку на суставы за счет выталкивающей силы воды и одновременно тренирует мышцы, дополнили стандартные методы реабилитации и повысили её эффективность. Внедрение данных методов в повседневную практику семейного врача позволяет не только купировать болевой синдром, но и существенно замедлить прогрессирование дегенеративно-дистрофических процессов в хрящевой ткани. Особое значение при этом приобретает преемственность между врачом и пациентом, где ключевым фактором успеха становится приверженность больного к долгосрочному выполнению рекомендаций. В условиях амбулаторного звена семейный врач выступает в роли координатора, который должен мотивировать пациента на изменение привычного уклада жизни, что зачастую является психологически сложным барьером.

Выводы. 1. Для успешной реабилитации при ДОА коленных суставов необходим комплексный и регулярный подход. Модификация образа жизни, снижение веса путем диетотерапии и гидрокинезотерапия в дополнение к стандартным методам повышают эффективность реабилитации данного заболевания в амбулаторных условиях.

2. Интеграция методов гидрокинезотерапии в систему первичной медико-санитарной помощи требует создания специализированных условий, однако высокая клиническая эффективность данного метода оправдывает затраты на организацию подобных реабилитационных мероприятий.

Кадырова З.Д., Шоева Ш, Наврузов Э.Ф
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И РАССТРОЙСТВА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРА: ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

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

Цель исследования. Изучить клинко-психопатологические особенности трихотилломании, структуру коморбидных обсессивно-компульсивных проявлений и эффективность терапии, а также провести дифференциальную диагностику с дерматологическими заболеваниями, сопровождающимися алопецией (очаговая алопеция, себорейный дерматит и др.).

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова. Обследовано 6 пациентов (2 мужского, 4 женского пола). Использованы клинко-психопатологический метод, анамнестический анализ, шкалы MGH-HPS (тяжесть трихотилломании) и Y-BOCS (ОКР-симптоматика), консультация дерматолога для исключения первичной кожной патологии, оценка дефицита витаминно-минерального комплекса.

Результаты исследования. По результатам обследования пациенты были распределены на две группы: 4 из 6 пациентов (66,7%) имели полную клиническую картину трихотилломании (вырывание волос, нарастание напряжения, облегчение, характерная локализация очагов); 2 из 6 (33,3%) вырывали волосы на фоне галлюцинаторных переживаний, что потребовало расширенной дифференциальной диагностики. У 75% пациентов (3) выявлены: нейробиологические факторы (дисбаланс серотонина и дофамина); психологические (снятие напряжения, тревоги, скуки; сенсорная стимуляция; закрепление через облегчение); немодифицируемые (женский пол, детский/подростковый дебют); средовые (стрессовые события, травматический опыт, семейное давление). У 25% (1) — генетическая предрасположенность (ОКР, тревожные расстройства у родственников первой линии). Тревожные расстройства, депрессия и ОКР могут не просто сопутствовать, а взаимно усиливать симптомы трихотилломании.

Выводы. Знание врачами общей практики, дерматологами и психиатрами клинических проявлений трихотилломании способствует более раннему направлению пациентов к профильному специалисту, снижению диагностических ошибок и необоснованных дерматологических вмешательств. Тщательная дифференциальная диагностика (исключение кожной патологии, оценка психотической симптоматики, соответствие диагностическим критериям) позволяет выбрать оптимальную терапию — от когнитивно-поведенческой терапии до сочетанной психофармакотерапии — и улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Диагноз не устанавливается при заболевании кожи головы или если вырывание волос обусловлено бредом или галлюцинациями.

Каландарзода Н.Р., Мустафакулова Н.И., Хусейнова М.М.
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

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

Цель исследования. Изучить кардиоваскулярные, гериатрические и региональные особенности МБА у пожилых пациентов в Таджикистане.

Материал и методы. Ретроспективно и проспективно обследованы 127 пациентов с МБА: I группа — 63 пациента, 60–74 лет, II группа — 64 пациента, 18–59 лет. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Оценивали гематологические, биохимические показатели, уровни витамина В12 и фолиевой кислоты, показатели гемостаза и кардиоспецифические маркеры, результаты ЭКГ, эхокардиографии и миелограммы. Гериатрический статус определяли по функциональному, когнитивному и нутритивному состоянию, старческой астении (по критерии Fried), риску падений и степени независимости. **Все пациенты были осмотрены невропатологом.**

Результаты исследования. У пожилых пациентов с МБА сердечно-сосудистая коморбидность выявлена в 71,4% против 39,1% в группе сравнения ($p < 0,001$), старческая астения — 42,9%. Дефицит В12 составил 61,9% против 35,9% ($p = 0,004$), фолатов — 38,1% против 21,9% ($p = 0,048$), когнитивные нарушения — 34,9% против 12,5% ($p = 0,003$). Уровни тропонина и N-концевой натрийуретический пептид составили $0,028 \pm 0,006$ нг/мл и $486,3 \pm 52,7$ пг/мл против $0,012 \pm 0,003$ нг/мл и $218,6 \pm 31,4$ пг/мл соответственно ($p < 0,001$). По ЭхоКГ КДР ЛЖ, ФВ, масса миокарда и сердечный индекс составили $52,8 \pm 0,7$ мм, $58,6 \pm 1,2\%$, $268,4 \pm 8,6$ г и $4,12 \pm 0,14$ л/мин/м² против $49,6 \pm 0,5$ мм, $62,4 \pm 1,0\%$, $221,7 \pm 7,2$ г и $3,46 \pm 0,11$ л/мин/м² ($p < 0,05$). Основные региональные факторы: дефицит В12 — 61,9%, неполноценное питание — 54,0%, заболевания ЖКТ — 47,6%, дефицит фолатов — 38,1%, ограниченная доступность специализированной помощи — 36,5%.

Выводы. У пожилых пациентов с МБА выявлены выраженная кардиоваскулярная и гериатрическая отягощенность, ассоциированные с дефицитом В12 и фолатов, неполноценным питанием и заболеваниями ЖКТ, что обосновывает необходимость комплексной диагностики и наблюдения.

Каландаров З.Ш., Таджидинов Т.Б., Камарова М.А.
ГЕНДЕРНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить гендерные клинико-эпидемиологические особенности и коморбидный профиль ишемического инсульта (ИИ) среди жителей Гиссарского района.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективно-проспективное клинико-эпидемиологическое исследование 647 больных ишемическим инсультом (ИИ) (364 женщины, 283 мужчины), жителей Гиссарского района Республики Таджикистан. Диагностика ИИ проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, верификация типа инсульта методами нейровизуализации (КТ, МРТ, МР-ангиография, УЗДГ/УЗДС сосудов головы и шеи), уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. Учитывались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкин. Лабораторно определялись уровни глюкозы, липидного профиля, показатели коагулограммы и КЩС крови. Статистическая обработка выполнена с расчётом критерия χ^2 и уровня значимости p .

Результаты исследования. В структуре острых нарушений мозгового кровообращения ИИ преобладал у женщин (56,3% против 43,7% у мужчин) при гендерном индексе 1,3:1 и среднем возрасте пациенток $65,3 \pm 16,4$ года. Пик заболеваемости у женщин приходился на летний период (33,3%), у мужчин — на весенне-осенние месяцы. У женщин чаще выявлялись артериальная гипертензия (89,8%), сахарный диабет 2 типа (37,1%), метаболический синдром (69,8%) и фибрилляция предсердий (20,1%); индекс коморбидности Charlson ≥ 5 отмечен у 22,0% женщин. Среди подтипов ИИ у женщин преобладал атеротромботический вариант (31,6%). Коронавирусная инфекция в анамнезе зарегистрирована у 73,6% женщин, у 13,7% из них выделен ковид-ассоциированный подтип инсульта.

Выводы. Выявленные гендерные различия в структуре, сезонности и коморбидном фоне ИИ впервые описаны для населения Гиссарского района и формируют научную основу для дифференцированной по полу профилактики cerebrovasкулярных заболеваний.

Камолова Г.Н., Шамсов А.Т.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

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

Цель исследования. Продемонстрировать диагностические трудности при ведении пациента с лихорадкой неясного генеза.

Материалы и методы исследования. Представлен клинический случай пациента, госпитализированного в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с длительной лихорадкой неясного генеза. Проведен анализ клинических данных, лабораторных показателей, результатов инструментальных исследований и миелограммы с оценкой диагностического поиска и эффективности проводимой терапии.

Результаты исследования. Пациент мужского пола поступил с жалобами на повышение температуры тела до $39-39,5$ °C в течение 20 дней, выраженную общую слабость, отсутствие аппетита и значительное снижение физической активности. До госпитализации неоднократно получал антибактериальную терапию без стойкого клинического эффекта.

При осмотре состояние расценивалось как тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома. Температура тела при поступлении составила $39,1$ °C.

В общем анализе крови выявлены: гемоглобин 94 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты $246,0 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула характеризовалась нейтрофилией до 82% с относительной лимфопенией. Скорость оседания эритроцитов составила 78 мм/ч.

Биохимическое исследование крови показало повышение уровня С-реактивного белка до 186 мг/л и ферритина свыше 1500 нг/мл. Лактатдегидрогеназа была умеренно повышена - 428 Ед/л. Показатели функции печени и почек существенных отклонений не имели.

Для исключения гемобластоза выполнена стерильная пункция. Миелограмма оказалась сохранной: клеточность костного мозга соответствовала возрастной норме, бластные клетки составили около 1%, признаков опухолевой инфильтрации, дисплазии кроветворения и гемофагоцитоза не выявлено.

В ходе расширенного диагностического поиска проводились многократные посевы крови, компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, эхокардиография, ультразвуковое исследование внутренних органов, а также обследование на инфекционные и аутоиммунные заболевания. После исключения первичного гематологического заболевания пациент был направлен на дальнейшее специализированное обследование с пересмотром лечебной тактики.

Представленный случай демонстрирует, что выраженная воспалительная реакция с высокой температурой, анемией, значительным повышением СОЭ, С-реактивного белка и ферритина может имитировать дебют гемобластоза, тогда как нормальная миелограмма позволяет своевременно изменить направление диагностического поиска.

Выводы. Лихорадка неясного генеза у пациентов, поступающих в гематологический стационар, представляет серьезную диагностическую проблему и требует мультидисциплинарного подхода. Нормальная миелограмма при сохранении выраженного воспалительного синдрома не исключает тяжелую патологию, однако позволяет существенно сузить круг вероятных диагнозов и избежать необоснованного специфического лечения. Последовательное применение лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования способствует более рациональному ведению таких пациентов в условиях специализированного центра

Камолова Г.Н., Бобиева Н.Х., Каримов Н.У.*

НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ГЕМОФИЛИЯХ КАК ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить нарушения минерального обмена и частоту поражения почек у больных с гемофилией.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 34 больных с тяжелой формой гемофилии А (уровень VIII фактора 0-2 %) и 5 больных гемофилией В (уровень IX фактора 0-2 %) в возрасте от 17 до 35 лет, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш».

Всем больным проводились общепринятые методы диагностики: клиничко-анамнестические, лабораторные и инструментальные исследования. Из параметров минерального обмена исследовали уровень кальция и фосфора в сыворотке крови и в моче.

Результаты исследования. Обследование костных структур осуществляли с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Результаты исследований МПКТ оценивались согласно рекомендациям ВОЗ по Т и Z-критерию. Т-критерий - это количество стандартных отклонений (SD) ниже среднего показателя, характерного для пика костной массы. Величина Т-критерия до -1,0 является нормой, отклонение от -1,0 до -2,5 расценивается как остеопения (доклиническая стадия остеопороза), а показатель ниже -2,5 как остеопороз. Z-критерий - это стандартное отклонение от значений популяционной нормы.

При проведении исследования в группе больных гемофилией нами было выявлено достоверное снижение минеральной плотности костной ткани в области поясничного отдела позвоночника и в проксимальном отделе бедренной кости, что является общепризнанным критерием системного остеопороза.

Результаты указывают на разную степень снижения минеральной плотности костной ткани у исследуемых больных. Так, у 12 (37,5%) больных без снижения МПКТ и начальными проявлениями остеопении ($T = -0,83 \pm 0,09$; $Z = -0,87 \pm 0,08$), содержания кальция и фосфора в сыворотке крови не выявлено. У 20 (62,5%) больных наблюдается выраженная остеопения и остеопорозом ($T = -2,31 \pm 0,17$; $Z = -2,12 \pm 0,14$), ($pT1-2 < 0,05$; $pZ1-2 < 0,05$) и выявляется гиперкальциурия.

Учитывая достоверную разницу активности мембрано-ассоциированного энзима-щелочной фосфатазы (ЩФ) между сравниваемыми группами, нами был проведен корреляционный анализ связи концентрации кальция и активности данного фермента в моче. Установлена достоверная прямая связь между выраженностью кальцийурии и активностью в моче ЩФ ($r=0,61$).

В результате проведенного исследования показано, что поражение проксимального отдела канальцев (в частности повреждение щеточной каёмки нефротелия) связано с высокой экскрецией кальция с мочой.

Выводы. По мере прогрессирования остеопороза у больных гемофилией наблюдается гиперкальциурия. С последней связано повреждение канальцевого отдела нефрона, что подтверждается исследованием тубулоспецифичных ферментов.

Камолова Г.Н., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.

НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

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

Цель исследования. Охарактеризовать клиничко-лабораторные и инструментальные признаки нейрорлейкемии при ОЛЛ.

Материал и методы. Представлен клинический случай пациента 37 лет с диагнозом ОЛЛ, госпитализированного с жалобами на интенсивную головную боль, тошноту, рвоту, общую слабость и эпизоды головокружения. При обследовании отмечались менингеальные симптомы, умеренная ригидность затылочных мышц и снижение сухожильных рефлексов. В общем анализе крови выявлены анемия ($Hb = 78$ г/л), тромбоцитопения (58×10^9 /л) и бластемия (бласты — 62%), лейкоцитоз до $38,6 \times 10^9$ /л. При люмбальной пункции в цереброспинальной жидкости выявлены бластные клетки — 18%, повышение белка до 0,78 г/л. По данным МРТ головного мозга отмечались признаки поражения оболочек мозга без очаговых объемных образований.

Результаты исследования. На основании клинической картины, выявления бластных клеток в цереброспинальной жидкости и данных МРТ установлен диагноз нейрорлейкемии на фоне ОЛЛ. Проведена комплексная противолейкозная терапия с включением интратекального введения цитостатиков и системной химиотерапии. На фоне лечения отмечена положительная динамика: уменьшилась интенсивность головной боли и менингеальных проявлений, повторное исследование цереброспинальной жидкости выявило снижение содержания бластных клеток до 2%, нормализацию уровня белка до 0,42 г/л. По данным контрольной МРТ отмечалось уменьшение признаков поражения оболочек.

Вывод. Нейрорлейкемия преимущественно развивается при ОЛЛ и требует ранней диагностики при появлении неврологических симптомов. Исследование цереброспинальной жидкости с цитологической оценкой и нейровизуализация позволяют подтвердить поражение ЦНС и своевременно начать специализированную терапию.

Каримова Г.Н., Халилова Д.А., Алимова Н.А.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный университет имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Изучить частоту поражения органов дыхания у больных ревматоидным артритом и оценить их клинико-инструментальные особенности.

Материалы и методы. Проведено обследование 72 пациентов с достоверным диагнозом ревматоидного артрита в возрасте от 28 до 74 лет (средний возраст $54,8 \pm 11,2$ года). Женщины составили 60 (83,3%), мужчины – 12 (16,7%). Всем пациентам выполнены клиническое обследование, лабораторные исследования (СРБ, СОЭ, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду), рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, а при наличии показаний – компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). Оценивали жалобы, длительность заболевания, активность РА (DAS28), наличие респираторной симптоматики и результаты инструментальных исследований.

Результаты исследования. Признаки поражения органов дыхания выявлены у 27 (37,5%) пациентов. Наиболее частыми клиническими проявлениями были одышка при физической нагрузке (66,7%), сухой кашель (48,1%) и снижение толерантности к физической нагрузке (40,7%). По данным КТВР интерстициальные изменения обнаружены у 15 (20,8%) пациентов, плевральные изменения – у 8 (11,1%), бронхоэктазы – у 4 (5,6%). Нарушения вентиляционной функции легких по рестриктивному типу зарегистрированы у 14 (19,4%) обследованных. Частота поражения органов дыхания была достоверно выше у пациентов с длительностью заболевания более 10 лет, высокой активностью РА, серопозитивностью по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду. У части пациентов изменения в легких выявлялись при отсутствии выраженных респираторных жалоб, что свидетельствует о субклиническом течении поражения.

Выводы. Поражение органов дыхания является частым внесуставным проявлением ревматоидного артрита и является более чем у трети пациентов. Наиболее распространенной формой является интерстициальное поражение легких, сопровождающееся преимущественно рестриктивными нарушениями функции внешнего дыхания. Использование комплекса клинических, функциональных и лучевых методов обследования, особенно КТ высокого разрешения, позволяет выявлять ранние изменения легочной ткани даже при отсутствии клинических симптомов. Регулярный скрининг респираторной патологии у пациентов с длительным течением и высокой активностью РА способствует своевременной диагностике, оптимизации лечения и улучшению прогноза.

Каримова Г.Н.1, Марченко В.Н.2, Зонрова М.Ф.1

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикский государственный университет имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

²Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им. акад.

М.В. Черноруцкого Первого Санкт-Петербургского государственного университета имени академика И.П. Павлова. Россия

Цель исследования. Изучить клинико-инструментальные особенности поражения органов дыхания у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 72 пациентов с диагнозом ревматоидный артрит в возрасте от 18 до 65 лет. Всем больным проводилась оценка клинических проявлений с анализом жалоб на одышку, кашель, снижение переносимости физических нагрузок, а также данных объективного обследования. Оценивали жалобы, длительность заболевания, активность РА (DAS28), наличие респираторной симптоматики и результаты инструментальных исследований. Для выявления поражения органов дыхания использовались инструментальные методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) и исследование функции внешнего дыхания.

Результаты исследования. При обследовании 72 пациентов с ревматоидным артритом субклинические изменения со стороны респираторной системы выявлены у 42 пациентов (58,3%). Клинически значимые жалобы со стороны органов дыхания отсутствовали у большинства обследованных, однако при проведении инструментального исследования были обнаружены ранние признаки поражения лёгких. По данным компьютерной томографии высокого разрешения интерстициальные изменения выявлены у 30 пациентов (41,7%), включая участки «матового стекла» у 18 пациентов (25,0%), сетчатые изменения интерстиция у 14 пациентов (19,4%), признаки начального фиброобразования – у 9 пациентов (12,5%). Изменения бронхиального дерева диагностированы у 22 пациентов (30,6%).

При исследовании функции внешнего дыхания нарушения выявлены у 27 пациентов (37,5%). Рестриктивный тип вентиляционных нарушений отмечался у 15 пациентов. Полученные данные свидетельствуют о наличии скрытого поражения респираторной системы у пациентов с ревматоидным артритом даже при отсутствии выраженных клинических проявлений. Наиболее информативными методами раннего выявления изменений являются КТ высокого разрешения и функциональная оценка лёгочной вентиляции.

Выводы. Поражение органов дыхания является одним из клинически значимых внесуставных проявлений ревматоидного артрита. У пациентов с РА необходимо проводить ранний скрининг респираторных нарушений с использованием КТ высокого разрешения и функциональных методов исследования. Выявление начальных изменений лёгочной ткани позволяет своевременно корректировать лечебную тактику и предупреждать прогрессирование дыхательной недостаточности.

Кароматова Т.И., Бобиева Н.Х., Абдуллоев Ф.Н.*
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
*ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», центр нефрологии и гемодиализа. Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту различных проявлений поражения почек у больных с гемофилией.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 34 больных с тяжелой формой гемофилии А (уровень VIII фактора 0-2 %) и 5 больных гемофилией В (уровень IX фактора 0-2 %) в возрасте от 17 до 35 лет, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш», а также на диспансерном наблюдении у гематологов центра. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц мужского пола в том же возрасте.

Всем больным проводились общепринятые методы диагностики: клиничко-анамнестические, лабораторные и инструментальные исследования, а также консультации и диспансерные наблюдения нефрологов центра.

Результаты исследования. Исследования показали, что у больных с гемофилией поражения почек проявлялись следующими симптомами: гематурия, как ведущий симптом, проявляющийся в виде эпизодов макро- или микрогематурии, которые возникали спонтанно или после минимальных травм-наблюдался у 22 (64,7%) больных; почечные колики из-за обструкции сгустками крови мочевыводящих путей, почечных лоханок или мочеточников, которые способствовало развитию гидронефроза и острой задержке мочи наблюдалось у 12 (35,3%) пациентов; лекарственные обструктивные уropатии, возникшие вследствие применения антифибринолитических средств для остановки кровотечения, которые повышали риск образования стойких внутрпочечных тромбов отмечены у 9 (26,5%) исследуемых больных.

Выводы. Поражение почек при гемофилии (А и В) это серьёзное висцеральное проявление заболевания, которое часто остается не полностью диагностированным на ранних этапах. Из-за высокого риска кровотечений стандартные инвазивные методы, такие как биопсия почки, крайне нежелательны и проводятся только в исключительных случаях. Регулярная консультация нефролога и своевременное лечение значительно улучшает качество жизни больных с гемофилией.

Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.
ГРИБКОВАЯ ПНЕВМОНИЯ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОИДНОМ ЛЕЙКОЗЕ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиничко-лабораторные и рентгенологические особенности грибковой пневмонии у пациентов с ОМЛ.

Материал и методы. Обследованы 120 пациентов с ОМЛ. Основную группу составили 60 пациентов с грибковой пневмонией, группу сравнения — 60 пациентов с ОМЛ без признаков грибкового поражения лёгких. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Проводилась оценка клинических симптомов, показателей общего и биохимического анализов крови, уровней С-реактивного белка и прокальцитонина, показателей нейтрофильного ряда, а также результатов микологической диагностики, включая посев, микроскопию и ПЦР-исследование, и компьютерной томографии органов грудной клетки. Проводилась противогрибковая терапия: при инвазивном аспергиллёзе применяли вориконазол, при тяжёлом течении — липосомальный амфотерицин В; при кандидозной инфекции — эхинокандины (каспофунгин).

Результаты исследования. У пациентов основной группы длительная нейтропения $<0,5 \times 10^9/\text{л}$ отмечалась в 76,7% случаев против 38,3% в группе сравнения ($p < 0,001$). Средняя длительность нейтропии $<0,5 \times 10^9/\text{л}$ у пациентов с грибковой пневмонией составила $12,4 \pm 2,1$ дня, тогда как в группе сравнения — $6,8 \pm 1,5$ дня ($p < 0,001$), лихорадка — в 91,7% против 55,0% ($p < 0,001$), выраженная одышка — в 63,3% против 25,0% ($p < 0,001$). Средний уровень С-реактивного белка составил $142,6 \pm 18,4$ мг/л против $58,7 \pm 9,6$ мг/л, прокальцитонина — $1,8 \pm 0,4$ против $0,7 \pm 0,2$ нг/мл ($p < 0,001$). По данным КТ наиболее характерными признаками являлись двусторонние очагово-инфильтративные изменения, участки «матового стекла», узелковые образования и симптом «ореола». Наиболее часто выявлялся *Aspergillus spp.* — 58,3%, *Candida spp.* — 21,7%, другие грибковые возбудители — 20,0%. Острая дыхательная недостаточность развилась у 36,7% пациентов основной группы, летальный исход отмечен в 18,3% случаев.

Выводы. Грибковая пневмония при ОМЛ характеризуется тяжёлым течением, выраженной нейтропенией и высокой частотой дыхательной недостаточности. Комплексное применение КТ, микологических исследований способствует ранней диагностике грибкового поражения лёгких и своевременному началу противогрибковой терапии.

Касимова Н.Б., Муниева С.Х., Ганиева К.
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АКНЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническую структуру и частоту различных форм акне у пациентов дерматологического профиля.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии в период с 2024 по 2026 гг. Под наблюдением находились 42 пациента с акне в возрасте от 12 до 45 лет. Среди обследованных было 18 мужчин (42,9%) и 24 женщины (57,1%). Продолжительность заболевания составляла от 2 месяцев до

7 лет.

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое дерматологическое обследование, включавшее сбор анамнеза, уточнение возраста дебюта и длительности заболевания, характера его течения, а также клиническую оценку морфологических элементов и распространенности кожного процесса. Лабораторное обследование назначалось индивидуально в соответствии с клиническими показаниями, наличием сопутствующей патологии и планируемой терапией.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что наиболее распространенной клинической формой среди обследованных пациентов являлась папуло-пустулезная форма акне. Она была диагностирована у 23 из 42 пациентов, что составило 54,8% общей выборки. Среди пациентов данной группы было 11 мужчин (47,8%) и 12 женщин (52,2%).

Комедональная форма акне выявлена у 15 пациентов, что составило 35,7% всех наблюдений. Среди них было 7 мужчин (46,7%) и 8 женщин (53,3%). Таким образом, распределение комедональной и папуло-пустулезной форм между мужчинами и женщинами в исследованной выборке было относительно равномерным.

Конглобатная форма акне встречалась значительно реже и была диагностирована у 4 пациентов (9,5%). В данной группе отмечалось преобладание мужчин: 3 пациента (75,0%) против 1 женщины (25,0%). Учитывая небольшое абсолютное число пациентов с конглобатными акне, выявленное соотношение следует рассматривать исключительно как характеристику исследованной клинической выборки.

При анализе общей клинической структуры установлено, что комедональная и папуло-пустулезная формы в совокупности составили 90,5% всех наблюдений, тогда как на долю конглобатной формы пришлось 9,5%.

Среди всех обследованных несколько преобладали женщины — 24 (57,1%), тогда как мужчины составили 18 (42,9%). Однако выраженных различий по полу при комедональной и папуло-пустулезной формах в исследованной группе не отмечалось.

Продолжительность заболевания варьировала в широких пределах — от 2 месяцев до 7 лет, что свидетельствовало о наличии среди обследованных как пациентов с относительно недавно возникшим патологическим процессом, так и больных с длительным хроническим течением акне.

Выводы. В структуре акне у обследованных пациентов преобладала папуло-пустулезная форма, выявленная в 54,8% случаев. Комедональная форма составила 35,7%, тогда как наиболее тяжелая конглобатная форма встречалась значительно реже — у 9,5% пациентов. В совокупности комедональная и папуло-пустулезная формы составили 90,5% всех наблюдений.

Распределение комедональной и папуло-пустулезной форм между мужчинами и женщинами было относительно равномерным. Среди пациентов с конглобатной формой отмечалось преобладание мужчин, однако малое количество наблюдений в данной подгруппе не позволяет делать вывод о наличии устойчивой половой зависимости.

Широкий диапазон продолжительности заболевания — от 2 месяцев до 7 лет — указывает на клиническую неоднородность обследованной группы и наличие пациентов с длительно существующим процессом. Полученные результаты подтверждают необходимость комплексной оценки пациентов с акне с определением клинической формы, выраженности воспалительного процесса и длительности заболевания.

Каюмов Х.Б., Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

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

Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай лекарственно-индуцированной ОПН при синдроме Лайелла.

Клинический случай. Больная Г.Н., 1990 г.р., поступила в тяжелом состоянии с лихорадкой, выраженной слабостью, болезненностью и жжением кожи, распространенной сыпью, пузырями, отслойкой эпидермиса, поражением слизистых и снижением диуреза. После введения **Лораксона (цефтриаксона)** через 33 минуты появились гиперемия, зуд, жжение и лихорадка, быстро прогрессировавшие до распространенного поражения кожи и слизистых. В анамнезе — аллергическая реакция на цефтриаксон. На фоне поражения кожи и снижения потребления жидкости отмечалось уменьшение диуреза.

В лабораторных исследованиях выявлено нарастание уровня **креатинина (249 мкмоль/л)** и **мочевины крови (25 ммоль/л, калия (6,3 ммоль/л)**, обусловленных снижением почечной экскреции на фоне острого повреждения почек сопровождавшейся снижением диуреза. Наблюдался выраженный **метаболический ацидоз: pH 7,25; HCO₃ - 16 ммоль/л.**

По данным УЗИ почек признаков выраженной обструкции мочевых путей не выявлено. Проведенный **тест Шелли** (положительный на левофлоксацин, офлоксацин, меропенем, моксифлукс, лораксон, ампициллин, парацетамол, анальгин) в совокупности с клинической картиной и анамнезом позволил подтвердить лекарственную гиперчувствительность.

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз: **токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), индуцированный цефтриаксоном (Лораксоном), с поражением кожи и слизистых оболочек; осложнение — острое повреждение почек III стадии по KDIGO.**

Выводы. Синдром Лайелла, вызванный цефтриаксоном, может осложняться ОПН. Раннее выявление, отмена препарата и коррекция водно-электролитных нарушений имеют ключевое значение.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ (ИММУНОКОМПЛЕКСНОМ) ВАСКУЛИТЕ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии СамГМУ. Узбекистан.

Цель исследования. Взаимосвязь маркеров воспаления с коморбидной патологией при аллергических (иммунокомплексных) васкулитах кожи с учетом клинико-патогенетических особенностей их течения.

Материал и методы. Работа выполнена на клинической базе кафедры дерматовенерологии и косметологии Самаркандского государственного медицинского университета — в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Исследование проводилось в период с 2023 по 2025 гг. Коморбидный фон оценивался с учётом наличия сердечно-сосудистых (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), эндокринных (сахарный диабет 2-го типа, заболевания щитовидной железы), гастроэнтерологических (хронические гепатиты, заболевания желудочно-кишечного тракта), нефрологических и метаболических нарушений. Анализировалась дли-

т
е
л
ь

Результаты исследования. Результаты молекулярно-генетического анализа сопоставлялись с клинической картиной заболевания, лабораторными маркерами воспаления, показателями гемостаза и наличием коморбидной патологии, что позволило оценить патогенетическую значимость микроРНК как потенциальных биомаркеров аллергических кожных васкулитов. Если патоген вторичный или первичный, положительная экспрессия, указывающая на В-лимфоциты, заставляет нас задуматься о бактериальных или грибковых инфекциях, и в нашем исследовании важно определить и оценить эффективность диагностики аспектов, связанных с этиологией повреждающего фактора.

Выводы. Таким образом, влияние коморбидного фона на выраженность воспалительного процесса сохраняется даже при анализе внутри одной нозологической формы и не объясняется исключительно различиями между ЛКВ и IgA-ассоциированным васкулитом. Печёночная патология является одной из наиболее значимых коморбидностей при кожных и системных васкулитах. Комбинированный анализ этих трёх мРНК-маркеров может стать перспективным направлением персонализированного мониторинга и оценки эффективности терапии у пациентов с аллергическими васкулитами кожи на фоне коморбидных заболеваний.

в
у
ю

Колокольников Кирилл Максимович

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра естественно-научных дисциплин, АНО ВО «Национальный институт организации медицинской деятельности» (НИОМЕД), г. Москва, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность применения ультразвуковой диагностики (УЗИ) для раннего выявления гемартрозов у пациентов с гемофилией А и Б на догоспитальном этапе и её влияние на своевременность начала заместительной терапии.

Материал и методы. Проведён анализ публикаций за 2020–2026 гг. в базах PubMed и Elibrary, посвящённых диагностике и лечению гемофилии. Изучены результаты клинических исследований по применению портативного УЗИ, включая работы по использованию ИИ для анализа УЗ-изображений суставов. Сравнивались чувствительность, специфичность и точность УЗИ в выявлении синовиального выпота по сравнению с МРТ (золотой стандарт). Проанализированы клинические случаи ведения пациентов с гемартрозами на догоспитальном этапе.

Результаты исследования. Современные исследования подтверждают высокую эффективность УЗИ в диагностике гемартрозов. Чувствительность УЗИ при выявлении синовиального выпота в коленном суставе составляет 96%, специфичность — 97%, точность — 97%, что коррелирует с данными МРТ. УЗИ позволяет визуализировать гемартроз на ранних стадиях, даже при минимальных клинических проявлениях, что критически важно для своевременного начала заместительной терапии. Внедрение портативных УЗ-сканеров в практику скорой помощи позволяет проводить дифференциальную диагностику кровотечений непосредственно на месте вызова. Клинические примеры показывают, что применение УЗИ на догоспитальном этапе способствует быстрой постановке диагноза, сокращению времени до введения фактора свертывания и предотвращению тяжёлых осложнений.

Выводы. УЗИ является высокоинформативным, безопасным и доступным методом скрининга и мониторинга суставных поражений при гемофилии, позволяющим выявлять гемартрозы на ранних стадиях с точностью, сопоставимой с МРТ. Внедрение портативных УЗ-сканеров в практику скорой помощи способствует реализации принципа «Factor First» за счёт быстрой объективной верификации кровотечения. Перспективно использование ИИ для автоматизированного анализа УЗ-изображений, снижающего операторозависимость метода. Необходимы разработка стандартизированных алгоритмов ведения на догоспитальном этапе, оснащение бригад скорой помощи портативными УЗ-аппаратами и обучение персонала.

к
о
м

Косимов С.С., Исоева М.Б.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОЦЕНКЕ КАРОТИДНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ НМИЦ Республики Таджикистан «Шифобахш»

н
с
а
ц
и

Цель исследования. Оценить возможности применения искусственного интеллекта для комплексной оценки морфологических характеристик каротидных атеросклеротических бляшек по данным ультразвуковой доплерографии.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных 58 пациентов с атеросклеротическим поражением каротидных артерий, находившихся на лечении в отделении сосудистой неврологии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”».

По данным ультразвуковой доплерографии оценивали локализацию, размеры и морфологические характеристики атеросклеротических бляшек, их эхогенность, однородность структуры, наличие кальцинатов и изменения поверхности. Определяли степень стеноза каротидных артерий по критериям NASCET, пиковую систолическую скорость кровотока (PSV), конечную диастолическую скорость (EDV) и индекс резистентности (RI).

Для статистической обработки использовали методы описательной и сравнительной статистики, корреляционный анализ. Для комплексной оценки характеристик атеросклеротических бляшек применяли алгоритмы искусственного интеллекта - логистическую регрессию и дерево решений. Эффективность моделей оценивали с использованием ROC-анализа, чувствительности и специфичности. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациентов составил $63,8 \pm 8,4$ года. Мужчины составили 60,3%, женщины - 39,7%.

По данным УЗДГ атеросклеротические бляшки преимущественно локализовались в области бифуркации общей сонной артерии и проксимальном отделе внутренней сонной артерии. Однородная структура бляшек выявлена у 36,2% пациентов, неоднородная - у 63,8%. Гипоэхогенные или преимущественно гипоэхогенные бляшки определялись в 31,0% случаев. Кальцинаты различной степени выраженности выявлены у 41,4% пациентов, неровность поверхности бляшки - у 34,5%.

Стеноз каротидных артерий менее 50% выявлен у 51,7% пациентов, 50–69% - у 32,8%, 70% и более - у 15,5%. С увеличением степени стенозирования отмечалось достоверное повышение пиковой систолической скорости кровотока в зоне поражения ($p < 0,01$).

Неоднородная структура, гипоэхогенность и неровность поверхности бляшек чаще сочетались с выраженным стенозом и изменением локальных гемодинамических показателей. У пациентов с признаками потенциально нестабильных бляшек показатели PSV и RI достоверно отличались от соответствующих значений при преимущественно стабильной морфологии бляшек ($p < 0,05$).

При применении алгоритмов искусственного интеллекта наиболее информативными признаками для оценки характеристик атеросклеротических бляшек являлись эхогенность и неоднородность структуры, наличие кальцинатов, состояние поверхности и степень стеноза.

По данным ROC-анализа комплексная модель продемонстрировала хорошую способность к дифференциации бляшек с признаками потенциальной нестабильности: AUC составила 0,82. Чувствительность модели составила 78,6%, специфичность 76,5%.

Выводы. Комплексная оценка морфологических и гемодинамических характеристик каротидных атеросклеротических бляшек с применением искусственного интеллекта позволяет выделять наиболее информативные признаки их потенциальной нестабильности. Использование алгоритмов искусственного интеллекта может повысить объективность интерпретации данных УЗДГ и расширить возможности ранней стратификации риска атеротромботических cerebrovasкулярных событий.

Косимов С.С., Исоева М.Б.,

КЛИНИЧЕСКИЕ И УЗДГ-ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ НМИЦ Республики Таджикистан «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить клинические и ультразвуковые доплерографические предикторы ишемического инсульта и оценить возможность их комплексного анализа с применением алгоритмов искусственного интеллекта.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении сосудистой неврологии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Выполнен ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных 42 пациентов в возрасте от 45 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении в марте-апреле 2026 года. В основную группу вошли 28 пациентов с ишемическим инсультом (66,7%), в группу сравнения - 14 пациентов без инсульта (33,3%). Изучались возраст, пол, наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, курения, а также показатели ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий: толщина комплекса интима-медиа, наличие и характеристики атеросклеротических бляшек, степень стеноза по NASCET, пиковая систолическая скорость (PSV), конечная диастолическая скорость (EDV) и резистивный индекс (RI). Для определения совокупности наиболее информативных признаков применялись алгоритмы искусственного интеллекта- логистическая регрессия и дерево решений. Проводились сравнительный, корреляционный и ROC-анализы. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов основной группы составил $54,1 \pm 4,2$ года, группы сравнения - $52,7 \pm 4,5$ года. Мужчины преобладали среди пациентов с ишемическим инсультом — 19 (67,9%), тогда как в группе сравнения их было 7 (50,0%). Артериальная гипертензия выявлена у 22 (78,6%) пациентов основной группы и у 6 (42,9%) пациентов группы сравнения ($p < 0,05$), курение - у 13 (46,4%) и 3 (21,4%) соответственно. Атеросклероти-

ческие изменения сонных артерий по данным УЗДГ выявлены у 24 (85,7%) пациентов с инсультом и у 7 (50,0%) пациентов без инсульта ($p<0,05$). Неоднородные атеросклеротические бляшки встречались соответственно у 15 (53,6%) и 3 (21,4%) пациентов. Стеноз сонных артерий до 50% выявлен у 14 (50,0%) больных основной группы и у 6 (42,9%) группы сравнения, стеноз 50–69% - у 9 (32,1%) и 1 (7,1%), а стеноз $\geq 70\%$ - у 3 (10,7%) и 0 пациентов соответственно. Средняя пиковая систолическая скорость кровотока в внутренней сонной артерии у пациентов с инсультом составила $118,6 \pm 24,3$ см/с, в группе сравнения - $94,2 \pm 18,7$ см/с ($p<0,01$). Значения резистивного индекса составили $0,74 \pm 0,06$ и $0,69 \pm 0,05$ соответственно ($p<0,05$).

При построении модели наиболее значимыми признаками оказались степень каротидного стеноза, наличие неоднородной атеросклеротической бляшки, значение PSV, артериальная гипертензия и возраст пациента. Логистическая модель продемонстрировала AUC 0,84, чувствительность 82,1% и специфичность 78,6%. При использовании дерева решений AUC составила 0,81, чувствительность - 78,6%, специфичность - 78,6%.

Выводы. Сочетание клинических факторов риска и показателей УЗДГ позволяет выделить признаки, наиболее связанные с наличием ишемического инсульта у пациентов среднего возраста. Применение алгоритмов искусственного интеллекта повышает возможности комплексной оценки совокупности клинических и гемодинамических факторов и может использоваться для дополнительной стратификации риска ишемического инсульта.

Косимов С.С., Исоева М.Б.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОЦЕНКЕ КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА ПО ДАННЫМ УЗДГ

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан»
ГУ НМИЦ Республики Таджикистан «Шифобахш»

Цель исследования. Оценить информативность показателей ультразвуковой доплерографии в определении степени каротидного стеноза и возможности применения искусственного интеллекта для его классификации.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении ангио-неврологии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Выполнен ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных 50 пациентов в возрасте от 55 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в марте-мае 2026 года. По данным ультразвуковой доплерографии оценивали наличие и локализацию атеросклеротических бляшек, их эхогенность, однородность, состояние поверхности, наличие кальцинатов, степень стеноза внутренней сонной артерии по NASCET, пиковую систолическую скорость (PSV), конечную диастолическую скорость (EDV) и резистивный индекс (RI). В зависимости от степени стеноза пациенты были распределены на группы: до 50%, 50–69% и $\geq 70\%$. Для комплексной оценки показателей применяли алгоритмы искусственного интеллекта - логистическую регрессию и дерево решений. Проводились сравнительный, корреляционный и ROC-анализы с определением площади под кривой (AUC), чувствительности и специфичности. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Атеросклеротические бляшки в области бифуркации общей сонной артерии и проксимального отдела внутренней сонной артерии выявлены у 44 (88,0%) пациентов. Стеноз до 50% диагностирован у 27 (54,0%) пациентов, стеноз 50–69% - у 16 (32,0%), стеноз $\geq 70\%$ - у 7 (14,0%). Неоднородная структура атеросклеротических бляшек отмечена у 23 (46,0%) пациентов, гипоехогенные участки - у 15 (30,0%), кальцинаты - у 18 (36,0%), неровная поверхность бляшки - у 14 (28,0%). При увеличении степени стеноза отмечалось достоверное повышение пиковой систолической скорости кровотока во внутренней сонной артерии: при стенозе до 50% - $86,4 \pm 14,7$ см/с, при стенозе 50–69% - $142,8 \pm 21,6$ см/с, при стенозе $\geq 70\%$ - $218,5 \pm 36,4$ см/с ($p<0,001$). Конечная диастолическая скорость также возрастала с увеличением степени стеноза и составила соответственно $24,6 \pm 6,3$, $41,7 \pm 8,5$ и $68,2 \pm 12,4$ см/с ($p<0,001$). Значения резистивного индекса составили $0,71 \pm 0,05$, $0,74 \pm 0,06$ и $0,79 \pm 0,07$ соответственно ($p<0,05$).

Выявлена прямая корреляционная связь между степенью стеноза и PSV ($r=0,78$; $p<0,001$), а также умеренная связь со значениями EDV ($r=0,64$; $p<0,001$). Неоднородная структура бляшки и неровность её поверхности чаще выявлялись при стенозе 50% и более — 16 (69,6%) и 11 (78,6%) случаев соответственно. При построении модели наиболее информативными признаками оказались PSV, степень стеноза по NASCET, EDV, структура атеросклеротической бляшки и наличие кальцинатов. Логистическая регрессионная модель продемонстрировала высокую способность к классификации выраженного каротидного стеноза (AUC=0,89), при чувствительности 85,7% и специфичности 84,1%. Для дерева решений значение AUC составило 0,86, чувствительность — 82,1%, специфичность — 81,8%.

Выводы. Степень каротидного стеноза по данным УЗДГ тесно связана с изменениями скоростных показателей кровотока и морфологическими характеристиками атеросклеротических бляшек. Наиболее информативными признаками при применении алгоритмов искусственного интеллекта являлись PSV, EDV, степень стеноза и морфологические характеристики бляшки. Использование алгоритмов искусственного интеллекта в комплексной интерпретации данных УЗДГ позволяет повысить объективность оценки выраженности каротидного стеноза и может применяться для дополнительной стратификации сосудистого риска.

Куватзода Г.Х., Зокирова М.Н., Шарифов М.М.

СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА И ВИЧ – ИНФЕКЦИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

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

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные показатели у ВИЧ инфицированного больного с хроническим лимфолейкозом

Материал и методы исследования. Больная И.Х., 1981 года рождения, 45 лет, история болезни 8036/624, поступила 17.06.2025 года в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на головные

боли, головокружение, кровотечение из десен, носа, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, жажду, онемение конечностей, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов, слабость мышц. Болеет в течении 6 лет. Наследственность неотягощена. Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, сахара, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больного тяжелое, кожа и видимые слизистые оболочки обычные, увеличение всех групп лимфатических узлов в размер грецкого ореха и куриного яйца. Печень и селезенка увеличены на +3+6см. Осмотрена кардиологом, пульмонологом, эндокринологом.

В общем анализе крови: Эр - 1,2. Нв - 37 г/л. НР - 0,8. Лей - 1. Тром - 75. Эоз - 0,1. Лимф - 10. Мон - 0,2. СОЭ - 82мм/ч.

В общем анализе мочи: белок - 0,066 г/л, лей - 20-22, эр - 8-9, цилиндры - 0-1, Са - 15, окс., бак.

Биохимический анализ крови: общий белок - 46,0, мочевины - 7,4, креатинин - 76, глюкоза - 5,5 ммоль/л. Общий билирубин - 8,6, билирубин связанный - 7, билирубин свободный - 1,6, АЛАТ - 0,68 Ед/л, АСАТ - 0,60 Ед/л, калий - 3,50 ммоль/л, магний - 0,64 ммоль/л, мочевины кислоты - 555,0 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовый ритм, 75 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой. ЭОС сердца вертикальная. Нарушение процессов реполяризации Рентгенография грудной клетки: признаки бронхита.

УЗИ: Гепатоспленомегалия.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови пациенту был поставлен диагноз: «хронический лимфолейкоз, терминальная стадия. Сопутствующие заболевания: ВИЧ - инфекция».

Было проведено лечение: физ.раствор 0,9% 200,0 в/в, преднизолон 90мг 1тб х 1 раз, алмагель 1лож х 3 раза, рингер 400,0 + глюкоза 5% 200,0 + витамин С 5% 6,0 в/в, дицинон 12,5% 4,0 в/в, эритроцитарная масса 1180 мл в/в, СЗП 550мл, АРВТ – терапия.

Вывод. Хронический лимфолейкоз является сам по себе тяжело протекающим заболеванием, который в последующем вызывает осложнения со стороны всех органов и систем, а сочетанное течение с ВИЧ инфекцией делает его еще более грозным и жизнеугрожающим. Поэтому такие больные очень тяжелые и нуждаются в комплексном лечении и наблюдении со дня постановки диагноза до конца жизни.

Куватзода Г.Х¹., Ходжиева Г.Б¹., Боронов А².

СВЯЗЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²ГУ НМЦ РТ «Шифобах» г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническое течение ревматоидного артрита с хроническим лимфолейкозом.

Материал и методы исследования. Больная М.М., 1956 года рождения, 75 лет, история болезни №4815/381, поступила 01.04.2025 года в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» г. Душанбе с жалобами на сильные боли в конечностях, головные боли, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, одышку, слабость, повышенную потливость, зуд, кожные язвы, утомляемость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Болеет в течении нескольких лет и находится на диспансерном учете. Наследственность неотягощена. Больной были проведены лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови, стерильная пункция, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, осмотр ревматолога.

Результаты исследования. Осмотр: общее состояние больного тяжелое, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Объективно: А/Д 90/60 мм.рт.ст., в легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧДД 22 раза в мин., ЧСС 96 уд. в мин., живот болезненный в эпигастриальной области. Печень увеличена на + 2 см, селезенка + 6 см, выступает из-под ребер.

В общем анализе крови: Эр - 4,3. Нв - 108 г/л. НР - 0,8. Лей - 81,3. Тром - 341. Эоз - 1,27. Лимф - 43,54. Мон - 10,08%. СОЭ - 38мм/ч. В общем анализе мочи: белок-0,066 г/л, лей - 20-22, эр - 3-4, цилиндры - 0-1, оксалаты. Биохимический анализ крови: общий белок - 39,0, мочевины - 8,9, креатинин - 105,8, глюкоза - 5,4 ммоль/л. Общий билирубин - 27,0, билирубин связанный - 7,0, билирубин свободный - 20,0, АЛАТ - 36,8 Ед/л, АСАТ - 25,4 Ед/л. Коагулограмма: протромбиновое время - 28сек., протромбиновый индекс - 115%, ВРП - 158 сек, фактор Виллебранда - 85%, фибриноген - 1,6, фибрин - 6мг, АЧТВ - 46 сек, МНО - 1,5. ЭКГ: Ритм сердца синусовый 92 уд. в мин. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка. УЗИ: Гепатоспленомегалия.

На основе лабораторно-инструментальных методов исследования, общих и биохимических анализов крови, пациенту был выставлен диагноз: «Хронический лимфолейкоз, терминальная стадия. Сопутствующие заболевания: Ревматоидный артрит, серопозитивный».

Было проведено лечение: физ.раствор 0,9% 400,0 + Вит С 5% 10,0 в/в, рибоксин 2% 10,0 в/в, лейкокеран 2мг в/в., аллопуринол 100мг 1тб х 3раза, ондансетрон 4,0 в/в., омепразол 40мг в/в, преднизолон 90 мг 9 + 6 + 3, метотрексат 4,0 в/в.

Вывод. Из данного исследования следует, что ревматоидный артрит приводит к очень тяжелым нарушениям всех систем организма в силу повреждения иммунной системы, а также к высокому риску тромбообразования, что отражается на течение хронического лимфолейкоза. Снижение иммунитета, проведение полихимиотерапии, коморбидный статус усугубляют работу всех систем внутренних органов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В ОБЛАСТНОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ имени КУТФИДИНОВА г. ХУДЖАНДА ЗА ПЕРИОД 2015 – 2025 ГГ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Провести ретроспективный и проспективный анализ течения хронического лимфолейкоза за период с 2015 года по 2025 год.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 40 пациентов с достоверным диагнозом ХЛЛ за 11-летний период с 2015 по 2025 гг. находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении областной больницы им. Кутфидинова г. Худжанда. В ретроспективную часть включены данные архивных историй болезни и регистров, проспективная часть основана на наблюдении вновь выявленных случаев. Оценивались демографические показатели, частота выявления заболевания, клинические стадии по Rai/Binet, сопутствующие заболевания и осложнения. Всем пациентам были проведены клинические и лабораторно – инструментальные методы исследования: Развернутый общий анализ крови, биохимические анализы крови (печеночные пробы, глюкоза, мочевины, креатинин, мочевая кислота), пункция костного мозга (стерильная пункция) с цитохимическим исследованием, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, УЗИ – исследование внутренних органов, общий анализ мочи, общий анализ кала.

Результаты исследования. За анализируемый 11 – летний период (2015- 2025 гг.) выявлено 40 пациентов с хроническим лимфолейкозом. Установлен умеренный рост заболевания ХЛЛ, особенно у лиц старшей возрастной группы. В региональном разрезе лидирующее место занимает р. Б.Гафуров и г. Исфара – 16 пациентов, что составило 21,6% от общего числа, на втором месте города Конибодом и Худжанда – 10 пациентов, то есть 8,4%, на третьем месте г. Истаравшан и р. Ашт – 6 пациентов и это составляет 5,4%, остальные регионы с минимальными количествами случаев ХЛЛ. За исследуемый период из 40 (100%) пациентов с ХЛЛ, впервые обратившихся, у 18 (36,3%) отмечены повторные обращения. Число первичных обращений начиная от 2022 г. имеет тенденцию к увеличению от 9 случаев до 18 в 2024 г. Наибольшее число больных приходилось на 2022-2024гг. и минимальное 2018 - 2021 гг. Во все годы наблюдения количество первичных обращений превышало число повторных, однако начиная с 2022 г. разница между ними существенно сократилась. При распределении больных по полу и возрастным группам зарегистрировано преобладание мужчин 30 - пациентов (75%), женщин было 10 (25%). Средний возраст больных составил для мужчин 65,5 года (от 35 до 86 лет), для женщин 61,5 лет (от 47 до 73 лет). Наибольшая часть пациентов приходилась на возрастную группу 65-75 лет 20 случаев (63,03%), далее следовала группа 50-55 лет 15 случаев (33,9%), наименьшее количество больных отмечено в возрасте до 40 лет 5 случаев (3,0%). Среди клинических проявлений ХЛЛ у всех больных встречался астеновегетативный синдром как проявление ухудшения общего состояния. Из основных синдромов для ХЛЛ чаще всего отмечался иммунодефицитный синдром – у 35 больных (87,8%). На втором месте анемический синдром, на третьем месте гиперпластический (лимфаденопатия) - у 29 больных (51,5%), гепатоспленомегалия – у 30 больных (85,8%), далее идет интоксикационный синдром и геморрагический синдром – у 7 больных (7,2%). Таким образом основными клиническими проявлениями являлись иммунодефицитный, анемический, гиперпластический и интоксикационный синдромы.

Вывод. За 11 - летний период заболеваемость ХЛЛ демонстрирует устойчивый рост с изменением структуры выявления и течения болезни. Современные диагностические и терапевтические возможности способствуют более раннему обнаружению заболевания и улучшению прогноза пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра семейной медицины и травматологии – ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан. ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе.

Цель исследования. Оценка эффективности ультразвукового метода исследования в диагностике дисплазии тазобедренных суставов.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ статистических отчётов врача травматолога-ортопеда, за 2025-2026гг.

Результаты исследования. Всего за отчётный период обследовано 3225 детей. Возраст пациентов варьировал от 1-го месяца до 1-го года. Всего за первое полугодие 2025 года обследовано – 1550 больных, а в 2026 году 1675 пациентов, что составили 2235 больных. Из них: мужчин было 455 (14.1%) и женщин-2770 (85.9%).

Из общего числа обследуемых в 2025 году, с дисплазией тазобедренных суставов выявлены 22 ребёнка до года, что составили 1.9%, среди которых мальчиков было 4 (18.2%), а девочек 18 (81.8%). В 2026 году из 764 случаев детей с подозрением на дисплазию тазобедренных суставов, диагноз был подтверждён только у 5-х детей, среди которых девочек было 4 (0.5%) и мальчиков -1 (0.1%). В результате ультразвукового исследования тазобедренных суставов детей первого года жизни в 2025-2026 годы вывихи тазобедренных суставов (тип 3а, 3б, 4) диагностированы у 23(0.81%), детей. Подвывихи (тип 2с) тазобедренных суставов диагностированы в 2025 году у 4 человек (%), в 2026 году – у 5 (%). Дети с данными патологиями получали дальнейшее лечение соответственно тяжести состояния: наложение ортопедических шин, ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение. Далее эти дети наблюдались врачами травматологами-ортопедами с проведением УЗ исследования тазобедренных суставов в динамике.

Выводы. Не зависимо от ежегодного увеличения числа новорожденных, выявленная патология тазобедренных суставов остается примерно на одном уровне (1,3%–1,4%). Метод ультра-

звуковой диагностики тазобедренных суставов у детей первого года жизни предоставляет возможность ранней диагностики дисплазий тазобедренных суставов предупреждает ее переход в следующие стадии – подвывих и вывих бедра, а также имеет не только лечебное, но профилактическое направление. Таким образом, УЗ-исследование на данный момент является золотым стандартом в диагностике и профилактике врожденных пороков развития опорно-двигательной системы и их последствий, в том числе и дисплазии тазобедренного сустава.

Курбонова М.Н., Толибова Л.Н., Саидов П.А.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ДЕБЮТА

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

Цель исследования. Оценить функциональный статус пациентов с БАС в зависимости от варианта дебюта.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Функциональный статус оценивали с использованием шкалы ALSFRS-R с анализом общего балла и отдельных функциональных доменов, характеризующих бульбарные, двигательные и дыхательные нарушения. Сравнивали показатели у пациентов с бульбарным и спинальным дебютом заболевания. Статистический анализ проводили с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с бульбарным дебютом общий балл ALSFRS-R был статистически значимо ниже по сравнению со спинальным дебютом — 25,0 [20,0;31,0] против 34,0 [26,0;37,0] балла ($p = 0,046$), что указывает на более выраженное функциональное снижение в данной группе.

Наиболее выраженные различия выявлены по бульбарному домену ALSFRS-R: 4,0 [2,0;6,0] против 8,0 [7,0;11,0] балла соответственно ($p < 0,001$). Показатели респираторного домена также были ниже при бульбарном дебюте — 8,0 [8,0;9,0] против 11,0 [9,0;11,0] балла ($p = 0,002$). При оценке двигательных функций статистически значимых различий между группами не выявлено: показатели тонкой моторики составили 6,0 [5,0;8,0] и 6,0 [5,0;8,2] балла ($p = 0,804$), крупной моторики — 7,0 [6,0;8,0] и 6,0 [4,0;9,0] балла ($p = 0,550$) при бульбарном и спинальном дебюте соответственно.

Выводы. Бульбарный дебют БАС ассоциирован с более выраженным функциональным дефицитом, прежде всего за счёт нарушений бульбарных и дыхательных функций. Выявленные различия по профилю ALSFRS-R подтверждают необходимость учета варианта дебюта при оценке функционального состояния пациентов с БАС.

Курбонова М.Н., Исрофилзода М.О., Асилова Н.Г.

КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

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

Цель исследования. Оценить клиническую гетерогенность бокового амиотрофического склероза.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Проводили клинико-неврологическое обследование с определением фенотипического варианта и варианта дебюта заболевания. Анализировали распределение вариантов начала заболевания в зависимости от пола и возраста пациентов. Для оценки различий использовали критерии χ^2 Пирсона и Краскела–Уоллиса; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Классический фенотип БАС выявлен у 41 (82,0%) пациента. Атипичные варианты представлены синдромом висячих рук — у 3 (6,0%) пациентов, прогрессирующей мышечной атрофией — у 3 (6,0%), первичным латеральным склерозом, БАС с лобно-височной деменцией и БАС с мозжечковой атаксией — по 1 (2,0%) случаю.

В структуре дебюта заболевания преобладали спинальные варианты: шейно-грудной дебют зарегистрирован у 21 (42,0%) пациента, пояснично-крестцовый — у 20 (40,0%), бульбарный — у 9 (18,0%). Среди пациентов с шейно-грудным и пояснично-крестцовым дебютом преобладали мужчины — 16 (76,2%) и 14 (70,0%) соответственно. При бульбарном дебюте распределение по полу было более равномерным: мужчины — 5 (55,6%), женщины — 4 (44,4%). Статистически значимой взаимосвязи между полом и вариантом дебюта БАС не выявлено ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,528$).

Средний возраст пациентов был выше при бульбарном дебюте ($58,6 \pm 16,1$ года) по сравнению с шейно-грудным ($54,0 \pm 14,1$ года) и пояснично-крестцовым ($49,6 \pm 11,7$ года) вариантами. При этом статистически значимых различий возраста между группами не установлено ($p = 0,173$).

Выводы. Клиническая структура БАС характеризуется выраженной фенотипической и клинической гетерогенностью при преобладании классического фенотипа и спинальных вариантов дебюта. Бульбарное начало чаще наблюдалось у пациентов старшего возраста, однако статистически значимых различий по возрасту и полу в зависимости от варианта дебюта не выявлено. Учет клинического фенотипа и варианта дебюта имеет значение для раннего распознавания БАС и своевременной дифференциальной диагностики.

Курмангалиева С.С., Бактикулова К.В., Курмангалиев К.Б.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ (HBV, HCV) ЭТИОЛОГИИ: АНАЛИЗ ДАННЫХ МЕТА-АНАЛИЗА

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ЗКМУ имени Марата Оспанова г.Актобе, Казахстан

Цель исследования. Проанализировать данные систематических обзоров и метаанализов, включённых в исследование прогностических биомаркеров декомпенсации компенсированного цирроза печени, применительно к пациентам вирусной (HBV, HCV) этиологии, и определить степень изученности данной подгруппы в современной доказательной базе.

Материал и методы. Проанализирован зонтичный обзор (PRISMA 2020, методология Joanna Briggs Institute), включивший 4 систематических обзора (2024–2025 гг.) по прогностическим биомаркерам декомпенсации компенсированного цирроза печени, найденных в PubMed, Scopus и Web of Science до 15 августа 2025 г. Отдельно рассмотрены данные обзоров со смешанной этиологической выборкой (Gananandan et al., 2024; Haghnejad et al., 2025), в которые включались, в числе прочих, пациенты с вирусным гепатитом В и С, поскольку целенаправленных обзоров по HBV/HCV-циррозу в литературе не найдено. Методологическое качество оценивалось по AMSTAR 2, риск смещения — по PROBAST/QUIPS, достоверность доказательств — по GRADE.

Результаты исследования. Ни один из включённых в обзор систематических обзоров не проводил отдельного анализа биомаркеров декомпенсации у пациентов с циррозом печени HBV/HCV-этиологии — вирусные гепатиты фигурировали лишь как один из этиологических факторов в общей формулировке цирроза, без стратификации результатов. Наиболее близкими по составу выборки являются обзоры со смешанной этиологией (Gananandan et al., Haghnejad et al.), где показано, что сывороточный альбумин и МНО остаются наиболее устойчивыми лабораторными предикторами первой декомпенсации, а эластометрия печени (LSM) и HVPG повышают надёжность стратификации риска независимо от этиологии. Среди 16–66 первичных исследований, вошедших в отдельные обзоры, лишь ограниченная часть учитывала вирусную этиологию как ковариату, а не как отдельную подгруппу анализа; при этом Haghnejad et al. отдельно отметили отсутствие моделей, разработанных специфически для отдельных этиологических форм, и высокую вариабельность определений исходов между исследованиями. Воспалительные маркеры (интерлейкин-6, кератин-18) и внеклеточные везикулы, показавшие умеренную прогностическую значимость при алкогольной и НАЖБП/НАСГ-этиологии, при вирусных гепатитах В и С специально не изучались. Таким образом, объединённая доказательная база демонстрирует общие для всех этиологий предикторы декомпенсации, но не позволяет судить об их специфической прогностической ценности именно при HBV- и HCV-ассоциированном циррозе.

Выводы. Имеющиеся систематические обзоры и метаанализы не содержат этиология-специфичного анализа прогностических биомаркеров декомпенсации у пациентов с циррозом печени HBV/HCV-этиологии; используемые предикторы (альбумин, МНО, билирубин, тромбоциты, LSM, HVPG) экстраполированы из смешанных когорт. Это указывает на существенный пробел в доказательной базе и обосновывает необходимость прицельных исследований маркеров декомпенсации, в том числе показателей эритроцитоза эритроцитов, у пациентов с циррозом печени вирусной (HBV, HCV) этиологии.

Лакаева Р.Б., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.

КАРДИОГЕННЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

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

Цель исследования. Охарактеризовать кардиогенный плевральный выпот при декомпенсированной ХСН и оценить эффективность комплексной терапии.

Материал и методы. Представлен клинический случай пациента 68 лет, госпитализированного с жалобами на выраженную одышку, ортопноэ, общую слабость и отёки нижних конечностей. При объективном обследовании: ЧСС — 108 уд/мин, SpO₂ — 89%, периферические отёки, ослабление дыхания в нижних отделах лёгких. По данным эхокардиографии выявлены дилатация левых отделов сердца, снижение сократительной функции левого желудочка, фракция выброса (ФВ) — 35%, конечный диастолический размер левого желудочка — 58 мм. Уровень N-концевого натрийуретического пептида составил 4860 пг/мл. Ультразвуковое исследование плевральных полостей выявило двусторонний выпот: справа около 850 мл, слева — 450 мл. При исследовании плевральной жидкости содержание белка составило 18 г/л, ЛДГ — 96 Ед/л, что соответствовало трансудативному характеру выпота.

Результаты исследования. На фоне комплексной терапии ХСН с применением диуретической и стандартной кардиологической терапии отмечена выраженная положительная динамика. Через 7 суток уменьшилась одышка, SpO₂ повысилась до 96%, уровень NT-proBNP снизился до 2180 пг/мл. По данным эхокардиографии ФВ увеличилась до 42%. Объём плеврального выпота уменьшился справа до 150 мл, слева — до 80 мл. Полученная динамика подтверждала кардиогенный характер плеврального выпота и эффективность направленной терапии основного заболевания.

Выводы. Кардиогенный плевральный выпот является клинически значимым проявлением декомпенсации ХСН. Комплексная оценка клинических данных, эхокардиографии, NT-proBNP и характера плевральной жидкости позволяет своевременно установить причину выпота и определить оптимальную тактику лечения. Контроль гемодинамики и эффективная деконгестивная терапия способствуют быстрому уменьшению плеврального выпота и улучшению клинического состояния пациента.

Мадалиев Қ.А., Қосимзода А.М., Мухамадиева К.М.

НОРАСОИИ МИС ВА ИХТИЛОЛИ МУБОДИЛАИ ЛИПИДҲО ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ.

Кафедраи дерматовенерология ба номи профессор Зоиров П.Т. МДТ «ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино»
МД «Беморхонаи клииникии шаҳрии бемориҳои пӯст»-и шаҳри Душанбе

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои микдори мис дар зардоби хуни беморони гирифтори хадшаҳои келоидии такроршаванда ва арзёбии алоқамандии тағйироти ошкоргардида бо нишондихандаҳои спектри липидӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 65 нафар беморони гирифтори хадшаҳои келоидӣ мавриди муоина қарор гирифтанд: 35 нафар бемор бо ҷараёни такроршавандаи беморӣ ва 30 нафар бемор бо хадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда. Нишондихандаҳои мубодилаи липидҳо (холестерини умумӣ, липопротеинҳои зичии паст (ЛПЗП), липопротеинҳои зичии баланд (ЛПЗБ), триглитсеридҳо) ва сатҳи мис дар зардоби хун таҳқиқ карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар 25 нафар аз 65 бемор (38,5%) пастшавии сатҳи мис дар хун ва дар 15 нафар аз 65 бемор (23,1%) ихтилоли нишондиҳандаҳои спектри липидӣ муайян карда шуд. Пастшавии концентратсияи мис дар зардоби хун дар 18 нафар (51,4%) беморони дорои ҷараёни такроршавандаи беморӣ таъхир кардид: дар 6 нафар норасоии сабуки мис ($9,8 \pm 1,3$ мкмол/л) ва дар 12 нафар норасоии дараҷаи миёна ($7,6 \pm 0,7$ мкмол/л) муайян карда шуд. Дар ҳоле ки дар байни беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда норасоии мис танҳо дар 7 нафар (23,3%) беморони муоинашуда ошкор гардид ва сатҳи он $10,4 \pm 1,3$ мкмол/л-ро ташкил дод, яъне бо норасоии сабуки мис таъхир мешуд ($p < 0,05$). Таҳлили муқоисавии нишондиҳандаҳои спектри липидӣ нишон дод, ки дар беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии такроршаванда ихтилоли мубодилаи липидҳо нисбат ба беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда бештар ифода ёфтааст. Сатҳи холестерини умумӣ дар гурӯҳи асосӣ $6,02 \pm 0,18$ ммол/л-ро ташкил дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи муқоисавӣ ин нишондиҳанда $5,21 \pm 0,15$ ммол/л буд ($p < 0,05$). Миқдори липопротеинҳои зичии паст (ЛПЗП) мутаносибан $4,02 \pm 0,14$ ммол/л ва $3,21 \pm 0,12$ ммол/л ($p < 0,05$), концентратсияи триглитсеридҳо бошад $2,18 \pm 0,11$ ммол/л ва $1,54 \pm 0,09$ ммол/л-ро ташкил дод ($p < 0,05$). Ҳамзамон, дар беморони дорои ҷараёни такроршавандаи беморӣ коҳиши аз ҷиҳати омӯрӣ эътимодноки сатҳи липопротеинҳои антиатерогении зичии баланд ба қайд гирифта шуд ($1,02 \pm 0,05$ ммол/л дар муқоиса бо $1,31 \pm 0,06$ ммол/л; $p < 0,05$). Тағйироти ошкоргардида бо зиёдшавии коэффитсиенти атерогенӣ то $4,15 \pm 0,22$ дар муқоиса бо $2,98 \pm 0,17$ дар беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда ҳамроҳӣ мекард ($p < 0,05$), ки аз бештар ифода ёфтани хусусияти атерогении ихтилоли мубодилаи липидҳо ҳангоми ҷараёни такроршавандаи беморӣ шаҳодат медиҳад.

Таҳлили иловагӣ нишон дод, ки инкишофи дислипидемия дар беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии такроршаванда бо пастшавии миқдори мис дар зардоби хун робитаи зич дошт. Норасоии мис дар 18 нафар (51,4%) беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии такроршаванда муайян карда шуд, дар ҳоле ки дар байни беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда он танҳо дар 7 нафар (23,3%) беморони муоинашуда таъхир гардид ($p < 0,05$). Ҳангоми мавҷудияти норасоии мис ихтилоли мубодилаи липидҳо бештар ифода ёфта буд: сатҳи холестерини умумӣ ба $6,18 \pm 0,17$ ммол/л, ЛПЗП ба $4,08 \pm 0,15$ ммол/л ва триглитсеридҳо ба $2,21 \pm 0,12$ ммол/л мерасид, ки нисбат ба нишондиҳандаҳои ҳаммонанд дар беморони гирифтори ҳадшаҳои келоидии бори аввал пайдошуда ба таври омӯрӣ эътимоднок баландтар буд (мутаносибан $5,24 \pm 0,14$; $3,26 \pm 0,11$ ва $1,56 \pm 0,09$ ммол/л; $p < 0,05$).

Хулоса. Натиҷаҳои бадастомада имкон медиҳанд, ки иштироки ихтилолҳои ҳамзамони мубодилаи микроэлементҳо ва липидҳо дар ташаккули заминаи патогенетикӣ, ки ба такроршавии раванди келоидӣ мусоидат мекунад, эҳтимол дода шавад.

Мадалиев К.А., Мухамадиева К.М., Валиева М.С.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоинова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность лекарственного электрофореза 3% раствора сульфата меди при лечении посткриогенной раны у больных с келоидными рубцами

Материал и методы исследования. В исследование включены 85 больных с келоидными рубцами. Основную группу составили 55 пациентов с рецидивирующими келоидами, которым после криодеструкции проводили лекарственный электрофорез 3% раствора сульфата меди. Продолжительность процедуры составляла 10–15 минут, процедуры выполнялись через день, курс лечения включал 7–10 сеансов. В контрольную группу вошли 30 больных, которым после криодеструкции применяли хлоргексидин и декспантенол. Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии. Клиническую эффективность терапии оценивали через 3 месяца по частоте различных, хороших, удовлетворительных и неудовлетворительных результатов, а частоту рецидивирования — через 12 месяцев наблюдения.

Результаты исследования. Через месяц после лечения в основной группе отмечена положительная динамика микроциркуляторных показателей: показателя микроциркуляции (ПМ) увеличился с $4,95 \pm 0,31$ до $5,33 \pm 0,30$ пф. ед. ($p < 0,001$), а индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) — с $1,50 \pm 0,08$ до $1,60 \pm 0,08$ ($p < 0,001$). Резерв капиллярного кровотока (РКК) существенно не изменился и составил $264 \pm 13,2\%$ ($p = 0,447$). В контрольной группе статистически значимой динамики ПМ ($p = 0,536$) и ИЭМ ($p = 1,000$) не наблюдалось, при этом РКК снизился до $249 \pm 12,5\%$ ($p < 0,001$). При межгрупповом сравнении через месяц значения ИЭМ и РКК в основной группе были статистически значимо выше, чем в контрольной ($p < 0,001$), что свидетельствовало о более благоприятной динамике микроциркуляторных процессов при использовании разработанного метода.

Клиническая эффективность также различалась между группами. Через 3 месяца в основной группе отличные результаты отмечены у 18,2% больных, хорошие — у 54,5%, удовлетворительные — у 27,3%; неудовлетворительные результаты отсутствовали. В контрольной группе отличный эффект достигнут у 26,7%, хороший — у 36,7%, удовлетворительный — у 23,3%, тогда как у 13,3% пациентов результат оказался неудовлетворительным. Различия в распределении клинических исходов между группами были статистически значимыми ($\chi^2 = 12,36$; $df = 3$; $p = 0,006$).

Отдалённое наблюдение подтвердило преимущество предложенного способа: через 12 месяцев в основной группе зарегистрировано 17 рецидивов среди 55 пациентов (30,9%), тогда как в контрольной — 16 среди 30 (53,3%).

Выводы. Включение лекарственного электрофореза 3% раствора сульфата меди в комплексное лечение посткриогенной раны у больных с келоидными рубцами способствует улучшению микроциркуляции, повышению эффективности репаративных процессов и улучшению клинических результатов лечения, а также снижению частоты рецидивирования келоидов в отдалённом периоде, что обосновывает целесообразность применения разработанного метода в клинической практике.

Маджидова Ш.А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ВАКЦИНАЦИИ И ПРИЧИН ОТКАЗОВ ОТ ПРИВИВОК НА УРОВНЕ ПМСП

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

Цель исследования. Оценить уровень охвата плановой вакцинацией детей и выявить основные причины отказов родителей от профилактических прививок.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Городского центра здоровья №12 г. Душанбе за период 2025–2026 гг. В рамках работы проведен ретроспективный анализ 250 медицинских карт развития ребенка (форма 024/у) и прививочных карт (форма 063/у) детей в возрасте от 0 до 5 лет. Для выявления факторов, влияющих на принятие решений родителями, проведено анонимное анкетирование 120 родителей (матерей — 84,2%, отцов — 15,8%). Разработанная анкета включала блоки вопросов о социально-демографическом статусе семьи, источниках получения информации о вакцинах, личном отношении к прививкам и объективных/субъективных причинах отказа.

Результаты исследования. Анализ охвата вакцинацией показал, что своевременно и в полном объеме согласно Национальному календарю прививок иммунизированы 94,8% детей (237 человек). Частичный охват (отклонение от графика вакцинации или пропуск отдельных компонентов) выявлен у 3,2% детей (8 человек), а полный отказ от всех видов вакцинации зарегистрирован в 2,0% случаев (5 человек). Общая доля детей с неполной иммунизацией и отказами составила 5,2%. При анализе причин отказов и медицинских отводов от вакцинации среди родителей детей с нарушенным графиком выявлены следующие ключевые факторы: страх побочных эффектов и осложнений: 41,7% родителей выразили опасения из-за возможных температурных, аллергических и неврологических реакций. Часто болеющие дети: 46,6% случаев связанное с частыми эпизодами острой респираторной вирусной инфекции и сопутствующими заболеваниями. Частые медицинские отводы (ложные медотводы): 11,7% случаев, связанные с минимальными клиническими проявлениями (перинатальная энцефалопатия, аллергический дерматит), не являющимися истинными противопоказаниями.

Выводы. Уровень полного охвата плановой вакцинацией на уровне ПМСП составляет 94,8%, что соответствует целевым показателям ВОЗ для поддержания стойкого популяционного иммунитета, однако 5,2% не были вакцинированы своевременно из-за временных противопоказаний.

Маджидова Ш.А., Мухтоджзода С.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП

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

Цель исследования. Оценить влияние характера вскармливания (естественного и искусственного) на частоту заболеваемости детей первого года жизни и выявить структуру группы часто болеющих детей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУ «Городской центр здоровья №12» г. Душанбе за период 2025–2026 гг. В рамках работы проведен ретроспективный анализ 160 медицинских карт развития ребенка (форма 024/у) детей в возрасте от 1 мес. до 2 лет. Для изучения характера вскармливания и частоты перенесенных заболеваний проведено анонимное анкетирование 100 матерей.

Результаты исследования. Анализ амбулаторных карт и анкет показал, что на естественном (грудном) вскармливании до 6-месячного возраста находились 60,0% детей (96 человек) из этого по заболеваемости определились 9,4% человек (9 детей), болели 1-2 раза в год и составляют 1 группу здоровья. На смешанном вскармливании — 15,0% (24 ребенка), из этого по частота заболеваемости определились 33,3% (8 детей) болели 4-5 раза в год и составляют 1-2а группы здоровья. На искусственном вскармливании с первых месяцев жизни — 25,0% (40 детей) из этого по частота заболеваемости болели 72,5 % (29 детей) 6-7 раз в год и составляют 2 группу здоровья. В группу часто болеющих детей (ЧБД, 4 и более эпизодов ОРВИ в год) вошли 23,1% (37 детей) из общей выборки. В данной группе отмечалась более высокая частота повторных эпизодов острых респираторных инфекций, отитов и кишечных инфекций по сравнению с детьми на естественном вскармливании. Дети на искусственном вскармливании составили 78,3% (29 детей) структуры группы ЧБД. Дети на смешанном вскармливании: составили 21,7% (8 детей) группы ЧБД.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии выраженной связи между характером вскармливания и формированием группы часто болеющих детей. Наибольшая доля ЧБД наблюдалась среди детей, находившихся на искусственном вскармливании.

Маджидова М.М., Махмудзода Х.Р.

ОЦЕНКА И ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

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

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности добавления эмпаглифлозина к стандартной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек после перенесённого острого пиелонефрита.

Материалы и методы исследования. В проспективное сравнительное исследование были включены 50 пациентов с хронической сердечной недостаточностью, фракцией выброса левого желудочка $\leq 35\%$ и хронической болезнью почек при скорости клубочковой фильтрации 30–60 мл/мин/1,73 м². Пациенты были распределены на две сопоставимые группы. Основная группа получала стандартную терапию в сочетании с эмпаглифлозином в дозе 10 мг в

сутки, тогда как контрольная группа получала только стандартную терапию. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев.

Результаты исследования. В основной группе было зарегистрировано увеличение фракции выброса левого желудочка с $38 \pm 6\%$ до $44 \pm 5\%$, В контрольной группе фракция выброса статистически значимого изменения не продемонстрировала. Уровень NT-proBNP в основной группе снизился на 30%. В контрольной группе снижение данного показателя было менее выраженным. Частота госпитализаций с хронической сердечной недостаточности составила 16% в основной группе и 32% в контрольной группе. Оценка функции почек показала, что скорость клубочковой фильтрации в основной группе оставалась стабильной на протяжении периода наблюдения, тогда как в контрольной группе было статистически значимое снижение данного показателя. Частота рецидивов острого пиелонефрита и тяжёлых инфекционных осложнений статистически значимо не различалась между группами. Результаты демонстрируют, что добавление эмпаглифлозина к стандартной терапии хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек после клинического купирования острого пиелонефрита не сопровождается увеличением частоты инфекционных осложнений. Отмечается улучшение показателей сердечной функции, снижение частоты госпитализаций и стабилизация функции почек.

Выводы. Добавление эмпаглифлозина к стандартной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек после перенесённого острого пиелонефрита сопровождается улучшением систолической функции левого желудочка, снижением уровня NT-proBNP и уменьшением частоты госпитализаций. Применение препарата не ассоциируется с увеличением риска тяжёлых инфекционных осложнений при условии клинической стабилизации пациента.

Маджонova М.М., Махмудзода Х.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ICD И CRT-D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

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

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ICD) и устройства кардиоресинхронизирующей терапии

с дефибриллятором (CRT-D) в сравнении с оптимальной медикаментозной терапией у пациентов с сердечной недостаточностью II–III функционального класса по NYHA и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 35\%$, дистанция 6-минутной ходьбы.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 75 пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной ФВ ЛЖ, получавших оптимальную медикаментозную терапию не менее трёх месяцев. Пациенты были распределены на три равные группы по 25 человек: I группа — имплантация ICD на фоне медикаментозной терапии. II группа — имплантация CRT-D на фоне медикаментозной терапии. III группа — только медикаментозная терапия (контроль). Период наблюдения составил 12 месяцев. Оценивались следующие показатели: фракция выброса ЛЖ, функциональный класс по NYHA, уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP), частота госпитализаций по поводу сердечной недостаточности, случаи внезапной сердечной смерти.

Результаты исследования. По итогам 12-месячного наблюдения в группе ICD фракция выброса увеличилась с 28% до 30%, уровень BNP снизился с 550 до 500 пг/мл. Было зарегистрировано 7 госпитализаций и 2 случая внезапной сердечной смерти. Улучшение функционального класса до II отмечено у большинства пациентов данной группы. Во II группе (CRT-D) получены наиболее выраженные положительные изменения: фракция выброса увеличилась с 27% до 37%, уровень BNP снизился с 560 до 380 пг/мл, количество госпитализаций составило 4, зарегистрирован 1 случай внезапной смерти. Значительно увеличилась дистанция 6-минутной ходьбы, что свидетельствует об улучшении толерантности к физической нагрузке. В контрольной группе изменения были минимальными: ФВ ЛЖ увеличилась с 29% до 30%, уровень BNP снизился незначительно (с 540 до 520 пг/мл), зафиксировано 12 госпитализаций и 4 случая внезапной смерти. Существенной динамики функционального класса не отмечено 6 минутной ходьбы. Полученные данные свидетельствуют о том, что CRT-D оказывает более выраженное влияние на ремоделирование левого желудочка и гемодинамические показатели, тогда как ICD преимущественно снижает риск внезапной сердечной смерти.

Выводы. Имплантация ICD эффективно снижает риск внезапной сердечной смерти, однако оказывает ограниченное влияние на показатели сократительной функции ЛЖ и уровень BNP. Применение CRT-D приводит к значительному улучшению ФВ ЛЖ, снижению уровня BNP, уменьшению симптомов сердечной недостаточности и частоты госпитализаций. Медикаментозная терапия без имплантации устройства обеспечивает минимальное клиническое улучшение. Выбор типа устройства должен осуществляться индивидуально с учетом длительности комплекса QRS, наличия механической диссинхронии и аритмического риска.

Маликов Н.В., Нисанбаева З.Х., Салихова А.Х.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ) ГРАЖДАН ВРАЧОМ ПСИХИАТРОМ НАРКОЛОГОМ

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

Цель исследования. Проанализирован опыт разработки и внедрения алгоритмов проведения медицинских осмотров (освидетельствований) врачами психиатрами -наркологами.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского Клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова. К врачу наркологу обращаются граждане с целью прохождения различных видов обследо-

вания: водителей (кандидатов в водители) транспортных средств, на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, с химико-токсикологическое исследования (ХТИ) для прохождения ВВК, специалистов авиационного персонала с ХТИ, работников, занятых на тяжелых работах и с вредными и опасными условиями труда, при поступлении в учебные заведения, для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну, работников ведомственной охраны с ХТИ, работников подразделений транспортной безопасности с ХТИ, на наличие противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника с ХТИ, на железнодорожном транспорте с ХТИ, работников, занятых на работах по добыче (переработке) угля (горючих сланцев), при оформлении опеки, попечительства и др.

Результаты исследования. С целью детализации процедуры проведения медицинских наркологических осмотров на региональном уровне разработаны алгоритмы проведения медицинских осмотров (освидетельствований) врачами психиатрами-наркологами.

В соответствии с Алгоритмом предусмотрены следующие основные этапы: Врач психиатр-нарколог кабинета медицинских осмотров проверяет сведения в электронной информационной базе данных. При отсутствии сведений в базе данных проводится опрос, клинический осмотр, предварительные ХТИ. По результатам обследования принимается решение о выдаче медицинской справки и медицинского заключения об отсутствии наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов либо о направлении к участковому врачу психиатру-наркологу на дообследование. Формируется медицинское заключение, подписанное с использованием подписи медицинского работника и медицинской организации.

Выводы. Внедрение в работу алгоритмов проведения медицинских осмотров граждан на наличие медицинских противопоказаний к различным видам деятельности структурирует работу медицинского персонала, делает более понятной процедуру прохождения осмотров пациентам. Использование современных методов диагностики для выявления лиц употребляющих ПАВ при проведении медицинских осмотров (освидетельствований) способствует своевременному выявлению и оказанию помощи таким лицам, безопасности граждан.

Маликов Н.В., Нисанбаева З.Х., Раджабов А.Б.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРАЖДАН УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ) В ГУ РКЦН им. М.Г. ГУЛЯМОВА

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

Цель исследования. Анализ динамики обнаружения наркотических средств и их метаболитов в моче в рамках медицинских осмотров за период с 2023 г. по 2025 г. с целью выявления тенденций, оценки распространенности употребления различных видов психоактивных веществ и определения эффективности профилактических мер.

Материал и методы. Данные для анализа были собраны из отчетов ГУ РКЦН им. проф. М.Г. Гулямова, проводящих обязательные и периодические медицинские осмотры. Исследованию подвергались результаты тестирования мочи на наличие следующих групп наркотических средств и их метаболитов: опиоиды (морфин, героин, и др.), каннабиноиды (ТГК и его метаболиты), метамфетамины, барбитураты, бензодиазепины, другие психоактивные вещества

Результаты исследования. За последний год наблюдается изменение тенденции употребления психоактивных веществ и их метаболитов в моче в рамках медицинских осмотров. Данная тенденция может свидетельствовать об эффективности выявляемости и более широкий охват медицинскими осмотрами. Каннабиноиды: выявление положительных результатов увеличилось на 36,3%: в 2024г. - 1015 случаев, а в 2025г. - 1384 случаев. Опиоиды: выявление положительных результатов увеличилось на 12,8%: в 2024г. - 39 случаев, а в 2025- 44 случая. Полинаркомания (прегабин, метамфетамин и т.д.): выявление положительных результатов увеличилось на 41,2%: в 2024г. - 653 случая, а в 2025г. - 922 случая. Барбитураты и бензодиазепины: данная группа веществ демонстрирует снижение случаев обнаружения. выявление положительных результатов снизилось на 23,3%: в 2024г. - 3 случая, а в 2025г. - 2 случая.

Выводы. В современном обществе, где вопросы здоровья и безопасности стоят особенно остро, регулярные медицинские осмотры играют ключевую роль. Особое значение имеет тестирование на наличие наркотических средств и их метаболитов в биологических жидкостях для определенных категорий граждан (водителей, работников опасных производств и т.д.). Раннее выявление, поддержка семьи и общества, а также активное участие самого человека в процессе выздоровления играют ключевую роль.

Мардиев О.А.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: РОЛЬ ПОЛУШАРНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии Самаркандского государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить и сравнить депрессивные, когнитивные и личностные расстройства у пациентов с левополушарным и правополушарным ишемическим инсультом, а также оценить эффективность применения транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в комплексной нейروпсихологической реабилитации.

Материал и методы. Обследовано 80 пациентов с последствиями ишемического инсульта: 40 пациентов с левополушарным и 40 - с правополушарным поражением. Для оценки нейروпсихологического статуса использовали шкалу депрессии Бека (BDI-II), тест MMSE для оценки когнитивных функций и личностный опросник NEO-PI-R. Все паци-

енты прошли курс нейропсихологической реабилитации с включением ТМС: 10 сеансов, частота 1 Гц, продолжительность одного сеанса 20 минут.

Результаты исследования. У пациентов с левополушарным инсультом более заметными были депрессивные проявления: средний показатель по шкале BDI-II составил 24,3 балла, тогда как в группе пациентов с правополушарным поражением - 19,2 балла ($p<0,01$), что свидетельствовало о большей выраженности эмоционально-аффективных нарушений при поражении левого полушария. У пациентов с правополушарным ишемическим инсультом средний показатель MMSE составил 22,1 балла, тогда как при левополушарном поражении - 24,8 балла ($p<0,05$). После проведения курса комплексной нейропсихологической реабилитации с включением транскраниальной магнитной стимуляции была зарегистрирована положительная динамика изучаемых показателей в обеих группах. Наиболее отчётливые изменения отмечались в эмоциональной сфере. У пациентов с левополушарным инсультом средний показатель BDI-II снизился с 24,3 до 16,1 балла, то есть на 8,2 балла, или приблизительно на 33,7% от исходного уровня. В группе правополушарного инсульта значение BDI-II уменьшилось с 19,2 до 14,8 балла - на 4,4 балла, или приблизительно на 22,9%. В обеих группах динамика была статистически значимой ($p<0,01$). При этом более выраженное абсолютное снижение уровня депрессии наблюдалось у пациентов с левополушарным поражением, у которых исходно депрессивная симптоматика также была более выраженной. Положительная динамика была установлена и при оценке когнитивных функций. В группе левополушарного инсульта показатель MMSE увеличился с 24,8 до 27,2 балла, то есть на 2,4 балла. У пациентов с правополушарным поражением показатель повысился с 22,1 до 25,6 балла - на 3,5 балла ($p<0,01$). Следовательно, улучшение когнитивного статуса наблюдалось в обеих исследуемых группах, однако более выраженный абсолютный прирост показателя MMSE был зарегистрирован у пациентов с правополушарным инсультом, для которых исходно было характерно более значительное когнитивное снижение.

Выводы. Полушарная локализация ишемического поражения связана с различиями в структуре нейропсихологических нарушений: при левополушарном инсульте более выражены депрессивные проявления, а при правополушарном - когнитивные и личностные изменения. Включение ТМС в комплексную нейропсихологическую реабилитацию сопровождается достоверным уменьшением депрессивной симптоматики и улучшением когнитивных функций, что обосновывает дифференцированный подход к реабилитации с учетом стороны поражения мозга.

Зувайдов Х.Ф., Матинов Ш.К., Сафаралиев М.К.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЁЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

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

Цель исследования. Изучить особенности поражения органов репродуктивной системы у мужчин при хроническом бруцеллёзе на примере клинического случая.

Материал и методы. В исследовании приведены данные истории болезни пациента, получавшего стационарное лечение в ГКИБ г. Душанбе с диагнозом хронический бруцеллезом. Для постановки диагноза были использованы клинические, лабораторные методы исследования (реакция Хеддельсона - Райта) и ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. Пациент С., 31 лет, обратился в 15 марта 2024 г. в Городскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе, с жалобами на повышение температуры тела до 39-40°C с ознобом, проливным потом и выраженными болями в суставах нижних конечностей и ухудшения общего состояния. После физических нагрузок у больного развивались резкая боль и отечность в правом яичке. Дизурических расстройств у больного не было. После осмотра при объективном исследовании больного отмечались увеличение шейных и подмышечных лимфатических узлов, а также печени и селезенки. По данным лабораторных методов исследования в общем анализе крови отмечались количество эритроцитов - $3,82 \times 10^{12}$ мл/л концентрация гемоглобина - 116 г/л общее количество лейкоцитов - $4,6 \times 10^9$ преобладание сегментоядерных нейтрофилов при содержании палочкоядерных нейтрофилов 2% моноцитов 7% и эозинофилов 1%. Показатель СОЭ составил 20 мм/ч Концентрация тромбоцитов - $168,0 \times 10^9$ /л тромбоцитрит-0.14. По данным биохимического анализа крови, общего анализа крови, общего анализа мочи все показатели в пределах нормы. Серологические реакции Райта титр 1:600 и Хеддельсона резко положительные, а также иммуноферментный анализ (ИФА) на иммуноглобулин IgM и IgG положительный. При проведении ультразвукового исследования урогенитальной системы отмечалось увеличение придатков правого яичка и самого яичка с неоднородной структурой, что и подтвердило диагноз «Обострение хронического бруцеллеза, осложнённого орхитом».

В соответствии с клиническим протоколом пациенту проведена комплексная терапия, включающая этиотропное и патогенетическое лечение: Стрептомицин по 1 гр. один раз в сутки в/м в течение 14 дней, Доксициклин по 100 мг 2 раза в сутки — курсом 42 дня. В состав патогенетической терапии входили инфузии 5% раствора Декстрозы + аскорбиновой кислотой и приём Супрастина по 1 таблетке дважды в день после еды 5 дней, и нестероидные противовоспалительные препараты. Линекс-форте по 1 кап 3 раза в день 10 дней. На фоне проводимой терапии на 15-й день терапии состояние больного улучшилось отеки и болезненность яичка прошли и в удовлетворительном состоянии больного выписали с рекомендацией продолжить прием доксициклина (100 мг 2 раза в сутки) под наблюдением врача кабинета инфекционных заболеваний по месту жительства.

Выводы. Таким образом, у больных хроническим бруцеллезом могут развиваться осложнения со стороны урогенитальной системы ввиду орхитов/орхоэпидидимитов, что необходимо учитывать практическим врачам при постановке диагноза.

ВСПЫШКА БОТУЛИЗМА В РАЙОНЕ ТЕМУРМАЛИК, ТАДЖИКИСТАН, НОЯБРЬ 2024 ГОДА

1. Государственное учреждение «Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора» г. Душанбе, Таджикистан
2. Продвинутая Программа Прикладной Эпидемиологии в Центральной Азии, г. Алматы, Казахстан.
3. Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова, Алматы, Казахстан
4. Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
5. Центр профилактики и борьбе с ВИЧ/СПИД Зафарабадского района, Таджикистан

Цель исследования. Подтверждение этиологии вспышки, определение источника инфекции и разработка профилактических рекомендаций.

Материал и методы. Проведено описание серии случаев ботулизма (n=4), зарегистрированных 7 ноября 2024 года в селе Танобчи района Темурмалик. Сбор данных осуществлялся путём опроса пациентов и анализа медицинской документации. Лабораторному исследованию подвергнуты образцы крови пациентов и остатки продукта — домашнего консервированного салата, употреблённого 1 ноября 2024 года. Проведена дифференциальная диагностика с пищевыми токсикоинфекциями, неврологическими заболеваниями и инфекциями верхних дыхательных путей.

Результаты исследования. Все четыре заболевших (100%) — женщины в возрасте от 23 до 49 лет (средний возраст 35,7 года), употреблявшие домашний консервированный салат, приготовленный 1 ноября 2024 года; случаи зарегистрированы 7 ноября 2024 года — через 6 суток после употребления продукта. Наиболее частым симптомом была диплопия — у 75% пациентов (3/4); усталость и головокружение отмечены у 50% (2/4); у одного пациента (25%) дополнительно наблюдались сухость во рту, мышечная слабость, одышка и дисфагия. Наличие *Clostridium botulinum* лабораторно подтверждено в образцах крови пациентов и в остатках консервированного салата. Источником вспышки послужили неправильно приготовленные и хранившиеся консервированные овощи. Всем пациентам проведено промывание желудка и введена поливалентная противоботулиническая сыворотка типов А, В, С, Е; благодаря своевременному лечению летальных случаев не зарегистрировано. Контаминированный продукт был изъят и уничтожен, что позволило остановить дальнейшее распространение вспышки.

Выводы. Вспышка связана с нарушением технологии домашнего консервирования овощей (герметизация без надлежащей термической обработки), создающим условия для размножения *Clostridium botulinum* и накопления токсина. Своевременная диагностика и раннее введение противоботулинической сыворотки позволили избежать летальных исходов. Для предупреждения подобных вспышек необходимы информирование населения о правилах безопасного домашнего консервирования, обеспечение доступности противоботулинической сыворотки в медицинских учреждениях и усиление эпидемиологического надзора за случаями пищевых отравлений.

Мехмонов П. Х., Нодирова З.С

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД

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

Цель исследования. Оценка некоторых аспектов течения язвы двенадцатиперстной кишки у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленный период.

Материалы и методы. Для оценки течения язвы двенадцатиперстной кишки у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) нами обследовано 153 участника ликвидации аварии на ЧАЭС 1986-1988 гг., страдающих язвой двенадцатиперстной кишки. Заболевания у всех пациентов возникло спустя 1-7 лет после участия в ликвидации аварии последствий Чернобыльской катастрофы. Все обследованные — лица мужского пола в возрасте от 56 до 67 лет. В качестве нозологического контроля было обследовано 40 больных язвой двенадцатиперстной кишки, жителей г. Душанбе, которые не принимали участия в ликвидации аварии на ЧАЭС. Анамнез язвенной болезни в данной группе не превышал 15 лет. Средний возраст обследованных — 40 лет.

Результаты исследования. В структуре общей заболеваемости среди лиц, с радиационным воздействием из ведущих мест принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта, где доминирует пептическая язва и хронический гастрит. Примечательно, что заболевания органов пищеварения занимают 3-5-е место в структуре первичной инвалидности ликвидаторов Чернобыльской катастрофы. Результаты проведенных нами исследований показали, что для ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС характерно тяжелое течение язвенной болезни, которое наблюдалось у 58,6% обследованных, с возникновением трех и более рецидивов в год. При этом у 20% из их числа наблюдалось непрерывно-рецидивирующее течение болезни с возникновением 4-5 рецидивов в год и отсутствием полноценных клинических ремиссий. Следует отметить, что 28,4% обследованных пациентов были инвалидами 2-3 группы по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В результате анализа данных нозологического контроля было показано, что наиболее часто у лиц без радиационного воздействия в анамнезе наблюдалось среднетяжелое течение язвенной болезни (72,3% обследованных больных). На фоне тяжелого течения заболевания у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС достоверно чаще развивается сопутствующая патология пищеварительной системы (рефлюкс-эзофагит, хронический холецистит, хронический гепатит), видоизменяющая клиническую картину язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В связи с частыми обострениями заболевания, у пациентов теряется такой характерный признак язвенной болезни как сезонность ее обострений, прослеженный лишь в 38,5% случаев. В контрольной группе сезонность обострений выявлена у большинства пациентов (62,6%).

Нами прослежено, что у больных, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, реже

($p < 0,05$), чем в контрольной нозологической группе имеется наследственная предрасположенность к развитию заболевания (у 18,8% и 46,5% пациентов соответственно).

Выводы. Таким образом, для ликвидаторов характерно тяжелое течение язвы двенадцатиперстной кишки с частыми рецидивами и неполноценными ремиссиями. В связи с частыми обострениями заболевания нивелируется характерный признак язвенной болезни - сезонность обострений. Достоверно реже чем в контрольной группе прослеживается наследственная детерминированность заболевания.

Мехмонов П.Х., Нодирова З.С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ-ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ психологических и нейрофизиологических особенностей клинического течения соматических больных-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Материалы и методы. Обследовано 38 мужчин в возрасте от 55 до 66 лет, проходящих плановое стационарное лечение в Республиканском клиническом центре профессиональных заболеваний по поводу заболеваний общесоматического профиля. Все обследованные принимали участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-1988 гг. В структуре окончательного диагноза преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (у 74% больных) и желудочно-кишечного тракта (56%), причем сочетанные нарушения в деятельности этих систем наблюдались у 43% больных. Сопутствующий диагноз астено-невротического или астено-депрессивного состояния поставлен 59% больных. Нейрофизиологическое исследование заключалось в регистрации ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Для оценки психологического статуса использовались опросники ММРІ, Спилбергера-Ханина и тест Люшера.

Результаты исследования. По результатам спектрального анализа ЭЭГ с последующим картированием в стандартных частотных диапазонах и сравнением с нормативной базой данных все анализируемые ЭЭГ были разделены на три основных группы. Особенностью 1-й группы (51% обследованных) явилось наличие ведущего пика в -диапазоне и отсутствие выраженного градиента зональности. 2-я группа ЭЭГ (30%) характеризовалась наличием полиритмической активности без значимого доминирования в каком-либо частотном диапазоне. Спектр мощности представлял собой уплотненную кривую без выраженных пиков. Степень нарушения можно было оценить как легкую или умеренную. Остальные ЭЭГ (19%), отнесенные к 3-ей группе, практически не отличались от нормативной базы данных. Следует отметить тенденцию к более высоким значениям срока пребывания в зоне аварии в 1-й и 2- группах по сравнению с 3-й.

Психологический статус больных в выделенных на основании анализа ЭЭГ группах был существенно различен. Однако, если профиль 3-й группы больных может быть отнесен к «пограничному», то профили 1-й и 2-й групп, существенно превышающие по основным шкалам значения профиля 3-й группы, практически являются «плавающими». Различие между профилями 1 и 2 групп касается только 2-й и, в меньшей степени, 7-й шкал. Среднегрупповые значения показателей опросника Спилбергера-Ханина указывают на высокий уровень личностной тревожности у больных 1-й группы, существенно превышавших друг от друга значения этого показателя в 3-й и 2-й группах. Среднегрупповое значение показателя тревоги теста Люшера в 1-й группе более чем в 2,5 раза превышало также не отличавшиеся друг от друга значения этого показателя во 2-й и 3-й группах.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии у большинства (77%) обследованных больных общесоматического профиля выраженных нарушений нейрофизиологических механизмов деятельности мозга. При этом, нарастание степени ЭЭГ-изменений сопровождается ростом уровня психологической дезадаптации.

Мирзокаримов У.М., Ёдгорова М.Дж., Махмаджонов Р.М.

СТРУКТУРА И ХАРАКТЕРИСТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Кафедра травматологии – ортопедии и ВПХ, семейной медицины

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан. ГУ ГЦЗ №15 г. Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить характер и структуру травматологической и ортопедической помощи на уровне ГУ Городского центра здоровья №15, г.Душанбе.

Материал и методы исследования. Проведён сравнительный анализ статистических отчётов врача травматолога-ортопеда, за 6 месяцев 2025-2026гг.

Результаты исследования. Возраст пациентов варьировал от 1-го года до 80 лет. Всего за первое полугодие 2025 года обследованы – 1150 больных, а в 2026 году 1084 пациентов, что в общем составили 2234 больных. Из них: мужчин было 231 (10.3%) и женщин-2003 (89.7%). Из общего числа обследуемых с дисплазией тазобедренных суставов выявлены 22 ребёнка до года, что составили 1.9%, среди которых мальчиков было 4 (18.2%), а девочек 18 (81.8%). Остеохондроз был диагностирован у 402 пациентов, что составили 35% от общего количества больных, среди которых женщин было 289 (71.9%), а мужчин 113 (28.1%) соответственно. Третье место заняли артрозы коленных суставов, что зарегистрировано 350 (30.4%) случаев, из них мужчины составили 52 (14.9%) случая, а женщины 298 (85.1%). Также зарегистрированы 2 случая коксартроза с эндопротезом у мужчин, что составили 0.2% от общего количества больных за 2025 год. За первое полугодие 2026 года обратились за помощью 1084 пациента, что на 66 пациентов меньше, чем предыдущее полугодие. Из 764 случаев детей с подозрением на дисплазию тазобедренных суставов, диагноз был подтверждён только у 5-х детей, среди которых девочек было 4 (0.5%) и мальчиков -1 (0.1%). Артрозы диагностированы у 215 пациентов (19.8%), среди которых женщин было 172 (80%) в возрасте от 29-80 лет, а мужчин 43 (20%) в возрасте

38-76 лет. Остеохондроз диагностирован за отчётный период у 105 респондентов, что составили 9.7% от общего количества больных в возрастном аспекте от 22-68 лет у женщин, 89 случаев (84.8%) и от 24-65 лет у мужчин -16 случаев, 15.2% соответственно. Таким образом, суставной синдром наиболее расширенный диагноз среди пациентов ортопеда-травматолога на уровне первичной медико-санитарной помощи. Связь роста заболеваемости опорно-двигательного аппарата у женщин, в прямую связаны с частыми родами с нарушением интервала между ними, характером питания и труда, а также с перенесённым в прошлом SARS-COVID-19, который оставил после себя постковидный суставной синдром.

Выводы. Сравнительный анализ отчётов работы врача травматолога-ортопеда центра здоровья показало, что чаще за помощью обращаются дети до года с дисплазией тазобедренных суставов, который значительно больше встречается у девочек, чем у мальчиков и входит в ряд обязательных осмотров специалистом. Второе и третье места за отчетные периоды занимают артрозы коленных суставов и остеохондрозы, которые поражают чаще женщин особенно репродуктивного возраста, чем мужчин.

Мирзокаримова Н.С.

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

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

Цель исследования. Изучить частоту, клинико-лабораторные особенности и факторы риска септических осложнений при остром лимфобластном лейкозе (ОЛБ).

Материал и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 120 пациентов с ОЛЛ: 60 — с септическими осложнениями и 60 — без сепсиса. Средний возраст пациентов составил 42,6±1,8 года (18–68 лет); мужчин было 72 (60%), женщин — 48 (40%). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Оценивали клинико-лабораторные показатели, выраженность цитопений, маркеры воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин), результаты гемокультуры, функцию печени и почек, инфекционные очаги и проводимую терапию. Статистический анализ проводили с использованием критериев χ^2 , Фишера, Манна–Уитни и t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. У пациентов с септическими осложнениями отмечалась более выраженная цитопения: нейтропения ($<0,5 \times 10^9/\text{л}$) — 75% против 32%, тяжёлая анемия — 65% против 38%, тромбоцитопения — 58% против 35% ($p < 0,001$). Инфекционный очаг выявлялся в 62% против 27% случаев. Уровни С-реактивного белка ($86,4 \pm 12,7$ против $24,6 \pm 6,8$ мг/л) и прокальцитонина ($4,2 \pm 0,8$ против $0,6 \pm 0,2$ нг/мл) были выше ($p < 0,001$). В гемокультуре преобладала грамотрицательная флора — 60%, преимущественно *Klebsiella pneumoniae* (30%); грамположительные возбудители выявлены в 30% случаев, грибы — в 10%. Основными источниками инфекции были дыхательная система (35%), мочевыводящие пути (25%) и ЖКТ (18%). Полиорганная недостаточность развилась у 30% против 5%, летальность составила 25% против 5%.

Выводы. Септические осложнения существенно ухудшают прогноз при остром лимфобластном лейкозе. Основными факторами риска являются нейтропения, интенсивная химиотерапия, инфекционные очаги, анемия и тромбоцитопения. Раннее выявление факторов риска и своевременная противoinфекционная терапия способствуют снижению неблагоприятных исходов.

Мирзокаримова Н.С.

АСКАРИДОЗ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ

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

Цель исследования. Изучить частоту и клинические особенности осложнений аскаридоза при остром лимфобластном лейкозе (ОЛБ).

Материал и методы. Обследованы 120 пациентов с ОЛЛ в возрасте 18–65 лет. Основную группу составили 60 больных с аскаридозом, группу сравнения — 60 пациентов без гельминтозов. Мужчины преобладали в обеих группах — 60,0% и 56,7% соответственно ($p > 0,05$). Проводили клиническое, лабораторное и паразитологическое обследование, определяли общий IgE и эозинофилы, выполняли исследование кала на яйца гельминтов, серологическую диагностику, ИФА, рентгенографию, КТ и УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости, пульсоксиметрию.

Результаты исследования. Гастроинтестинальные проявления выявлены у 43 (71,7%) пациентов основной группы против 17 (28,3%) в группе сравнения ($p < 0,001$): боли в животе — 53,3% против 18,3%, тошнота — 38,3% против 16,7%, снижение аппетита — 46,7% против 25,0%, нарушения стула — 31,7% против 13,3%. Кожные и аллергические проявления отмечались у 23 (38,3%) и 27 (45,0%) пациентов соответственно, против 8 (13,3%) и 11 (18,3%) в группе сравнения ($p < 0,01$). Эозинофилия выявлена у 25 (41,7%) против 7 (11,7%), повышение общего IgE — у 29 (48,3%) против 9 (15,0%) пациентов ($p < 0,001$). Аллергические проявления включали кожный зуд (15,0%), крапивницу (11,7%), эритематозную сыпь (8,3%) и ангионевротический отёк (3,3%). Респираторные проявления наблюдались у 18 (30,0%) пациентов основной группы и 6 (10,0%) группы сравнения ($p < 0,01$); инфильтративные изменения в лёгких — у 8 (13,3%) и 2 (3,3%) соответственно. У 4 (6,7%) пациентов основной группы развилась выраженная бронхообструкция с гипоксемией. Отмечалось снижение сатурации крови кислородом ($\text{SpO}_2 < 92\%$).

Выводы. У пациентов с ОЛЛ, ассоциированным с аскаридозом, достоверно чаще выявлялись гастроинтестинальные, аллергические и респираторные проявления по сравнению с больными ОЛЛ без гельминтоза. Наиболее значимыми лабораторными признаками являлись эозинофилия и повышение уровня общего IgE. Своевременная диагностика аскаридоза имеет значение для предупреждения осложнений на фоне химиотерапии.

ТРАНСНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО СКРИНИНГА

Наманганский филиал медицинского института «Impuls», Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенность и структуру транснозологической коморбидности у женщин репродуктивного возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС), выявленной в ходе популяционного скрининга.

Материал и методы. Проведено популяционное эпидемиологическое обследование 4990 женщин в возрасте 15–49 лет, проживающих в г. Намангане. В исследование вошли 571 женщина в возрасте 15–19 лет, 1420 — 20–29 лет, 1638 — 30–39 лет и 1361 — 40–49 лет. Программа обследования включала стандартизированный опрос, клиническое обследование, измерение артериального давления и антропометрических показателей, регистрацию электрокардиограммы в 12 отведениях, ультразвуковые и лабораторные исследования с определением общего холестерина, триглицеридов, глюкозы, сывороточного железа и тропонина. Диагноз ИБС устанавливали на основании комплекса клинических и электрокардиографических критериев. Транснозологическую коморбидность оценивали по наличию хронических неинфекционных заболеваний и подразделяли на отсутствие коморбидности, наличие 1–2 и ≥ 3 сопутствующих заболеваний. Статистическая обработка проведена в IBM SPSS Statistics 26 с использованием критерия χ^2 , точного критерия Фишера и оценки относительного риска; статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. ИБС выявлена у 155 из 4990 обследованных женщин, что составило 3,1%. Острая форма ИБС диагностирована у 26, хроническая — у 129 женщин. Изолированное течение ИБС без сопутствующих хронических неинфекционных заболеваний установлено только у 17 пациенток (11,0%). У 131 женщины (84,5%) выявлено 1–2 сопутствующих заболевания, а у 7 (4,5%) — три и более. Таким образом, транснозологическая коморбидность отмечена у 89,0% женщин с ИБС. При острой ИБС отсутствие коморбидности отмечалось в 15,4% случаев, наличие 1–2 заболеваний — в 80,8%, ≥ 3 заболеваний — в 3,8%. При хронической ИБС соответствующие показатели составили 10,1%, 85,3% и 4,7%. Статистически значимых различий в структуре коморбидности между острой и хронической формами ИБС не выявлено ($p > 0,05$). Среди пациенток 30–39 лет 84,6% имели 1–2 сопутствующих заболевания и 7,7% — ≥ 3 , тогда как в возрасте 40–49 лет данные показатели составили соответственно 84,1% и 4,0%.

Выводы. Ишемическая болезнь сердца у женщин репродуктивного возраста в большинстве случаев протекает на фоне сопутствующей хронической неинфекционной патологии. Наличие хотя бы одного коморбидного заболевания выявлено у 89,0% пациенток с ИБС, причем преобладало сочетание с 1–2 заболеваниями. Высокая частота транснозологической коморбидности уже в возрасте 30–49 лет обосновывает необходимость комплексного скрининга, оценки совокупного сердечно-сосудистого риска и индивидуализации профилактических и лечебных мероприятий у женщин репродуктивного возраста.

КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Наманганский филиал медицинского института «Impuls», Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить структуру сердечно-сосудистой и хронической неинфекционной коморбидности, а также основные подходы к лечению женщин репродуктивного возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 4990 женщин в возрасте 15–49 лет. ИБС выявлена у 155 женщин, в том числе у 26 диагностирована острая форма и у 129 — хроническая. Анализ включал оценку сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, хронических неинфекционных состояний и применявшихся лечебных подходов. Лечение подразделяли на немедикаментозное, медикаментозное и хирургическое. Структуру коморбидности и вариантов лечения оценивали в зависимости от клинической формы ИБС.

Результаты исследования. В структуре сердечно-сосудистой коморбидности у женщин с ИБС наиболее часто регистрировалась артериальная гипертензия — 34,4%, сердечная недостаточность выявлялась в 14,1% случаев. На долю хронической ИБС приходилось 74,8% зарегистрированной сердечно-сосудистой коморбидности, тогда как при острой ИБС данный показатель составлял 25,2%; различия были статистически значимыми ($p < 0,001$). Среди хронических неинфекционных заболеваний в исследуемой подгруппе наиболее часто выявлялась анемия — 66,2%, далее следовали сахарный диабет 2 типа — 18,0% и хроническая болезнь почек — 10,8%. Всего хроническая неинфекционная коморбидная патология установлена в 139 случаях, из которых 89,9% были ассоциированы с хронической ИБС.

В структуре лечения преобладала медикаментозная терапия, составившая 63,9% всех лечебных подходов. Немедикаментозные мероприятия применялись в 34,6% случаев, хирургическое лечение — в 1,5%. Хирургические вмешательства чаще использовались при острой ИБС. Сочетание ИБС с артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа, хронической болезнью почек и анемией формировало условия для увеличения лекарственной нагрузки и потенциального риска полипрагмазии.

Выводы. Женщины репродуктивного возраста с ИБС характеризуются выраженной коморбидной нагрузкой, в структуре которой ведущими сердечно-сосудистыми нарушениями являются артериальная гипертензия и сердечная недостаточность, а среди хронических неинфекционных заболеваний преобладают анемия, сахарный диабет 2 типа и хроническая болезнь почек. Доминирование медикаментозной терапии на фоне сочетанной патологии обосновывает необходимость индивидуального подбора лекарственных средств, контроля лекарственной нагрузки и систематического фармакологического мониторинга.

ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: СТРУКТУРА СИМПТОМОВ И ОБОСНОВАНИЕ ОЦЕНКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Кафедра эпидемиологии им. профессора Х.К. Рафиева ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Оценить распространённость, выраженность и структуру депрессивной симптоматики среди студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. по данным пилотного исследования и обосновать включение зависимости от социальных сетей в число изучаемых факторов риска на основном этапе.

Материал и методы. Проведено одномоментное анонимное онлайн-анкетирование студентов 1–6 курсов (октябрь 2023 г.). Использована русскоязычная версия шкалы депрессии Бека (BDI); депрессивная симптоматика устанавливалась при балле ≥ 10 , выраженная и тяжёлая — при ≥ 20 баллах. Доли представлены с 95% доверительным интервалом (ДИ) по Уилсону; применялись критерии χ^2 , Краскела–Уоллиса, коэффициент α Кронбаха; выполнен анализ чувствительности. Проведён анализ литературы по связи проблемного использования социальных сетей с депрессией у студентов.

Результаты исследования. В анализ включено 90 анкет из 92. Внутренняя согласованность шкалы высокая ($\alpha=0,90$). Медиана балла составила 12,0 [5,0–23,0]. Депрессивная симптоматика выявлена у 53,3% студентов (95% ДИ 43,1–63,3%): лёгкая — у 14,4%, умеренная — у 7,8%, выраженная — у 20,0%, тяжёлая — у 11,1%. Значимых различий между курсами не установлено ($\chi^2=4,53$; $p=0,476$). В структуре симптоматики преобладали утрата интереса к людям (56,7%), раздражительность (55,6%), утомляемость (55,6%) и пессимизм (53,3%); когнитивно-аффективные симптомы были выражены сильнее соматических (0,76 и 0,63 балла на пункт). При консервативной оценке спорных пунктов распространённость составила 48,9%. Преобладание социальной отстранённости, раздражительности и утомляемости соответствует профилю, который в зарубежных исследованиях связывают с проблемным использованием социальных сетей и нарушением сна; в пилотной анкете этот фактор не оценивался.

Выводы. Более половины опрошенных студентов имеют депрессивную симптоматику, почти каждый третий — выраженную или тяжёлую, без различий по курсам. Структура симптомов обосновывает изучение зависимости от социальных сетей как потенциально модифицируемого фактора риска. На основном этапе на репрезентативной выборке применяются BDI-II, PSS-10, MSPSS и Бергенская шкала зависимости от социальных сетей (BSMAS) с оценкой времени в социальных сетях.

Мубаширова Г.Ф.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИТЕ, ОПТИМАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ И ДОЗИРОВКИ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Определить оптимальные режимы и дозировки ультразвуковой терапии для достижения максимального противовоспалительного и обезболивающего эффекта у пациентов с хроническим плантарным фасциитом.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с хроническим плантарным фасциитом. Условно возраст пациентов составлял от 35 до 60 лет, продолжительность заболевания — от 3 месяцев до 2 лет. У всех пациентов отмечался болевой синдром в области подошвенной поверхности пятки, усиливающийся при нагрузке и после периода покоя. Для оценки эффективности различных параметров ультразвуковой терапии пациенты были распределены на подгруппы в зависимости от режима и интенсивности воздействия. При сравнении учитывали непрерывный и импульсный режимы ультразвуковой терапии, а также различные уровни интенсивности воздействия.

Ультразвуковую терапию проводили локально в области максимальной болезненности, преимущественно в зоне прикрепления плантарной фасции к пяточной кости. Воздействие осуществляли контактным способом с использованием соответствующего контактного средства. Продолжительность одной процедуры условно составляла 7–10 минут, курс — 8–10 процедур. Для субъективной оценки эффективности лечения использовали визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ), позволяющую определить интенсивность болевого синдрома в покое и при нагрузке. Пациент самостоятельно оценивал выраженность боли по шкале от 0 до 10 баллов, где 0 соответствовал полному отсутствию боли, а 10 — максимально выраженной боли.

Объективную оценку состояния плантарной фасции проводили с помощью ультразвукового исследования. Определяли толщину плантарной фасции в области ее прикрепления к пяточной кости, оценивали эхоструктуру тканей, наличие локального отека и другие признаки патологических изменений. Исследование проводили до начала лечения и после завершения курса физиотерапии.

Результаты исследования. В процессе наблюдения было установлено, что применение ультразвуковой терапии приводило к постепенному уменьшению выраженности болевого синдрома у большинства пациентов. При этом характер клинического ответа зависел от режима и интенсивности ультразвукового воздействия.

Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась у пациентов, получавших ультразвуковую терапию в импульсном режиме с интенсивностью около 0,8–1,0 Вт/см². В данной подгруппе отмечалось наиболее существенное снижение интенсивности боли при ходьбе и физической нагрузке. Условно средняя выраженность боли по ВАШ к концу курса уменьшалась приблизительно на 50% относительно исходных значений. У ряда пациентов отмечалось также уменьшение болевых ощущений при первых шагах после периода покоя — одного из наиболее характерных симптомов плантарного фасциита.

При использовании непрерывного режима ультразвука улучшение состояния также наблюдалось, однако оно было менее равномерным. У части пациентов отмечалось более медленное снижение болевого синдрома, а увеличение

интенсивности воздействия не всегда сопровождалось пропорциональным повышением терапевтического эффекта.

По данным ультразвукового исследования, наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась также в группе импульсного воздействия интенсивностью 0,8–1,0 Вт/см². Условно толщина плантарной фасции к окончанию курса уменьшалась примерно на 15–20% относительно исходных значений. Одновременно отмечалось уменьшение перифасциального отека и более однородная эхоструктура тканей.

При анализе различных интенсивностей воздействия было установлено, что использование чрезмерно низких параметров сопровождалось менее выраженным клиническим эффектом, тогда как повышение интенсивности выше оптимального диапазона не приводило к существенному дополнительному снижению боли. В связи с этим наиболее рациональным следует считать применение терапевтического диапазона, при котором достигается достаточное воздействие на патологически измененные ткани без избыточной тепловой нагрузки.

Следует подчеркнуть, что ультразвуковая терапия наиболее целесообразна в составе комплексного лечения плантарного фасциита, хроническую перегрузку фасции.

Выводы. Таким образом, наиболее выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект наблюдался при использовании импульсного режима с интенсивностью 0,8–1,0 Вт/см². На фоне данного режима отмечалось уменьшение интенсивности боли примерно на 50%, снижение толщины плантарной фасции и уменьшение перифасциального отека по данным ультразвукового исследования.

Музафарова А.Л., Самадов Ш.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИТУРИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить эффективность применения препарата Цитурид в комплексной терапии диабетической полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В исследования были включены 315 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находящихся под наблюдением в течении 3 месяцев, возраст больных составил от 56 до 78 лет. Основными жалобами являлись боли в нижних конечностях, чувство жжения в пальцах стоп и парестезии. Всем больным проводились клиническое обследование, ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей и определения уровня витамина D в сыворотки крови. Все пациенты получали стандартную гипогликемическую терапию. Из них 86 пациентов дополнительно был назначен препарат Цитурид в дозе 5 мг по рекомендованной дозе с постепенным снижением дозы к концу второго месяца лечения.

Результаты исследования. По данным доплерографии сосудов нижних конечностей оценивалось состояние периферического кровотока, а исследование уровня витамина D позволило выявить его дефицит у обследованных пациентов, что соответствует о связи гиповитаминоза D с диабетической нейропатией.

У пациентов, принимающих препарат Цитурид в составе комплексной терапии, отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома, снижение чувство жжения, улучшения общего состояния и повышения качества жизни по сравнению с исходными клиническими жалобами. Препарат хорошо переносился и нежелательных побочных явлений не зарегистрировано.

Выводы. Включение препарата Цитурид в комплексную терапию диабетической дистальной полинейропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа способствует уменьшению клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни пациентов.

Музафарова А.Л., Саидмуродова Ф.Л., Насриддинов Ф.М.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость ультразвукового исследования каротидных артерий и лиц пожилого возраста с неблагоприятными сердечно - сосудистыми исходами.

Материалы и методы. В исследования были включены 134 пациента в возрасте 56-84 лет с сердечно - сосудистыми заболеваниями и атеросклеротическим поражением каротидных артерий. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование общих и внутренних сонных артерий с оценкой толщины комплекса интимы-медиа, наличия и локализации атеросклеротических бляшек, степени стеноза и показателей кровотока. Дополнительно оценивались наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия и цереброваскулярная патология). В клинической картине преобладали жалобы на шум в ушах, повышение артериального давления, головокружение, одышку и сердцебиение.

Результаты исследования. У пациентов пожилого возраста часто выявлялись атеросклеротические бляшки каротидных артерий, увеличение толщины комплекса интимы-медиа от 0,9 мм и более 1,3 мм со стенозом сосудов от 35-65%. Более выраженные структуральные изменения каротидных артерий чаще сочетались с наличием ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа. Наличие поражений каротидных артерий со снижением общего кровотока в них рассматривалось как маркер повышенного риска неблагоприятных исходов со стороны сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Ультразвуковое дуплексное исследование каротидных артерий является эффективным и не инвазивным методом выявления атеросклеротического поражения сосудов у лиц пожилого возраста с целью оценки вероятности неблагоприятных сердечно-сосудистых катастроф.

Мукарамова Д.А., Ёдгорова М.Дж., Нуруллозода З.Х.
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить некоторые факторы, влияющие на развитие раннего расстройства аутистического спектра у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 35 детей в возрасте от 1 года до 5 лет с РАС, наблюдавшихся в отделении всесторонней поддержки семьи и ребенка на базе ГУ ПЦЗ №15 г. Душанбе за период 2025-2026 гг. Все дети разделены на два фенотипа, дети с сохранённым зрительным контактом, но малоактивные и избегающие сверстников и вторая группа дети без зрительного контакта с выраженной гиперактивностью.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе истории развития 35 детей с диагнозом РАС находившихся в отделении и всесторонней поддержки семьи и ребенка получены следующие Результаты исследования. Исследование показало, что, у 11 детей (33,3%) рожденных от первой беременности с осложнённым течением, с тяжёлыми родами и поражением ЦНС ранний аутистический спектр расстройства проявлялся очень рано, что родители не смогли распознать вовремя, а у 8 детей (25,0%) — имела место недоношенность, у 4 детей (11,4%), родители состояли в кровнородственном браке. У 28 детей (80,0%) в раннем неонатальном периоде отмечалось медицинское противопоказание к грудному вскармливанию со стороны ребенка, примечательно, что у этой же группы детей вскармливание не было возобновлено после разрешения медицинских противопоказаний, дети находились на искусственном вскармливании. Анемия лёгкой степени у детей свыше 1 года отмечался у 12 (35,3%) и средней степени выявлена у 6 детей (17,1%) детей, энтеробиоз диагностирован у 8 детей (22,8%) старше года. Выявленное состояние вылечено со стороны семейных врачей. Нейросонография часто демонстрировала дилатацию III желудочка, у части детей — субэпендимальные псевдокисты малых размеров, что после проведения лечения неврологом нивелировались. У всех детей имела место задержка речевого и психического развития.

Выделены два поведенческих фенотипа: дети с сохранённым зрительным контактом, но малоактивные и избегающие сверстников, что составило 18 детей (51,4 %), и вторая группа дети без зрительного контакта с гиперактивностью-17 детей, что составило 48,6% случаев. Соска-пустышка использовалась у 32 детей, что составляло 91,4%, сочетался с более выраженной задержкой речи. Общей чертой обеих фенотипов явились выраженная привязанность к экранным устройствам, просмотр мультфильмов, постоянное использование телефонов в течение суток, при сниженном интересе к живому взаимодействию.

Выводы. Таким образом, исследование показало, что у детей РАС развились на фоне осложненного течения беременности, сочетанной перинатальной неврологической травмы (у первородящих, у детей родившихся с тяжёлыми родами и у недоношенных), которая вероятно, обуславливала и первичные трудности грудного вскармливания. Отсутствие контакта матери с детьми раннего возраста самый нужный период указывает на упущенное окно для поддержания контакта мать и дитя в критический период нейроразвития, а длительное использование гаджетов у этих детей явился одним из основных факторов проявления РАС.

Муниева С.Х., Азизова Т.З., Муродзода Н.С.
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиническую структуру и частоту отдельных нозологических форм новообразований волосистой части головы у пациентов дерматологического профиля.

Материалы и методы. Исследование проведено в период с 2022 по 2026 гг. Под наблюдением находились 38 пациентов с различными новообразованиями и опухолеподобными образованиями волосистой части головы в возрасте от 40 до 75 лет. Среди обследованных было 15 мужчин (39,5%) и 23 женщины (60,5%).

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое дерматологическое обследование с изучением анамнеза, давности существования образования и динамики его изменений. При объективном осмотре оценивали локализацию, размеры, форму, цвет, характер поверхности и границ образования, а также наличие субъективных симптомов, травматизации и кровоточивости. Всем 38 пациентам (100%) была проведена дерматоскопия. По клиническим показаниям выполнялось патоморфологическое исследование удаленных или биопсированных образований. Гистологическая верификация проведена у 23 пациентов (60,5%). Полученные результаты анализировали с использованием методов описательной статистики с определением абсолютной (n) и относительной (%) частоты выявленных нозологических форм.

Результаты исследования. Анализ клинической структуры показал, что наиболее часто среди обследованных пациентов выявлялись меланоцитарные невусы — у 9 (23,7%) пациентов. Фибропапилломы диагностированы у 8 (21,1%), себорейный кератоз — у 7 (18,4%) пациентов. Таким образом, указанные три нозологические формы в совокупности составили 63,2% всех выявленных образований волосистой части головы.

Атеромы диагностированы у 2 (5,3%) пациентов. Актинический кератоз выявлен также в 2 (5,3%) случаях. В целом доброкачественные и опухолеподобные образования преобладали в структуре наблюдений и составили 68,4%.

Особого внимания заслуживает частота выявления злокачественных новообразований. Они были диагностированы у 10 из 38 обследованных пациентов, что составило 26,3% исследованной клинической выборки. Наиболее частой злокачественной опухолью являлась базальноклеточная карцинома, выявленная у 5 (13,2%) пациентов. Меланома диагностирована в 3 (7,9%) случаях, плоскоклеточный рак кожи — в 2 (5,3%).

При отдельном анализе структуры злокачественных новообразований базальноклеточная карцинома составила

50,0% всех выявленных злокачественных опухолей волосистой части головы, меланома — 30,0%, плоскоклеточный рак кожи — 20,0%.

Дерматоскопическое исследование, проведенное всем пациентам, являлось дополнительным методом оценки характера выявленных образований и определения дальнейшей диагностической тактики. В 23 (60,5%) случаях диагноз был дополнен результатами патоморфологического исследования.

Выводы. В исследованной клинической выборке преобладали доброкачественные и опухолеподобные образования волосистой части головы, составившие 68,4% наблюдений. Наиболее частыми отдельными нозологическими формами являлись меланоцитарные невусы (23,7%), фибропапилломы (21,1%) и себорейный кератоз (18,4%). Вместе с тем злокачественные новообразования были выявлены у 26,3% обследованных пациентов, причем половину злокачественных опухолей составляла базальноклеточная карцинома. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости полноценного осмотра волосистой части головы в рамках дерматологического обследования. Выявление подозрительного новообразования требует его клинической и дерматоскопической оценки, а при наличии соответствующих показаний — морфологической верификации.

Муродов Н. М., Курбонов А.Д., Зоидова Ш.К.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования. Изучить особенностей профилактики и лечения ревматоидного артрита (РА) у больных с анемией в практике семейного врача.

Материал и методы. В основу настоящей работы, проведенной в Государственном учреждении «Городской центр здоровья № 10» за период 2024–2026 гг., положены результаты комплексного обследования и изучения особенностей клинического течения РА, развившегося на фоне анемии. Исследование проводилось на основании данных амбулаторных карт и выписок из историй болезни 40 больных в возрасте от 20 до 70 лет. Из них женщин было 23 (57.5%), мужчин 17 (42.5%), У 21 (52.2%) из них (1-я группа) диагностирована анемия, остальные (2-я группа) имели нормальный уровень гемоглобина. Концентрация гемоглобина в 1-й группе составила в среднем 96 г/л, во 2-й группе 120 г/л. Все пациенты 1-й группы принимали метотрексат, 10 мг в неделю, в течение от 1 до 1,5 лет, 2-я группа принимала по 5 мг, в течение 1-года. Стероидные гормоны получали 23 (76,6%) больных 1-й группы. Нестероидные противовоспалительные препараты принимались по требованию с одинаковой частотой пациентами обеих групп. Всем больным наряду с общеклиническими методами были проведены: общий анализ крови, уровень гемоглобина, биохимический анализ крови, иммунологии, бактериология исследование синовиальной жидкости, рентгенологическое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная терапия, консультации гематолога и ревматолога

Результаты исследования. Результаты нашего исследования показали, что у пациентов 1-й группы, отмечены болезненные суставы, интенсивная боль, утренней скованности и нарушения функциональной способности, по сравнению со 2-й группой. Рентгенологический отмечено сужение суставной щели, эрозий и воспалительного процесса, выше у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й. Результаты анализов показал, наличие отрицательной взаимосвязи между концентрацией гемоглобина и интенсивностью болей в суставах. Эти данные свидетельствуют о том, что при длительности заболевания РА в большой степени больные нуждаются в комбинированной терапии. Считается, что развитие анемии при РА может быть связано с высокой активностью провоспалительных цитокинов (интерферон- γ , интерлейкины, фактор некроза опухоли (ФНО- α) которые отрицательно влияют на метаболизм железа. В частности, изменение метаболизма железа может происходить в результате повышения фагоцитарной активности макрофагов. Следует отметить, что пациенты со сниженным уровнем гемоглобина чаще принимали стероидные гормоны, прежде всего является маркером высокой активности и тяжести заболевания

Выводы. Ревматоидного артрита протекающий на фоне анемии в свою очередь, усугубляет течение основного заболевания и ухудшает качество жизни пациентов. Течение РА у пациентов с анемиями является его более тяжелое и длительное течение, высокая степень активности и низкое качество по сравнению с больными без анемии. Уровень гемоглобина достоверно коррелирует с интенсивностью болей в суставах, рентгенологической стадией, степенью активности и длительностью заболевания.

Муродов Н.М., Курбонов А.Д., Зоидова Ш.К.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Оценка эффективности методов профилактики пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава на уровне первичного звена.

Материал и методы. В основе настоящей работы проведенной в Государственном учреждении «Городской центр здоровья №10» Республики Таджикистан за период 2024–2026 гг. лежит анализ результатов комплексного обследования и изучение особенностей клинического течения остеоартроза тазобедренного сустава на основе амбулаторных карт и выписок из истории болезни у 960 больных в возрасте от 20 до 70 лет. С целью изучения эффективности методов профилактики пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава отобрано 49 больных с этой патологией. Из них было мужчин 19 (38,8%) и женщин 30 (61,2%). У 88 % исследуемых было отмечено повышенный индекс массы тела до 31. Всем больным, наряду с общеклиническими методами были проведены исследования: общий анализ крови, исследование уровня кальция, фосфора и сахаров крови, биохимический анализ крови, рентген снимок, компьютерная томография (КТ), магнито резонансное томографии (МРТ) сустава, консультация ортопеда-травматолога.

После установления диагноза больным использовали профилактическое лечение с целью предупреждения развития остеоартроза тазобедренного сустава: назначены хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, электрофорез, массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия. Внутрисуставное введение лекарственных препаратов (кеналог 40, диспроспан, афлутоп). Для предупреждения развития остеоартроза тазобедренного сустава необходимо: диетотерапия (снижение веса), уменьшение нагрузки на тазобедренный сустав, улучшение обмена веществ, предотвращение отложения солей, обеспечение питания хрящевой ткани, лечение сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Для углубления обследования больные с остеоартрозом тазобедренного сустава разделены на две группы. Первая группа – основная 28(57.1%) больных, а вторая – контрольная группа 21 (42,9%) больной. Больным первой группы, нами проведено 2 раза в год профилактическое лечение, хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, электрофорез, массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, диетотерапия) а также внутрисуставное введение лекарственных препаратов (кеналог- 40, дипроспан, афлутоп.), а во второй – контрольной группе больных, не было проведено профилактического лечения. Исходя из наших наблюдений, у лиц первой группы не наблюдается обострение и ухудшение состояния пациентов. У больных второй группы наблюдаются обострение, в виде: остеопороза – у 3 пациентов, реактивного синовита – у 1 пациента, деформация суставов - у 1 пациента, остеоартриты - у 1 пациента.

Выводы. Исходя из наших наблюдений у лиц первой группы не наблюдается обострение и ухудшение состояния пациентов. У больных второй группы наблюдаются обострение, в виде: остеопороза – у 3 пациентов, реактивного синовита – у 1 пациента, деформация суставов - у 1 пациента, остеоартриты - у 1 пациента. Это доказывает необходимость роли семейного врача в профилактике остеоартроза тазобедренного сустава у пациентов на уровне ПМСП.

Мустафакулова Н.И., Каландарзода Н. Р., Хусейнова М.М.

ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Продemonстрировать клинический случай фуникулярного миелоза (ФМ), развившегося на фоне выраженного дефицита витамина В12 и мегалобластной анемии.

Клинический случай. Больной А.М., 67 лет, поступил с выраженной слабостью, утомляемостью, головокружением, парестезиями нижних конечностей, нарушением походки и снижением мышечной силы. Симптомы постепенно прогрессировали в течение 3 месяцев. Ранее выявлялась анемия, терапия препаратами железа была неэффективной.

Объективно. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечались тахикардия, снижение мышечной силы в нижних конечностях. Неврологически отмечались парестезии и нарушение глубокой чувствительности в нижних конечностях, сенситивная атаксия, неустойчивость при ходьбе, положительный симптом Ромберга, снижение мышечной силы и повышение сухожильных рефлексов. Пациент был осмотрен невропатологом.

Лабораторные исследования. В общем анализе крови выявлена выраженная макроцитарная анемия: гемоглобин — 78 г/л, эритроциты — $2,1 \times 10^{12}/л$, MCV — 112 фл, лейкоциты — $3,2 \times 10^9/л$, тромбоциты — $125 \times 10^9/л$. В биохимическом анализе отмечалось повышение ЛДГ до 1850 Ед/л и непрямого билирубина до 32 мкмоль/л. Уровень витамина В12 был значительно снижен — 85 пг/мл, фолиевой кислоты — 6,2 нг/мл; В периферической крови выявлялись макро-овалоциты и гиперсегментация нейтрофилов.

Инструментальные исследования. По данным МРТ грудного и шейного отделов спинного мозга выявлялись симметричные изменения задних и боковых канатиков спинного мозга, характерные для фуникулярного миелоза.

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз: **мегалобластная анемия вследствие дефицита витамина В12, осложнённая фуникулярным миелозом.**

Выводы. Фуникулярный миелоз является тяжелым неврологическим осложнением дефицита витамина В12. Сочетание макроцитарной анемии с парестезиями, нарушением чувствительности и походки требует определения уровня витамина В12 и своевременного проведения МРТ. Ранняя диагностика и коррекция дефицита В12 позволяют предупредить прогрессирование и частично восстановить неврологические нарушения.

Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Махмадализода Ф.Н.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ОСЛОЖНЁННАЯ СЕПСИСОМ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

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

Цель исследования. Представить клинический случай септической интерстициальной пневмонии: клинико-лабораторные и рентгенологические признаки и эффективность комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Представлен клинический случай пациента 56 лет, госпитализированного с высокой лихорадкой до 39,2°C, выраженной слабостью, одышкой, кашлем с небольшим количеством мокроты. При поступлении отмечались ЧДД — 30 в минуту, ЧСС — 112 уд/мин, SpO₂ — 84% без кислородной поддержки. В общем анализе крови выявлены лейкоцитоз до $17,8 \times 10^9/л$ с нейтрофилёзом и лимфопенией, С-реактивный белок — 186 мг/л, прокальцитонин — 6,4 нг/мл. При бактериологическом исследовании крови выявлен рост *Staphylococcus aureus* — 50%, *Streptococcus pyogenes* — 30%, *Candida spp.* — 20%. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки определялись двусторонние участки интерстициальной инфильтрации по типу «матового стекла», утолщение междольковых перегородок и множественные зоны консолидации преимущественно в нижних долях лёгких.

Результаты исследования. С учётом клинической картины, выраженного системного воспалительного ответа,

гипоксемии и данных КТ установлен диагноз: интерстициальная пневмония, осложнённая сепсисом и острой дыхательной недостаточностью. Проводилась комплексная терапия, включавшая антибактериальную и противогрибковую терапию, кислородную поддержку, инфузионную и симптоматическую терапию с динамическим контролем показателей воспаления и газообмена. На 7-е сутки лечения отмечена положительная клиническая динамика: температура нормализовалась, уменьшилась одышка, SpO₂ повысилась до 95%. Уровень СРБ снизился до 48 мг/л, прокальцитонина — до 0,8 нг/мл, ЧДД уменьшилась до 20 в минуту. При контрольной КТ отмечалось уменьшение площади интерстициальных инфильтративных изменений и консолидации лёгочной ткани.

Выводы. Интерстициальная пневмония, осложнённая сепсисом, характеризуется выраженной интоксикацией, гипоксемией и системным воспалительным ответом. Ранняя диагностика и комплексная этиотропная терапия способствуют улучшению состояния и регрессу воспалительных изменений в лёгких.

Мустафакулова Ш.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАРСОНАЛИЗАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДОЛГО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН (УЛУЧШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ)

Кафедра фтизиопульмонологии, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Талжикистан

Цель исследования. Оценить эффективность дарсонвализации в комбинированной терапии трофических язв и длительно незаживающих ран, акцентируя внимание на улучшении местной микроциркуляции и проявлении бактерицидного эффекта.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии. Возраст пациентов составлял от 45 до 75 лет. Все обследованные имели хронические язвенные дефекты различной площади и длительности существования. При первичном осмотре оценивали общее состояние пациента, локальный статус, размеры и площадь язвенного дефекта, характер отделяемого, состояние краев язвы, наличие некротических тканей, выраженность перифокального воспаления и состояние окружающих кожных покровов.

В зависимости от характера проводимой терапии пациенты были распределены на две группы по 15 человек. Основную группу составили 15 пациентов, которым на фоне традиционного лечения дополнительно проводили курс дарсонвализации. В группу сравнения вошли 15 пациентов, получавших только традиционную терапию.

Традиционное лечение включало местную обработку язвенного дефекта, регулярные перевязки, очищение раневой поверхности от некротических тканей, применение местных лекарственных средств по показаниям, а также терапию, направленную на коррекцию венозной недостаточности и улучшение общего состояния пациентов.

Дарсонвализацию проводили бесконтактным методом с использованием аппарата для местной дарсонвализации. Воздействие осуществляли на область язвенного дефекта и периульцерозную зону, не допуская непосредственного контакта электрода с раневой поверхностью. Процедуры проводили ежедневно или через день, в зависимости от переносимости физиотерапевтического воздействия. Продолжительность одной процедуры условно составляла 8–10 минут. Общая продолжительность курса составляла 10–12 процедур. Для оценки эффективности лечения использовали клинические, микробиологические и инструментальные методы исследования. Основными критериями эффективности являлись скорость уменьшения площади язвенного дефекта, сроки очищения раны от некротических масс, динамика микробной обсемененности и изменения микроциркуляции в периульцерозной зоне.

Результаты исследования. При анализе динамики раневого процесса было установлено, что включение дарсонвализации в комплексную терапию сопровождалось более выраженным улучшением клинических показателей по сравнению с традиционным лечением. В основной группе, получавшей дарсонвализацию курсом 10–12 процедур, площадь трофических язв к концу периода наблюдения уменьшалась в среднем на 52,4% от исходного значения, тогда как в группе сравнения данный показатель составлял около 34,7%. Очищение язвенной поверхности от некротических масс в основной группе происходило в среднем на 8–10-е сутки лечения, в то время как у пациентов группы сравнения этот процесс занимал около 11–14 суток. Более быстрое очищение раневой поверхности сопровождалось уменьшением количества раневого отделяемого, ослаблением местных воспалительных проявлений и более ранним появлением грануляционной ткани. При оценке микробной обсемененности было выявлено, что у пациентов основной группы ее уровень к окончанию курса лечения снижался приблизительно на 65%, тогда как в группе сравнения снижение составляло около 40–45%. Наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась у пациентов, у которых исходно отмечалась значительная микробная контаминация раневой поверхности. Снижение бактериальной нагрузки сопровождалось улучшением состояния краев язвы и более активным развитием репаративных процессов.

Средняя продолжительность заживления язвенного дефекта в основной группе условно составляла около 24–26 суток, тогда как при использовании только традиционной терапии — около 32–35 суток. Таким образом, включение дарсонвализации позволяло сократить сроки репарации приблизительно на 25%.

Выводы. Таким образом, применение дарсонвализации в составе комплексного лечения трофических язв венозной этиологии демонстрировало более выраженную положительную динамику по сравнению с традиционной терапией.

Мухамадиева К.М., Закария Э.К., Сафаров Ш.А.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г.Душанбе

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня витамина D и тяжести клинического течения псориаза у детей

с различными формами заболевания.

Материалы и методы. Проведено обследование 47 детей с различными клиническими формами псориаза. У всех пациентов определяли уровень 25(OH)D в сыворотке крови и оценивали тяжесть заболевания с использованием индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index). В зависимости от уровня витамина D пациенты были распределены на группы: дефицит (<20 нг/мл), недостаточность (20–30 нг/мл) и нормальный уровень (≥ 30 нг/мл).

Результаты исследования. Нарушения обеспеченности витамином D выявлены у 39 (83,0%) пациентов, из них дефицит витамина D отмечался у 22 (46,8%) детей, недостаточность — у 17 (36,2%) пациентов; нормальный уровень 25(OH)D выявлен у 8 (17,0%) детей. При оценке тяжести псориаза по индексу PASI установлено, что в группе детей с дефицитом витамина D преобладали среднетяжелые и тяжелые формы заболевания. Среднее значение PASI составило $18,6 \pm 2,4$ балла. Тяжелое течение псориаза (PASI >20 баллов) выявлено у 12 (54,5%) из 22 детей с дефицитом витамина D.

В группе пациентов с недостаточностью витамина D средний показатель PASI был ниже и составил $12,4 \pm 1,8$ балла; тяжелые формы заболевания выявлены у 5 (29,4%) из 17 пациентов. У детей с нормальным уровнем витамина D отмечалось преимущественно легкое и среднетяжелое течение заболевания: среднее значение PASI составило $8,1 \pm 1,5$ балла, тяжелые формы зарегистрированы лишь у 1 (12,5%) пациента.

Таким образом, по мере снижения уровня 25(OH)D отмечалось увеличение тяжести псориатического процесса: у детей с дефицитом витамина D показатели PASI были достоверно выше по сравнению с пациентами с нормальным уровнем витамина D ($p < 0,05$).

Выводы. Дефицит витамина D выявляется у большинства детей с псориазом и ассоциируется с более тяжелым течением заболевания, что подтверждается повышением индекса PASI. Определение уровня 25(OH)D может иметь дополнительное значение при оценке активности псориатического процесса и выборе комплексной терапии.

Мухамадиева К.М., Гафоров А.А., Валиева М.С.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКЕ К МИКРОГРАФТИНГУ У БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить динамику микроциркуляторных показателей после микрографтинга у больных андрогенной алопецией при применении плазмотерапии в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина.

Материал и методы. В исследование включены 115 больных андрогенной алопецией. Основную группу составили 60 пациентов, которым после курса PRP-терапии дополнительно проводили ультрафонофорез с пентоксифиллином. В контрольную группу вошли 55 пациентов, получавших только PRP-терапию. Всем больным в последующем выполняли трансплантацию волос методом микрографтинга. Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии до вмешательства, на 10-е сутки, через 3 и 6 месяцев с определением показателя микроциркуляции (ПМ) и индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ).

Результаты исследования. На 10-е сутки после микрографтинга в обеих группах наблюдалось временное ухудшение микроциркуляторных показателей, обусловленное посттравматической реакцией тканей, отёком и незавершённостью процессов ревакуляризации. При этом в основной группе нарушения были менее выражены, что проявлялось более высокими значениями ПМ, миогенной активности, ИЭМ и резерва капиллярного кровотока и свидетельствовало о более благоприятном течении раннего послеоперационного периода. Через 3 месяца отмечалось активное восстановление микроциркуляции. В основной группе ПМ повысился с $4,2 \pm 0,5$ до $4,8 \pm 0,6$ пф. ед., тогда как в контрольной — до $4,5 \pm 0,6$ пф. ед. ИЭМ увеличился соответственно до $1,25 \pm 0,1$ и $1,15 \pm 0,1$, а резерв капиллярного кровотока — до $195 \pm 1,2\%$ и $185 \pm 1,3\%$. В основной группе формировалось состояние, близкое к нормоциркуляторному типу микроциркуляции, тогда как в контрольной сохранялись элементы спастико-застойных нарушений.

К 6-му месяцу в основной группе происходила практически полная нормализация микроциркуляторных показателей: ПМ достиг $5,0 \pm 0,5$ пф. ед. при контрольном значении $5,1 \pm 1,1$ пф. ед., амплитуда миогенных колебаний — $141,5 \pm 0,3$ пф. ед. при норме $143,0 \pm 0,1$, а ИЭМ полностью нормализовался и составил $1,3 \pm 0,1$. В контрольной группе соответствующие показатели оставались несколько ниже нормы, что указывало на сохранение умеренной гипоперфузии и неполную компенсацию микроциркуляторных нарушений.

Анализ типов микроциркуляции подтвердил преимущества комбинированной терапии. Через 6 месяцев доля пациентов с нормоциркуляторным типом в основной группе увеличилась с 11,7% до 61,7%, то есть в 5,3 раза, тогда как в контрольной группе — с 12,7% до 43,6%, или в 3,4 раза. Одновременно частота застойно-статического типа в основной группе существенно снизилась, что свидетельствовало об устранении венозного застоя и улучшении тканевой перфузии.

Выводы. Применение PRP-терапии в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина на этапе подготовки к микрографтингу у больных андрогенной алопецией сопровождается нормализацией тканевой перфузии, снижением застойных явлений и формированием преимущественно нормоциркуляторного типа микроциркуляции, что создаёт более благоприятные условия для приживления трансплантатов и последующего роста волос.

Мухамедова М.А., Олимова Н.М.

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 - ТИПА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПОЙ (MEDTRONIC MINIMED 720G)

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан.

Цель исследования. Оценить роль обучения пациентов в повышении эффективности самостоятельного управления инсулиновой помпой модели MEDTRONIC MINIMED 720G.

Материал и методы. Обучение пациентов проводилось в условиях ГОУ Городского Медицинского Центра №1 имени Карима Ахмедова, на кафедре эндокринологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, а также в частной клинике GMS DUSHANBE по программе “Школы диабета”. Были обследованы 10 – пациентов с СД 1 типа находящихся на помповой инсулинотерапии. Программа обучения рассчитана на 5 дней обучения (30-35 ч.), количество пациентов в группе 5. Пациенты были оценены в зависимости от результатов гликированного гемоглобина и ИМТ. Период наблюдения составил 3 месяца посещения пациентов контрольного характера 1 раз в неделю. Проводилась оценка комплаентности, уровня освоения прибора и настроек помпы.

Статистическая обработка и математический анализ проводились с помощью программы Statistica 8.0 и Excel 2021.

Результаты исследования. Было обследовано 5 мужчин (50%) и 5 женщин (50%). Среднее значение возраста составило $22,3 \pm 10,4$ (от 7 до 40 лет). Длительность заболевания $5,5 \pm 1,7$ (от 2 до 19 лет); сахар крови $7,9 \pm 11,5$ (от 7,9 до 11,5 ммоль/л); уровень гликированный гемоглобин $5,8 \pm 11,2$ (от 5,8 до 11,2%). Все на инсулиновой помпе модели Medtronic MiniMed 720G. Стаж использования инсулиновой помпы $3 \pm 1,8$ (от 1 до 6). Среднее значение ИМТ $19,4 \pm 6,8$ (13,6 – 24,4).

Выводы. Использование помповой инсулинотерапии у исследуемых пациентов с сахарным диабетом 1 типа ассоциировано с благоприятным профилем массы тела (средний ИМТ – $19,4 \text{ кг/м}^2$, максимальный $24,4 \text{ кг/м}^2$), что полностью исключает риски ассоциированного инсулинотерапией ожирения. Нижняя граница спектра гликированного гемоглобина (5,8%) наглядно доказывает фундаментальный потенциал метода в обеспечении превосходного индивидуального контроля гликемии при сохранении стабильного соматического статуса.

Мухтожода С.Н., Маджидова Ш.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА

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

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения диареи у детей от 2 до 5 лет за 2026г.

Материал и методы. Проведён анализ клинических данных 40 детей в возрасте от 2 до 5 лет с диарейным синдромом, обратившихся за медицинской помощью в ГУ «ГЦЗ№2» г. Душанбе в жаркое время года. Среди них было 29 (72,5%) девочки и 11 (27,5%) мальчиков. Проведена оценка особенности диареи по клинической течению, частоте жидкого стула, наличию лихорадки, рвоты, признаков обезвоживания, проведение оральной регидратационной терапии (ОРС), а также необходимости госпитализации.

Результаты исследования. Из 40 обследованных детей 29 (72,5%) были девочки и 11 (27,5%) — мальчики. Повышение температуры тела отмечалось у 35 детей (87,5%). Рвота наблюдалась у 20 детей (50%). Жидкий стул с частотой 6–7 раз в сутки отмечался у 25 детей (62,5%), что указывает на значительную потерю жидкости и повышенный риск развития обезвоживания. Признаки обезвоживания выявлены у 10 детей (25%). Учитывая наличие частого жидкого стула и рвоты, данные пациенты, требовали особенно тщательного наблюдения и своевременного проведения регидратационной терапии. Оральные регидратационные растворы (ОРС) получили 28 детей (70%). Вместе с тем у 12 детей (30%) ОРС не применялась, что указывает на необходимость дальнейшего повышения информированности родителей и совершенствования тактики ведения детей с диареей на уровне первично медико-санитарной помощи (ПМСП). Из общего числа обследованных детей 10 (25%) были госпитализированы в связи с тяжестью состояния и/или наличием факторов риска осложнений.

Выводы. Исследование доказало, что жаркий климат региона влияет на течение, тяжесть и длительность диареи у детей в Таджикистане. Полученные результаты подчёркивают важность раннего выявления признаков обезвоживания, своевременного назначения ОРС и динамического наблюдения за ребёнком на уровне ПМСП. Таким образом усилить санитарно-просветительную работу с родителями по вопросам профилактики кишечных инфекций, безопасного питания и воды, а также правильного проведения оральной регидратации в домашних условиях.

Мухторзода Асрор Намак, Мустафакулова Н.И., Хакими Мохаммад ага

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

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

Цель исследования. Изучить возрастные особенности гемофилической артропатии и её влияние на психовегетативное состояние пациентов.

Материал и методы исследования. Обследованы 100 пациентов с гемофилией (50 детей и 50 взрослых). В основной группе все пациенты имели тяжёлую гемофилию А; гемофилия В не встречалась. В группе сравнения гемофилия А составила 30,0%, гемофилия В — 70,0%, преимущественно средней степени тяжести. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. Оценивали суставной синдром, частоту гемартрозов, боль, двигательную функцию, проводили рентгенографию и артростонографию. Психовегетативное состояние оценивали по шкалам HADS, Спилбергера и Вейна; дополнительно изучали клинические и коагулологические показатели.

Результаты исследования. Гемофилическая артропатия чаще и тяжелее выявлялась у взрослых пациентов по сравнению с детьми. У взрослых выраженные изменения суставов отмечались примерно в 62% случаев против 34% у детей. У взрослых выраженная артропатия выявлена у 31 (62%) пациента, у детей — у 17 (34%), $p < 0,05$. У взрослых

преобладали хронические изменения суставов с контрактурами и стойким ограничением функции, тогда как у детей — рецидивирующие гемартрозы с менее выраженными структурными нарушениями.

У пациентов с выраженной артропатией отмечалось ухудшение психовегетативного состояния: повышенные уровни тревожности выявлены у 48% взрослых и 32% детей, депрессивные проявления — у 36% и 20%, признаки вегетативной дисфункции — у 54% и 38% соответственно. Выраженность психовегетативных нарушений возрастала при увеличении количества поражённых суставов, частоты гемартрозов и интенсивности болевого синдрома.

Выводы. Гемофилическая артропатия у взрослых протекает тяжелее и сопровождается более выраженными психовегетативными нарушениями. Тяжесть артропатии, боль и ограничение двигательной активности связаны с повышением тревожности, депрессивных и вегетативных проявлений.

Мухторзода А.Н., Мустафакулова Н.И.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОФИЛИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности гемофилии в Республике Таджикистан с учётом региональных различий и осложнений.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 773 пациентов с гемофилией А и В в возрасте от 1 года до 74 лет, наблюдавшихся в 2014-2024 гг. в гематологическом отделении и консультативной поликлинике Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» и в Областной клинической больнице имени Кутбиддинова Согдийской области, а также отчётные документы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Тяжесть течения определяли по активности факторов VIII и IX. Состояние суставов оценивали рентгенологически и ультрасонографически, минеральную плотность костной ткани - методом денситометрии. Применяли критерий χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера, критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса; количественные показатели представлены в виде Me [Q1; Q3].

Результаты исследования. В 2024 г. в республике зарегистрировано 773 пациента с гемофилией, распространённость составила 7,5 случая на 100 000 населения. Мужчин было 758 (98,1%), женщин - 15 (1,9%). Гемофилия А диагностирована у 615 (79,6%), гемофилия В - у 158 (20,4%) больных. Дети и подростки составили 312 (40,4%), взрослые - 461 (59,6%). В районах республиканского подчинения проживал 251 пациент (32,5%), в Хатлонской области - 216 (27,9%), в Согдийской области - 191 (24,7%), в г. Душанбе - 100 (12,9%), в Горно-Бадахшанской автономной области - 15 (1,9%). У взрослых среднетяжёлое течение установлено у 291 (63,1%), тяжёлое - у 133 (28,9%), лёгкое - у 37 (8,0%) больных; у детей - у 147 (47,1%), 113 (36,2%) и 52 (16,7%) соответственно. За 2014-2024 гг. число состоящих на учёте взрослых увеличилось с 333 до 461, детей - со 101 до 312. На летний период приходилось 67,5% госпитализаций при гемофилии А и 53,8% при гемофилии В. При денситометрии, выполненной 15 больным гемофилией А и 15 больным гемофилией В, медиана Т-критерия составила -2,71 [-2,79; -2,50] и -1,54 [-1,58; -1,43] соответственно ($p < 0,001$); остеопороз выявлен у 13 (86,7%) и у 4 (26,7%) обследованных ($p = 0,003$).

Выводы. Гемофилия в Республике Таджикистан характеризуется преобладанием гемофилии А среднетяжёлого и тяжёлого течения, неравномерным территориальным распределением больных и ростом числа состоящих на учёте пациентов. Высокая частота остеопороза в обследованной подгруппе обосновывает включение денситометрии в программу диспансерного наблюдения. Для полного учёта больных и планирования помощи необходим единый национальный регистр.

Назаров Т.Ш., Ганизода М.Т., Джобирзода А.Б.

РАЗВИТИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра неврологии «ГОУ» ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить современное состояние и перспективы развития нейрореабилитации в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили научные публикации и официальные данные о состоянии реабилитационной помощи в Республике Таджикистан. Проведён анализ доступности реабилитационных услуг, кадрового обеспечения и возможностей оказания помощи пациентам с неврологическими заболеваниями. Особое внимание уделено развитию нейрореабилитации после инсульта и других заболеваний нервной системы. Использованы методы анализа, сравнения и обобщения полученных данных.

Результаты исследования. Проведённый анализ показал, что в Республике Таджикистан нейрореабилитация постепенно развивается. В стране имеются реабилитационные центры и учреждения, а медицинская реабилитация закреплена как одна из форм оказания медицинской помощи. Вместе с тем сохраняются проблемы, связанные с недостаточной доступностью реабилитационных услуг, особенно в отдалённых регионах, нехваткой подготовленных специалистов и необходимостью дальнейшего внедрения современных методов нейрореабилитации. В настоящее время предпринимаются меры по расширению базовых реабилитационных услуг и повышению их доступности для пациентов.

Выводы. Нейрореабилитация в Республике Таджикистан является перспективным и важным направлением здравоохранения. Несмотря на достигнутые результаты, необходимо дальнейшее развитие реабилитационной помощи, подготовка квалифицированных специалистов, расширение доступности услуг и внедрение современных методов восстановления. Развитие нейрореабилитации позволит повысить эффективность лечения, улучшить функциональное состояние и качество жизни пациентов с неврологическими заболеваниями.

Назаров Т.Ш., Ганизода М.Т., Исрофилзода М.О.
РОЛЬ РАННЕЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕ-
НИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра неврологии «ГОУ» ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить роль ранней нейрореабилитации в восстановлении двигательных и функциональных нарушений у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 3 пациента с острым нарушением мозгового кровообращения. Всем пациентам после стабилизации состояния проводилась ранняя нейрореабилитация, включавшая позиционирование, пассивные и активные упражнения, тренировку сидения, вставания и ходьбы. Оценивались двигательная активность, функциональное состояние и степень самостоятельности пациентов в динамике. Раннюю мобилизацию проводили индивидуально, с учётом состояния и переносимости пациента.

Результаты исследования. В результате наблюдения за 3 пациентами с ОНМК отмечена положительная динамика на фоне ранней нейрореабилитации. У пациентов улучшились двигательная активность, способность к самостоятельному сидению, вставанию и ходьбе, снизилась зависимость от посторонней помощи. Наиболее выраженная динамика наблюдалась при регулярном проведении индивидуально подобранных реабилитационных мероприятий. Ранняя реабилитация рекомендуется после стабилизации состояния пациента, при этом чрезмерно интенсивная мобилизация в первые 24 часа не рекомендуется.

Выводы. Ранняя нейрореабилитация способствует восстановлению двигательных и функциональных нарушений у пациентов после ОНМК и повышению их самостоятельности. Реабилитационные мероприятия должны начинаться после стабилизации состояния и проводиться индивидуально с учётом функциональных возможностей пациента.

Назарова Г.О., Хамидов Н.Х., Абдуллоева С.А.
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУ-
ЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

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

Цель исследования: Оценить эффективность терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов в амбулаторной практике.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 60 пациентов с ХСН на базе ГМИЦ №1 им. К.Ахмедова. Средний возраст обследованных составил $65 \pm 6,3$ лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 61,7% (n=37), женщины составили 38,3% (n=23). Оценивались клинические данные, функциональный класс (ФК) по NYHA, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и проводимая медикаментозная терапия.

Результаты: Основной причиной развития ХСН являлся постинфарктный кардиосклероз – у 75% пациентов (n=45), артериальная гипертензия – у 25% (n=15). При оценке функционального состояния установлено, что большинство пациентов имели III ФК – 55% (n=33), II ФК – 36,7% (n=22), IV ФК – 5% (n=3), I ФК – 3,3% (n=2), что свидетельствует о преобладании пациентов с выраженной симптоматикой.

Анализ фракции выброса левого желудочка ФВ ЛЖ показал, что у 40% пациентов (n=24) фракция выброса левого желудочка ФВ ЛЖ была сохранена (>50%), у 55% (n=33) – умеренно снижена (40–50%), у 5% (n=3) – снижена (<40%).

Анализ медикаментозной терапии показал, что ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента получали 95% пациентов (n=57), бета-блокаторы – 73,3% (n=44), антагонисты минералокортикоидных рецепторов – 81,7% (n=49), диуретики – 56,7% (n=34). Ангиотензин-рецепторные неприлизиновые ингибиторы (АРНИ) применялись лишь у 5% пациентов (n=3). Ингибиторы SGLT2 натрий -глюкозный котранспортер 2- го типа (НГЛТ-2) назначались 8,3% пациентов (n=5), преимущественно при наличии сахарного диабета 2 типа. Несмотря на значительную долю пациентов с II–III ФК и сниженной или умеренно сниженной ФВ ЛЖ, частота назначения современных препаратов остаётся низкой.

Выводы: Терапия ХСН в амбулаторной практике в целом соответствует базовым принципам современных рекомендаций. Вместе с тем выявлено недостаточное применение современных классов препаратов, включая АРНИ Ангиотензин-рецепторные неприлизиновые и ингибиторы SGLT2, натрий -глюкозный котранспортер 2- го типа (НГЛТ-2) что может ограничивать достижение оптимального клинического эффекта и требует оптимизации лечения.

Назарова Г.О. Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

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

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность современной антигипертензивной терапии у беременных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Проведено клиническое наблюдение 30 беременных с АГ на базе ГМИЦ №1 им.К. Ахмедова. В I триместре находились 4 (13,3%) пациентки, во II – 11 (36,7%), в III – 15 (50,0%). Средний возраст обследованных составил $31,4 \pm 4,8$ года. Выбор антигипертензивной терапии осуществляли индивидуально с учётом уровня АД, срока беременности, клинического состояния и переносимости препаратов. Нифедипин пролонгированного действия назначали в дозе 30 мг 1 раз в сутки с последующей титрацией до 60–120 мг/сут. Метилдопу применяли в начальной дозе 250 мг 2–3 раза в сутки с возможным увеличением до 500–3000 мг/сут. Лабеталол назначали в дозе 100–200 мг 2 раза в сутки с последующей титрацией до максимально переносимой дозы. При недостаточном контроле АД применяли рациональную комбинацию препаратов. Эффективность терапии оценивали по динамике АД, достижению

целевых значений, переносимости лечения и частоте осложнений беременности.

Результаты. Нифедипин пролонгированного действия в качестве монотерапии получали 12 (40,0%) пациенток, метилдопу – 8 (26,7%), комбинацию нифедипина с метилдой – 6 (20,0%), комбинацию нифедипина с лабеталолом – 4 (13,3%). На фоне проводимой терапии средний уровень АД снизился с $151 \pm 9/94 \pm 6$ до $132 \pm 7/82 \pm 5$ мм рт. ст. Целевого уровня АД достигли 26 (86,7%) пациенток. У 4 (13,3%) беременных потребовалась дополнительная коррекция терапии вследствие недостаточного контроля АД. Клинически значимой гипотензии и тяжелых нежелательных реакций не зарегистрировано.

Выводы. Индивидуализированный выбор антигипертензивной терапии с использованием нифедипина пролонгированного действия, метилдопы и лабеталолола позволяет эффективно контролировать АД у большинства беременных. Ступенчатая тактика с титрацией доз и переходом к комбинированной терапии при недостаточной эффективности монотерапии обеспечивает достижение целевых значений АД при хорошей переносимости лечения.

Назарова М.К.

ВАРИАНТЫ ЭНДОБРОНХИТА СО СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМ СЕКРЕТОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ

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

Цель исследования. Улучшение клинической диагностики обострения ХОБЛ.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами было проведено проанализированы клиничко-эндоскопические особенности 100 больных, у которых обострение ХОБЛ сопровождалось формированием слизисто-гнойным секрета.

Результаты исследования. Выявлены два клиничко-эндоскопических варианта эндобронхита со слизисто-гнойным секретом. В первом случае (68 больных (85,63%)) слизистый компонент бронхиального секрета содержал множественные гнойные включения. Обострение ХОБЛ в этом случае укладывалось в общепринятые клинические признаки. У другой группы (11 больных, (14,37%)) слизисто-гнойный секрет носил двухуровневый характер: слизистая фракция бронхиального секрета располагалась в крупных бронхах, а бронхах дистальных генераций отмечалась гнойная фракция. Клиническая картина в этом случае была нетипичной для обострения ХОБЛ: прогрессирование одышки, системной воспалительной реакции, слабости сочеталось с умеренным количеством слизистой легко отделяемой мокроты, которая целиком формировалась из слизистой фракции секрета.

Выводы. Существование варианта прогрессирования эндобронхального воспаления с двухуровневым характером слизисто-гнойного секрета, как составной части обострения ХОБЛ, может существенно осложнить диагностику последнего, т. к. в этом случае могут отсутствовать сразу два важнейших клинических критерия обострения ХОБЛ: увеличение количества мокроты и усиление её гнойности.

Назарова М.К.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ

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

Цель исследования. Проведение анализа эффективности комбинированного препарата гипертонического раствора NaCl 7% и гиалуроновой кислоты.

Материал и методы. В пульмонологическом отделении ГУ НМЦРТ «Шифобахш» нами было проведено исследование включено 7 больных с БЭБ (средний возраст $47,23 \pm 4,18$) и 7 с ХОБЛ (средний возраст $58,35 \pm 5,14$), со вторичными бронхоэктазами. Всем проведено клиничко-функциональное обследование: индекс одышки по MRC, SatO₂, 6-минутный тест, ФВД, проведен расчет прогностического индекса BODE, проанализирован опросник SGRQ. Был назначен препарат Гианеб 5 мл ингаляционно. Период наблюдения – 2 месяца.

Результаты исследования. За время наблюдения у больных в обеих группах наблюдалось улучшение общего состояния, подтвержденное анализом качества жизни по опроснику SGRQ. Зарегистрировано достоверное снижение показателей по всем доменам минимум на 4,2 балла (с 46,19 до 41,99), в том числе и по домену Total. Отмечается увеличение количества мокроты с первых ингаляций до 1,5 литров, с сохранением эффекта до 10 дней после прекращения ингаляций. При добавлении в терапию препарата Гианеб наблюдается стабилизация функциональных показателей ОФВ₁ (48,66 (46,18;51,14) у больных с ХОБЛ, 66,26 (95 63,78;68,75) у больных с БЭБ и ОФВ₁/ФЖЕЛ (42,15 (39,19;45,11) и 63,68 (61,12;66,45) соответственно), однако без статистически достоверных изменений. Прогностический индекс BODE уже ко второму месяцу наблюдения имеет статистически значимую тенденцию к уменьшению до 1,81 (1,32;2,31) по сравнению с исходным показателем 4,44 (3,91;4,98).

Выводы. Ингаляции Гианеб 5 мл через небулайзер являются дополнительным эффективным инструментом ингаляционной терапии при наличии бронхоэктазов любой этиологии. Применение 7% гипертонического раствора NaCl с гиалуроновой кислотой можно рассматривать как вариант «неинвазивной санационной бронхоскопии». Препарат имеет хороший профиль переносимости, не имеет выраженных побочных эффектов.

Насриева М.Ф., Ятимова С.А., Хайдарова Ф.Ф.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: РОЛЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Кафедра профилактики внутренних болезней, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Проанализировать современные подходы к ранней диагностике фибрилляции предсердий (ФП) и определить значение электрокардиографии и длительного мониторингирования сердечного ритма в выявлении

пароксизмальной и бессимптомной ФП.

Материал и методы. Проведён анализ современных рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC) и научных публикаций, посвящённых диагностике и раннему выявлению ФП. Рассмотрены возможности стандартной 12-канальной электрокардиографии, повторной регистрации ЭКГ и длительного мониторингирования сердечного ритма с использованием холтеровского мониторингирования.

Результаты исследования. ФП является одним из наиболее распространённых нарушений сердечного ритма и может длительное время протекать бессимптомно либо иметь пароксизмальный характер, что затрудняет её выявление при однократном обследовании пациента. Согласно современным рекомендациям, подтверждение клинической ФП требует документирования аритмии с помощью ЭКГ. При наличии симптомов, подозрительных на пароксизмальную ФП, целесообразна дополнительная регистрация сердечного ритма. Длительное ЭКГ-мониторирование позволяет повысить вероятность выявления эпизодов аритмии, которые могут отсутствовать во время стандартного обследования. Особое значение ранняя диагностика ФП имеет у пациентов старшего возраста и лиц с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, сахарным диабетом и другими факторами риска тромбоэмболических осложнений. Современная стратегия ведения пациентов с ФП также предусматривает оценку сопутствующих заболеваний и факторов риска, профилактику инсульта, контроль частоты и ритма сердца и динамическое наблюдение.

Выводы. Стандартная 12-канальная ЭКГ сохраняет основное значение в подтверждении диагноза фибрилляции предсердий. При подозрении на пароксизмальную или бессимптомную форму ФП диагностические возможности могут быть расширены посредством длительного ЭКГ-мониторирования. Своевременное выявление ФП и комплексная оценка факторов риска позволяют своевременно определить дальнейшую тактику ведения пациента и профилактики тромбоэмболических осложнений.

Негматова Н., Исоева М.Б. Максадова Ш.С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

Цель исследования. Систематизировать актуальные сведения отечественных и зарубежных источников о частоте встречаемости, этиологической структуре и предикторах детского церебрального паралича с целью определения ключевых направлений профилактики данного заболевания.

Материалы и методы исследования. Выполнен аналитический обзор публикаций, посвящённых эпидемиологии и предикторам детского церебрального паралича. В анализ включены систематические обзоры, метаанализы, клинические рекомендации и эпидемиологические исследования из баз PubMed, eLibrary и профильных рецензируемых журналов. Изучены сведения о глобальной и региональной частоте заболевания, его клинических формах, а также о пренатальных, интранатальных и постнатальных факторах риска, представленных в современных источниках. Полученные данные важны для определения приоритетных направлений профилактики ДЦП.

Результаты исследования. Согласно систематическому обзору и метаанализу Oskoui и соавт., глобальная распространённость церебрального паралича достигает примерно 2 случаев на 1000 живорождений, а общее число пациентов в мире порядка 17 млн. По данным отдельных исследований, показатель колеблется от 2 до 3,5 на 1000 живорождений в зависимости от региона. В России заболеваемость ДЦП составляет 0,6 на 1000 детей первого года жизни и 0,27 на 1000 детей до 14 лет; общее число больных превышает 70 тыс. человек при отсутствии единого национального регистра. В клинической структуре доминирует спастическая диплегия (около 70%), гемиплегическая форма выявляется у 16%, атактическая у 8,2%, дискинетическая у 4%, двойная гемиплегия у 1,8% пациентов. Этиология ДЦП многофакторна; факторы риска разделяют по времени воздействия на пренатальные (отягощённый соматический и акушерский анамнез матери, патология беременности), интранатальные (асфиксия, родовая травма, недоношенность, низкая масса тела) и постнатальные (травмы, инфекции, гипоксия). Ключевыми модифицируемыми предикторами признаны недоношенность и низкая масса тела при рождении: частота ДЦП достигает 59,18 на 1000 живорождений при массе 1000–1499 г и 111,8 на 1000 при рождении до 28 недель гестации, а дети с массой менее 2,5 кг составляют около трети всех больных. Роль генетических факторов окончательно не определена: этиология примерно у половины доношенных детей с ДЦП не устанавливается, при полноэкзомном секвенировании хромосомные аномалии выявляются в 14% случаев, тогда как строго моногенные формы описаны лишь в единичных семьях.

Выводы. Детский церебральный паралич сохраняет статус значимой медикосоциальной проблемы: глобальная распространённость достигает 2 на 1000 живорождений, а клиническая картина отличается выраженной гетерогенностью с доминированием спастических форм. Ключевыми и наиболее модифицируемыми предикторами выступают недоношенность и низкая масса тела при рождении, тогда как многие случаи обусловлены сочетанным влиянием пренатальных, интранатальных и постнатальных факторов при недостаточной изученности генетической предрасположенности. Это определяет необходимость первичной профилактики ДЦП посредством планирования беременности, предотвращения преждевременных родов, рационального родоразрешения у женщин групп высокого риска в специализированных перинатальных центрах и ранней постнатальной нейропротекции у детей с перинатальным поражением ЦНС.

Негматова Н.Х., Исоева М.Б. Максадова Ш.С.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

Цель исследования. Провести систематизацию и критический анализ актуальных данных зарубежной и отечественной доказательной медицины о принципах, методах и эффективности комплексной медицинской реабилитации детей с церебральным параличом (ДЦП) для обоснования оптимальной тактики восстановительного лечения.

Материалы и методы исследования. Проведён аналитический обзор публикаций по проблеме комплексной реабилитации ДЦП, включая клинические рекомендации, руководства и оригинальные исследования из баз PubMed, eLibrary и профильных рецензируемых изданий. Проанализированы данные об организационных принципах реабилитации, методах кинезиотерапии, аппаратных и роботизированных технологиях, медикаментозной коррекции (включая ботулинотерапию и нейротрофическую терапию), ортопедохирургических методах и мерах психологопедагогической и социальной реабилитации. Обобщены сведения о эффективности раннего начала восстановительного лечения и роли мультидисциплинарного подхода в улучшении функциональных исходов у детей с ДЦП.

Результаты исследования. Восстановительное лечение ДЦП должно быть ранним, длительным и комплексным, с участием мультидисциплинарной команды специалистов (невролог, ортопед, реабилитолог, врач ЛФК, психиатр, психолог, логопед, дефектолог) и индивидуальной программой реабилитации; наиболее эффективен возраст от 1 мес до 3 лет ввиду максимальной активности нейропластичности. Ведущая роль отводится кинезиотерапии (ЛФК, массаж, механотерапия, тейпирование, мануальная терапия и рефлексотерапия). Применяются роботизированные тренажёры с биологической обратной связью, обеспечивающие принудительное повторение физиологического двигательного паттерна; лечебные нагрузочные костюмы, создающие осевую и поперечную компрессию для нормализации мышечного тонуса и проприоцептивной афферентации; экзоскелеты, воспроизводящие естественную биомеханику шага; аппаратная слинг-терапия, основанная на разгрузке опорно-двигательного аппарата в подвесной системе. Медикаментозная коррекция включает ноотропы, нейротрофики, баклофен, ботулинотерапию, антиконвульсанты; при локальной спастичности применяют ботулотоксин с этапным гипсованием. Ортопедическое лечение включает ортезы, обувь, при неэффективности показана хирургия и селективная ризотомия. Комплексная реабилитация повышает восстановление двигательных и когнитивных функций в 1,5–8 раз, а раннее начало снижает инвалидизацию до 3 раз. Ключевое значение имеют обучение родителей и выбор образовательного маршрута: лишь 12% детей с сохранным интеллектом учатся в общеобразовательной школе.

Выводы. Эффективная реабилитация детей с ДЦП базируется на принципах раннего начала, комплексности, этапности, непрерывности и индивидуализации при участии мультидисциплинарной команды специалистов. Сочетание кинезиотерапии, современных аппаратных и роботизированных технологий, медикаментозной коррекции мышечного тонуса (включая ботулинотерапию), ортопедохирургических методов и психологопедагогической работы с семьёй обеспечивает максимальный функциональный эффект, особенно при начале лечения в раннем возрасте. Это обосновывает необходимость дальнейшего развития сети специализированных реабилитационных центров и внедрения стандартизированных индивидуальных программ восстановительного лечения детей с ДЦП.

Нисанбаева З.Х., Салихова А.Х., Шарипов Р.М.

ФАКТОРЫ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОПЫТОМ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ИДЕАЦИЕЙ

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

Цель исследования. Изучение влияния опыта употребления каннабиноидов на характеристики суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР). Опыт употребления каннабиноидов как природного, так и синтетического происхождения ассоциирован с рядом неблагоприятных исходов в сфере психического здоровья. Различные аддитивные агенты могут способствовать переходу от суицидальной идеации к реализации попытки.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского Клинического центра наркологии им. проф. М.Г. Гулямова. Было проведено исследование 62 пациентов, средний возраст которых составил 29,7 лет. Информация о суицидальном и НССП была получена в ходе проведения структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview – SITBI).

Результаты исследования. Основную группу составили (n=131; 26,8%) пациенты, употреблявшие каннабиноиды хотя бы один раз в жизни. Группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, трудовому статусу, семейному положению. В общей выборке преобладали пациенты с аффективными (униполярное депрессивное – 28,1%, биполярное – 18,0%) расстройствами и расстройствами личности (18,6%). При этом пациентам с опытом употребления каннабиноидов статистически значимо чаще выставлялись диагнозы: биполярное расстройство, расстройства личности. В то время как у пациентов без опыта такого употребления статистически значимо чаще выставлялся диагноз органического психического расстройства.

Выводы. У пациентов с НППР и суицидальной идеацией, опыт употребления каннабиноидов ассоциирован с диагнозами биполярного расстройства и расстройства личности, а также с более ранним возрастом появления суицидальной идеации. В исследованной популяции нами не было найдено подтверждения гипотезы о том, что опыт употребления каннабиноидов ассоциирован с риском перехода от суицидальных мыслей к попытке или повышенному риску развития НССП.

РОЛЬ АКАТИЗИИ В ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Цель исследования. Оценить влияние акатизии и её клинических компонентов на эффективность антипсихотической терапии у больных шизофренией. Возникновение акатизии у пациентов с шизофренией может модифицировать клинику течения основного заболевания, оказывая негативное влияние на психическое состояние пациента и утяжеляя прогноз.

Материалы и методы. Было обследовано 150 стационарных больных, получающих базисную антипсихотическую терапию, с диагнозом шизофрении по диагностическим критериям МКБ-10, в возрасте 40±5,4 лет. Наличие акатизии оценивалось с использованием Шкалы акатизии Барнса (Barnes Akathisia Rating Scale – BARS) (Barnes T.R., 1989). На основании чего все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с акатизией (n=92; 36,8%), 2-я группа – пациенты без акатизии (n=158; 63,2%). Эффективность психофармакотерапии оценивалась с использованием рейтинговой шкалы общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI) (Guy W., 1976).

Результаты исследования. На момент поступления в стационар актуальное психическое состояние пациентов с акатизией и без акатизии не имело статистически значимых различий. Однако при оценке эффективности терапии у пациентов с акатизией по компонентам акатизии и её клинической выраженности обнаружено, что больные шизофренией, которые сообщали о незначительно выраженном чувстве субъективного утомления по BARS, имели лучшие показатели эффективности терапии по сравнению с пациентами, которые сообщали об умеренно и значительно выраженном чувстве субъективного утомления по BARS, связанном с акатизией.

Выводы. Таким образом, в ходе оценки клинической эффективности терапии у пациентов целесообразно учитывать не только клинический эффект от проводимого лечения, но и принимать во внимание развитие акатизии, а именно клиническую выраженность её компонентов, что позволит реализовать персонализированный подход к терапии и улучшить уровень адаптации и социального функционирования у лиц с шизофренией.

Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинических и биохимических особенностей первичного гиперпаратиреоза у лиц молодого возраста при изолированном течении заболевания и его сочетании с патологией щитовидной железы.

Материал и методы. В исследование включены 63 пациента с первичным гиперпаратиреозом в возрасте от 18 до 44 лет. В зависимости от наличия сопутствующей патологии щитовидной железы пациенты были разделены на две группы: 28 пациентов с изолированным ПГПТ и 35 пациентов с ПГПТ в сочетании с патологией щитовидной железы. Контрольную группу составили 40 пациентов с патологией щитовидной железы без признаков ПГПТ. Всем пациентам проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование с определением уровней общего и ионизированного кальция, фосфора, паратгормона, витамина D, щелочной фосфатазы, показателей функции щитовидной железы и почек. Выполнялись ультразвуковое исследование щитовидной и околощитовидных желез, а также оценка состояния костной ткани.

Результаты исследования. При сравнительном анализе установлены различия в клиническом течении ПГПТ в зависимости от наличия патологии щитовидной железы. При изолированном ПГПТ наиболее часто выявлялась костная форма заболевания – 67,9%. При сочетании ПГПТ с патологией щитовидной железы чаще встречались смешанная (45,7%) и висцеральная (20,0%) формы. У пациентов с сочетанной патологией щитовидной железы достоверно чаще выявлялись психоневрологические проявления – 77,1% (p=0,003). Нормокальциемический вариант ПГПТ также чаще диагностировался у пациентов с сочетанной патологией – 34,3% против 10,7% при изолированном заболевании (p=0,039). При изолированном ПГПТ отмечались более выраженные нарушения кальций-фосфорного обмена с повышением уровня общего кальция и паратгормона, снижением уровня фосфора и повышением активности щелочной фосфатазы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о различном клинико-биохимическом фенотипе первичного гиперпаратиреоза у молодых пациентов в зависимости от наличия сопутствующей патологии щитовидной железы. Более высокая частота нормокальциемического варианта при сочетанной патологии указывает на необходимость комплексной диагностики ПГПТ даже при отсутствии выраженной гиперкальциемии.

Ниязова Н.Ф.

ЧАСТОТА ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Республика Таджикистан.

Цель исследования. Оценить частоту положительных результатов биохимического скрининга гиперкальциемии среди взрослого населения Республики Таджикистан и определить объём группы, нуждающейся в повторном исследовании кальция и определении первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ).

Материал и методы. Проведён ретроспективный поперечный анализ обезличенных лабораторных регистров за период с 16 августа 2025 года по 12 мая 2026 года. В исследование включены 2476 лиц в возрасте 18 лет и старше. Средний возраст составил $44,2 \pm 15,1$ года (диапазон 18–90 лет); женщин было 1541 (62,2%), мужчин - 935 (37,8%). Общий кальций исследован у 2471, ионизированный - у 2473, оба показателя - у 2468 обследованных. В качестве лабораторных критериев первого этапа использовали общий кальций $>2,55$ ммоль/л и ионизированный кальций $>1,32$ ммоль/л в соответствии с применявшимися лабораторными порогом. Положительным результатом считали превышение хотя бы одного показателя. Рассчитывали абсолютные и относительные частоты с 95% доверительными интервалами (ДИ) по методу Уилсона; половые различия оценивали критерием χ^2 .

Результаты исследования. Повышение общего кальция выявлено у 132 из 2471 обследованного — 5,34% (95% ДИ 4,52–6,30), повышение ионизированного кальция - у 69 из 2473, или 2,79% (95% ДИ 2,21–3,52). Положительный результат хотя бы по одному из двух тестов зарегистрирован у 164 из 2476 участников — 6,62% (95% ДИ 5,71–7,67). Одновременное повышение общего и ионизированного кальция имели 37 из 2468 обследованных - 1,50% (95% ДИ 1,09–2,06). Частота положительного результата составила 6,62% среди женщин и 6,63% среди мужчин; статистически значимых половых различий не установлено ($\chi^2 < 0,01$; $p = 0,991$).

Полученная доля положительных скрининговых результатов отражает частоту лабораторной гиперкальциемии, но не распространённость подтверждённого ПГПТ. Однократное повышение кальция может быть связано с дегидратацией, изменением альбумина, лекарственной терапией, преаналитическими факторами и другими заболеваниями. Кроме того, применённый локальный верхний предел ионизированного кальция требует межлабораторной верификации. Поэтому следующим этапом должны быть повторное определение общего кальция с альбумином и/или ионизированного кальция, одновременное измерение ПТГ, креатинина/расчётной скорости клубочковой фильтрации, фосфора, магния и 25(OH)D. При подтверждённой ПТГ-зависимой гиперкальциемии необходимы оценка кальциурии для исключения семейной гипокальциурической гиперкальциемии и обследование органов-мишеней.

Выводы. Биохимический скрининг 2476 взрослых выявил 164 человека (6,62%), нуждающихся в повторном лабораторном обследовании, причём у 37 (1,50%) одновременно повышены обе фракции кальция. Отсутствие половых различий указывает на необходимость одинаковой настороженности в отношении гиперкальциемии у мужчин и женщин. Определение кальция является практически выполнимым первым этапом раннего выявления ПГПТ, однако диагноз должен устанавливаться только после подтверждения стойкой гиперкальциемии и оценки ПТГ.

Носирова М.П.¹, Ёдгорова М.Д.¹, Амонова У.Ф.²

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

2. ГУ Городской центр здоровья № 15. Душанбе

Цель исследования. Изучить частоту и особенности клинических проявлений минимальной мозговой дисфункции, или иначе, перинатальной энцефалопатии, у детей по данным обращаемости населения к семейному врачу определённой территории.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании использованы данные журналов приёма населения городского центра здоровья к специалистам семейной медицины (семейный врач, невролог, офтальмолог, ортопед и др.). Произведена выкопировка данных из амбулаторных карт пациентов (ф№024), сводных отчётов учреждения (ф№12). Обработка материала проведена методом описательной статистики с вычислением относительных величин (долей, в %) и абсолютных показателей (n). Расчёт необходимых параметров исследования проводился путём изучения обращений населения за прошедший (2025) год.

Результаты исследования. Всего за исследуемый период выявлено 5988 обращений населения детского возраста за консультативной помощью, из них по поводу неврологической патологии 27,8% случаев (1667). Первые клинические проявления минимальной мозговой дисфункции могут появляться сразу после рождения. У детей в возрасте до 2 лет выявлены следующие синдромы: астеноневротический (двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, снижения развития моторных функций, нарушение сна) – 13,5%; Гипертензионно-гидроцефальный (напряжение и вздутие большого родничка, расхождение швов, увеличение окружности головы, проблемы с засыпанием, пронзительными вскрикиваниями, нарушение координации зрения) – 11,5%; синдром двигательных нарушений (мышечный гипо-, гипертонус или дистония, гиперкинезы, парезами) – 5,3%; судорожный (мелкоамплитудные дрожания, автоматические жевательные движения, тики мимических мышц) – 2,5% случаев.

В период дошкольного возраста признаки минимальной мозговой дисфункции (ММД) становятся более заметными в поведении ребенка. Проявления астено-невротического синдрома (резкие беспричинные перепады настроения, неусидчивость, повышенная раздражительность и нервозность) выявлены в 6,6% случаев. Задержка развития речи 3,1%, одинаково часто обнаружены у девочек и у мальчиков – 1,5% и 1,6%, соответственно; синдром дефицита внимания и гиперактивность чаще встречались именно в возрасте от 2-х до семи лет – 1,9%.

Родители пациентов обращались с жалобами на аффективно-респираторные состояния, особенно у детей до 2-х лет - 1,1%; расстройства поведения ребёнка – 1,2%, причём у лиц мужского пола в возрасте 7 – 17 лет (1,3%) выявлено, почти в 2 раза больше чем у дошколят (0,7%). Дети школьного возраста жаловались на непереносимость яркого света, сильного шума, душных помещений и жаркой погоды, вследствие чего появлялась сильная головная боль – 2,5%.

Помимо этого ММД проявлялась дислексией (нарушение способности к обучению чтению и письму) чаще встречалась у лиц мужского возраста – 1,2% случаев (у девочек – 0,6%), возможно, обусловленная социальной дезадаптацией, задержкой развития речи, заиканием, трудностью с произношением сложных слов; энурезом, в возрастном коридоре старше 7 и до 17 лет незначительно чаще (1,7%), чем в дошкольном возрасте – 1,2% случаев.

Выводы. В раннем возрасте, до 2-х лет, наиболее часто встречались обращения по поводу астено-невротического

синдрома (у мальчиков незначительно чаще, чем у девочек), на втором месте обращения, связанные с Гипертензионно-гидроцефальный синдромом (превалирует частота у девочек). У детей дошкольного возраста также на первом месте обращения на проявления астено-невротического синдрома, далее – жалобы на задержку развития речи. У детей школьного возраста наряду с астеническими состояниями встречались жалобы на вегето-сосудистые нарушения.

Носирова М.П., Иномзода Д.И., Хомидова Г.Б.
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ НІВ-ИНФЕКЦИИ
Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить актуальность вакцинации детей против инфекции, вызываемой гемофильной палочкой типа В (Hib).

Материал и методы. Использованы сборники клинических рекомендаций по диагностике и лечению пациентов на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи, интернет-источники, материалы Госкомстата Республики Таджикистан (ф№12 за 2005, 2010, 2015, 2020 годы).

Результаты исследования. Национальная программа иммунопрофилактики в Республике Таджикистан предусматривает иммунизацию против 12 инфекционных заболеваний детского возраста, в том числе против Hib-инфекции.

Гемофильная палочка типа b является одной из частых причин генерализованной инфекции (бактериемии) у детей. Гнойный менингит наблюдается преимущественно у детей от 9 мес до 4 лет, начинается остро, иногда с симптомов ОРЗ, затем быстро развивается клиническая симптоматика, характерная для бактериальных менингитов, протекает тяжело и нередко кончается летально (около 10%). По данным статистики воспалительные болезни ЦНС в 2005 году составили – 0,44%, в 2010 году – 0,49%, 2015 – 0,35%, 2020 – 0,21% случаев, то есть в 2020 году более, чем в 2 раза меньше, чем в 2005 году. Гемофильная пневмония может проявляться как в виде очаговой, так и в виде долевой (крупозной), очень часто (до 70%) сопровождается гнойным плевритом (у детей), может осложняться гнойным перикардитом, воспалением среднего уха. Статистические данные: болезни лёгких, вызванные внешними агентами в исследуемые года – от 1,52% до 0,006% случаев. Гемофильный сепсис чаще развивается у детей 6-12 месяцев, протекает бурно, нередко как молниеносный, с септическим шоком и быстрой гибелью больного. Воспаление подкожной клетчатки (целлюлит) также развивается у детей до 12 мес, чаще локализуется на лице, появляется гиперемизированная с цианотичным оттенком припухлость в области щеки или вокруг глазницы, иногда заболевание сопровождается воспалением среднего уха. Температура тела субфебрильная, симптомы общей интоксикации выражены слабо. У более старших детей воспаление подкожной клетчатки может локализоваться на конечностях. В форме №12 приводятся данные инфекции кожи и подкожной клетчатки, с тенденцией к уменьшению начиная с 3,03% до 1,4% случаев. Воспаление надгортанника (эпиглоттит) очень тяжелая форма инфекции, начинается остро, быстрым подъемом температуры тела, выраженной общей интоксикацией и картиной быстро прогрессирующего крупа, который может привести к гибели ребенка от асфиксии (полная непроходимость дыхательных путей или остановка дыхания). Гнойные артриты (от 0,05% до 0,004% случаев) - следствие гематогенного заноса инфекции, нередко сопровождаются остеомиелитом. По статистическим данным в 2005 году зарегистрирован остеомиелит в 0,07% случаев, также снижаясь к 2020 году до 0,01% случаев в возрасте от 0-14 лет. Вакцина против гемофильной палочки с 2008 года входит в состав пентавалентной вакцины, детям вводится в/м, троекратно, начиная с 2-х месяцев, с интервалом в один месяц.

Выводы. На основании вышеизложенного, можно утверждать, что вакцинация детей против инфекции, вызываемой гемофильной палочкой типа В (Hib), позволила сократить количество серьезных заболеваний детского организма, таких как, гнойный менингит, пневмония, воспаление подкожной клетчатки, артриты, остеомиелиты, на значительное количество. Охват вакцинацией в стране высокий: по данным Всемирного банка, в 2023 году более 96% детей в возрасте 12–23 месяцев получили необходимые дозы ХИБ-вакцины. Политика иммунизации, проводимая в Республике Таджикистан, ориентирована на обязательность, доступность и бесплатность вакцинации в рамках Национального календаря профилактических прививок, а также по эпидемическим показаниям.

Нурматова Г.С., Халимов С.А.
ДИНАМИКА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

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

Цель исследования. Сопоставить число и возрастную структуру зарегистрированных случаев вирусных гепатитов в Дангаринском районе за два семимесячных периода 2025 и 2026 годов.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный описательный анализ отчётных форм Областной инфекционной больницы за семь месяцев 2025 года и семь месяцев 2026 года. Учитывали зарегистрированный тип гепатита и принадлежность пациента к детскому или взрослому населению. В клинической диагностике использовались биохимические исследования крови, иммуноферментный анализ, ПЦР и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Результаты представлены абсолютными числами и долями среди зарегистрированных случаев соответствующего периода.

Результаты исследования. За два сравниваемых периода учтено 94 случая вирусных гепатитов. За семь месяцев 2025 года зарегистрировано 28 случаев гепатита А: 5 у взрослых (17,9%) и 23 у детей (82,1%). Гепатиты В и С в этом периоде не регистрировались. За семь месяцев 2026 года зарегистрировано 66 случаев: гепатит А у 2 взрослых и 62 детей, гепатит В у 2 взрослых. Доля детей с гепатитом А среди всех случаев 2026 года составила 93,9%; на взрослых

с гепатитом А и с гепатитом В приходилось по 3,0%. Гепатит С не зарегистрирован. Общее число случаев увеличилось с 28 до 66, то есть в 2,36 раза. Общий прирост составил 38 случаев: у детей число случаев гепатита А увеличилось на 39, у взрослых уменьшилось на 3; дополнительно зарегистрированы 2 взрослых с гепатитом В.

Выводы. Таким образом, изменение общего числа определялось преимущественно детскими случаями гепатита А. В структуре зарегистрированных вирусных гепатитов преобладал гепатит А у детей; увеличение общего числа случаев было связано преимущественно с этой группой. Для практической работы значим анализ источников заражения и условий передачи инфекции.

Нурматова Г.С., Халимов С.А.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Цель исследования. Определить частоту регистрации избыточной массы тела и ожирения различной степени у пациентов с артериальной гипертензией, проходивших лечение в кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезни пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района в 2025 году и первом полугодии 2026 года. Из 492 кардиологических случаев выделены 233 случая артериальной гипертензии у пациентов 35-65 лет. Единицей анализа служила история болезни с зарегистрированным диагнозом артериальной гипертензии; повторные записи одного пациента не рассматривались как доказательство новых случаев заболевания. Для описания распределения использована классификация индекса массы тела (ИМТ) для взрослых, представленная CDC (2024): нормальная масса тела - 18,5-24,9 кг/м², избыточная - 25,0-29,9 кг/м², ожирение I степени - 30,0-34,9 кг/м², II степени - 35,0-39,9 кг/м² и III степени - 40,0 кг/м² и более.

Результаты исследования. На случаи артериальной гипертензии приходилось 47,4% всей рассмотренной кардиологической документации. В 2025 году учтено 113 таких случаев, в первом полугодии 2026 года - 120. Эти периоды имеют разную продолжительность, поэтому их абсолютные значения характеризуют объём госпитализаций и не используются для вывода о динамике заболеваемости. Среди 233 историй болезни нормальный ИМТ отмечен в 30 случаях (12,9%), избыточная масса тела - в 128 (54,9%), ожирение I степени - в 44 (18,9%), II степени - в 27 (11,6%), III степени - в 4 (1,7%). В совокупности избыточная масса тела или ожирение зарегистрированы в 203 случаях (87,1%), в том числе ожирение различных степеней - в 75 (32,2%). Наиболее многочисленной была категория избыточной массы тела без ожирения. Категория нормального ИМТ также включала записи о пациентах с гипертензией; сравнение представленных категорий описывает структуру ИМТ, но не вероятность развития гипертензии.

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией избыточная масса тела или ожирение зарегистрированы в 87,1% случаев. Наиболее часто отмечалась избыточная масса тела без ожирения (54,9%). Ожирение выявлено в 32,2% случаев с преобладанием I степени. Для исследованной группы характерна высокая частота повышенного ИМТ, преимущественно за счёт избыточной массы тела без ожирения.

Нуров М.Г., Ходжиев Ш.Р., Юлдошев Ш.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В ПМСП ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА

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

Цель исследования. Описать помесечное распределение обращений в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Дангаринского района за январь-июнь 2025 года и их структуру по направлению, повторности и выделенной возрастной группе.

Материал и методы. Проанализированы агрегированные статистические сведения ПМСП за первое полугодие 2025 года. Единицей анализа являлось зарегистрированное обращение. Рассчитаны месячные и квартальные суммы, доли от общего числа обращений и относительное изменение между кварталами. Категории первичного и повторного обращения использованы в значении, принятом в сводном учёте. Число обращений не приравнивалось к числу отдельных пациентов.

Результаты исследования. За шесть месяцев зарегистрировано 716 обращений. В I квартале их было 321: в январе - 76, феврале - 139, марте - 106. Во II квартале зарегистрировано 395 обращений: в апреле - 128, мае - 131, июне - 136. Прирост составил 74 обращения, или 23,1% относительно I квартала. Максимальное месячное число отмечено в феврале, минимальное - в январе; после мартовского снижения в апреле-июне наблюдалось последовательное увеличение. По направлению зарегистрировано 310 обращений (43,3%), без направления - 406 (56,7%). Первичных обращений было 291 (40,6%), повторных - 425 (59,4%). На возраст 15-49 лет пришлось 319 обращений (44,6%).

Выводы. Во II квартале зарегистрировано на 23,1% больше обращений, чем в I квартале. В структуре посещений преобладали повторные обращения и обращения без направления. Результаты могут использоваться для описания нагрузки в рассмотренном полугодии.

Нуров М.Г., Зардиев А.М., Ходжиев Ш.Р.
СТРУКТУРА УЧЁТНЫХ КАТЕГОРИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДечно-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ

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

Цель исследования. Описать состав учётных категорий, используемых при диспансерном наблюдении пациентов с сердечно-сосудистой патологией в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Дангаринского района.

Материал и методы. Выполнен описательный анализ сводных данных ПМСП за девять месяцев 2025 года. Единицей анализа служило включение в учётную категорию. Суммарное число таких включений составило 262; именно эта величина использована как знаменатель для расчёта структуры записей. Названия категорий сохранены в соответствии с учётом. Диагнозы, сведения о лечении и диагностических процедурах рассмотрены отдельно по их содержанию.

Результаты исследования. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) указана в 58 записях (22,1%), состояние после хирургического лечения ИБС - в 14 (5,3%), тромбоз - в 24 (9,2%), острое нарушение мозгового кровообращения - в 3 (1,1%), кардиомиопатия - в 4 (1,5%). Состояние после аортокоронарного шунтирования отражено в 14 записях (5,3%), после стентирования - в 79 (30,2%), после имплантации электрокардиостимулятора - в 1 (0,4%), после протезирования митрального клапана - в 16 (6,1%), после коронарографии - в 49 (18,7%). Наибольшую отдельную категорию составили записи о перенесённом стентировании.

Выводы. В использованной учётной классификации наибольшую долю составляли пациенты после стентирования и пациенты с ишемической болезнью сердца. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования профилактических мер, своевременной диагностики и усиление эффективности диспансерного наблюдения.

Нуруллозода З.Х.
КЛИНИКО - РЕЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОЛИГОФРЕНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

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

Цель исследования. Оценить ведущие клинические проявления интеллектуальных и речевых нарушений у детей с олигофренией различной степени выраженности.

Материал и методы. Методом случайной выборки были изучены заключения врачебной комиссии в 16 амбулаторных картах детей с олигофренией различной степени выраженности — преимущественно легкой степени (дебильность) и нерезко выраженной имбецильностью. Во всех случаях имелись заключения логопеда, позволившие оценить особенности речевого развития и характер речевых нарушений. Среди обследованных детей было 10 мальчиков (62,5%) и 6 девочек (37,5%). Возраст детей составил от 3 до 9 лет. Исследование проводилось на базе **Центра комплексной поддержки матери и ребенка ГУ «ГЦЗ №15» г. Душанбе**. При анализе медицинской документации учитывались возраст, пол, степень интеллектуального нарушения, клинические особенности и характер речевых нарушений, отраженные в заключениях врачебной комиссии и логопеда. Этиологический аспект нозологической обусловленности указанной группы олигофрении рассмотрен по рубрикам: – перинатальная патология инфекционно – интоксикационного регистра; – родовая травма и асфиксии; – черепно-мозговые травмы до трехлетнего возраста; – органическое поражение головного мозга различного генеза и сочетанные причины.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ показал, что до 87,5% детей с умственной отсталостью имеют речевую патологию, выражающуюся в специфических нарушениях фонетики, лексики и грамматики. У этих детей сужен набор слов, снижено количество слов соответственно возрастным градациям, слова чаще привычного бытового аспекта, олигофазичность, задержка развития речи. Нет модулированной, адекватно интонационно окрашенной речи. Речевые стереотипии, паузы, замедление темпа речи. Полигамны нарушения произношения звуков («с» - «з», «ш» - «ж»...), слухоречевого восприятия (чаще у детей с анатомическим дефектом строения речевого аппарата). Бедность словаря отражена в особенностях лексики – ребенок не знает названия в чем-то сходных между собой предметов, напри мер: «варежка» - называет все, что одевается на руку (перчатки, рукавицы). Преобладает пассивный словарь над активным. Дети с олигофренией, в большинстве случаев, не могут «укрупнить» и «разукрупнить» предметы; увеличить – уменьшить. Умственно отсталые дети, словом неточно обозначают и действие предметов, хотя делать могут верно (например: двигает машинку – «она лезет»); не используют приставочные формы глаголов (например: действие «вышел», «зашел», «перешел» - называют одним словом «идет»). Значительно снижено анализирующее восприятие качества предметов (для больных олигофренией характерно использование 1 – 2-х качеств).

Выводы. У детей с олигофренией часто выявляются выраженные нарушения речи, поэтому ранняя диагностика и комплексная коррекционно-реабилитационная помощь с участием логопеда необходимы для улучшения речевого развития и социальной адаптации ребенка.

Нуруллозода З.Х.¹, Умарова Ф.З.¹, Эшмуродов И.Х.².
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ КОРЬ, ПАРАТИТ И КРАСНУХА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА У ДЕТЕЙ

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

2.ГУ «Городской центр здоровья №12». г.Душанбе Таджикистан.

Цель исследования. Оценка результатов вакцинации против кори, паротита и краснухи (КПК) у детей раннего и дошкольного возраста на примере одного прикрепленного участка ГУ «ГЦЗ №12».

Материал и методы. Общее количество прикрепленного населения 2091 (100%), из которых 132-дети до дошкольного возраста (6,26%), из них до 12-месяца составляло 20-детей, с 1-года до 6 лет 112-детей. Проведен ретроспективный анализ карта иммунизации у/ф-063, у/ф-024, паспорт участка у/ф-0,25 и дневник работы врача у/ф-0,39.

Результат исследования. Результаты проведенного исследования показали, что из 132 детей, состоящих на прикрепленном участке ГУ «ГЦЗ №12», вакцинацию против кори, паротита и краснухи (КПК) получили 126 детей, что составило 95,4% от общего числа обследованных детей. При этом первую дозу вакцины КПК-1 получили 126 детей (95,4%), из них 14 детей (11,1%) получили только первую дозу вакцины, а 112 ребенка (88,9%) были привиты как КПК-1, так и КПК-2. Анализ заболеваемости показал, что среди детей в возрасте до 12 месяцев было зарегистрировано 2 случая кори, что составило 1,5% от общего числа обследованных детей. Один случай кори был зарегистрирован у ребенка в возрасте 7 месяцев, второй — в возрасте 9 месяцев. Оба ребенка на момент заболевания не были привиты вакциной КПК-1, что соответствует установленному возрасту начала плановой вакцинации против кори, паротита и краснухи. В возрастной группе от 1 года до 6 лет было зарегистрировано 6 случаев заболеваний корью и паротитом. Из них 5 случаев приходилось на корь и 1 случай — на паротит. Среди заболевших детей двое были ранее вакцинированы первой дозой КПК-1, однако остальные 4 ребенка не получили вакцинацию КПК-1 и КПК-2. Заболевшие дети относились к различным возрастным категориям: 1 ребенок — 1 год 7 месяцев, 1 — 2 года, 1 — 3 года, 1 — 5 лет и 1 — 6 лет; один случай паротита также был зарегистрирован в данной возрастной группе.

Выводы. Полученные результаты также подчеркивают значение работы семейного врача в обеспечении своевременной вакцинации детей, контроле прививочного статуса, активном выявлении не привитых детей и проведении санитарно-просветительной работы с родителями. Достоверное информирование родителей о безопасности, эффективности и необходимости вакцинации может способствовать повышению приверженности к иммунизации и дальнейшему увеличению охвата детей вакцинацией КПК.

Обидов Ф.Х.

АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ БИОМАРКЕРОВ

Свободный соискатель Самаркандского государственного медицинского университета Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Разработать алгоритм персонализированной реабилитации пациентов с хронической ишемией мозга I–II стадии на основе комплексной оценки биомаркеров.

Материалы и методы. В исследование были включены 112 пациентов с хронической ишемией мозга I–II стадии, средний возраст составил $65,8 \pm 3,7$ года. Всем пациентам проводили клиничко-неврологическое и нейропсихологическое обследование с оценкой когнитивных функций, повседневной активности и качества жизни. Дополнительно изучали биомаркеры воспаления, нейронального повреждения и нейропластичности: интерлейкин-6, фактор некроза опухоли-альфа, С-реактивный белок, нейротрофический фактор мозга, нейронспецифическую енолазу и D-димер. На основании полученных данных пациенты были распределены по степени реабилитационного риска и нуждаемости в персонализированной программе восстановления.

Результаты исследования. Комплексная оценка показала, что у пациентов с хронической ишемией мозга II стадии когнитивные нарушения были более выраженными, чем при I стадии. Показатель по Монреальской шкале когнитивной оценки снижался с $23,8 \pm 2,5$ до $20,5 \pm 2,7$ балла, а по краткой шкале оценки психического статуса — с $25,7 \pm 2,3$ до $22,4 \pm 2,6$ балла. Одновременно ухудшался биомаркерный профиль: уровень интерлейкина-6 повышался с $5,29 \pm 1,09$ до $6,81 \pm 1,11$ пг/мл, С-реактивного белка — с $3,49 \pm 0,72$ до $5,02 \pm 0,81$ мг/л, нейронспецифической енолазы — с $18,3 \pm 2,4$ до $23,1 \pm 3,0$ нг/мл, D-димера — с $308,3 \pm 46,2$ до $423,2 \pm 60,4$ нг/мл. При этом уровень нейротрофического фактора мозга снижался с $11,4 \pm 1,7$ до $9,7 \pm 1,4$ нг/мл, что отражало уменьшение нейропластического потенциала. На основании этих данных был разработан алгоритм персонализированной реабилитации, включающий оценку когнитивного статуса, биомаркерного профиля и распределение пациентов по группам реабилитационного риска. К критериям высокого риска были отнесены: интерлейкин-6 более 7 пг/мл, нейротрофический фактор мозга менее 12 нг/мл, нейронспецифическая енолаза более 18 нг/мл, а также повышение С-реактивного белка и D-димера. С учётом степени риска определялся объём восстановительных мероприятий. При низком риске применялись базовые когнитивные тренировки, лечебная физкультура и контроль сосудистых факторов. При умеренном риске дополнительно включались нейропсихологические тренинги, аэробные нагрузки, коррекция сна и питания. При высоком риске назначалась расширенная программа с интенсивной когнитивной реабилитацией, контролем воспалительных и нейрометаболических показателей и более частым мониторингом состояния пациента. После внедрения алгоритма персонализированная реабилитация показала более выраженную положительную динамику по сравнению со стандартной программой: показатель по Монреальской шкале когнитивной оценки увеличился на 22,4% против 7,1%, по краткой шкале оценки психического статуса — на 12,1% против 4,3%. Качество жизни также улучшалось значительно: физическое функционирование повысилось на 21,3% против 8,5%, ролевое функционирование — на 20,4% против 7,2%, жизненная активность — на 16,3% против 6,2%. Наиболее информативными показателями для выбора реабилитационной тактики являлись интерлейкин-6, нейротрофический фактор мозга, нейронспецифическая енолаза и D-димер.

Вывод. Разработанный алгоритм персонализированной реабилитации позволяет учитывать не только клиническое состояние пациента с хронической ишемией мозга, но и биомаркерные признаки воспаления, нейронального повреждения и снижения нейропластичности. Такой подход помогает выделить пациентов с высоким реабилитацион-

ным риском, индивидуализировать объём восстановительных мероприятий и повысить результативность реабилитации.

Обидова Ш.В., Ахмедшоева Р.Г., Абдуллоева С.Н.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ПОКАЗАТЕЛИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Г. НУРЕКА ЗА 2024-2025 ГОДЫ.

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

Цель исследования. Оценить динамику использования современных методов контрацепции и выявить особенности структуры искусственного прерывания беременности среди женщин репродуктивного возраста г. Нурека по данным статистической отчетности за 2024-2025 годы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ официальных статистических данных отчетности ПМСП г. Нурека за 2024-2025 годы. Изучены показатели охвата современными методами контрацепции, структуры применяемых средств, количество искусственных прерываний беременности, сроков их проведения и возрастного распределения женщин.

Результаты исследования. Общее количество женщин детей родного возраста составляет 16865. В 2025 году число женщин, использующих современные методы контрацепции увеличилось от 7076 (42,5%) до 7204 (42,7%). Пользователи контрацептивных средств составляло 4421 (25,3%) в 2024 году а в 2025 году 4309 (25,5%), число пользователей контрацептивных средств, взятых на учёт в течение года 2855 (40,3%) в 2024 а в 2025 году 2895 (40,2%), лица охваченные из целевых групп 3721 (22,3%) – 2024г, 2025г – 3769 (22,3%), в том числе инвалидов в 2024г – 42 (0,6%), 2025г – 41 (0,6%), послеродовая контрацепция 2024г – 262 (14,8%), в 2025г – 251 (14%).

Наиболее распространённым методом оставались применение внутриматочных средств 4427 (62,6%) в 2024г а в 2025 г 4419 (61,3%) и оральные контрацептивы составляющие в 2024г – 302 (4,3%), в 2025 г – 427 (5,9%), использование инъекционных контрацептивов, презервативов и спермицидов, ДХС снизились. Естественные методы контрацепции в том, числе лактационная аменорея выросло от 1072 (15,1%) до 1131 (15,7%) а календарный метод составляло в 2024г 901 (12,7%), в 2025 г – 909 (12,6%).

Количество искусственных прерываний беременности возросла от 66 до 69 случаев. Основную долю составили случаи неразвивающиеся беременности 2024г - 56 (84,8%), 55 (83,3%) на срок до 12 недель беременности а до 22 недели беременности 11 (16,7%) случаев. Самопроизвольные выкидыши составляли 9 (13,6%) и с использованием медикаментов 1 (1,5 %). В 2025г – 59 (85,5%) и все случаи на срок до 12 недель беременности. Самопроизвольные выкидыши составляли 10 (13,6%) и с использованием медикаментов 1 (1,4 %). Среди возрастных групп преобладали женщины 20-24 лет, несмотря на снижение их удельного веса с 43,9% до 33,3%.

Выводы. Охват современными методами контрацепции незначительно увеличился. Наиболее распространёнными остаются внутриматочные средства и лактационная аменорея. Количество искусственных прерываний беременности увеличилось. Необходимо усилить консультирование женщин по вопросам планирование семьи и расширить доступность к современным методом контрацепции.

Обидова Ш.В., Искандарова З.И., Холматова А.И..

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТЕНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДОМАШНИХ РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. НУРЕКА ЗА 2024-2025 ГОДЫ.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ показателей акушерско - геникологической помощи за 2024-2025 годы.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ официальных статистических данных по антенатальному наблюдению и экстрагенитальным заболеваниям беременных женщин за 2024-2025 годы. Выполнено сравнение абсолютных и относительных показателей (в процентах), оценивалась динамика охвата медицинским наблюдением, лабораторным скринингом и распространённости сопутствующих заболеваний.

Результаты исследование. В 2025 году по сравнению с 2024 годом число беременных женщин, состоящих под медицинским наблюдением, увеличилось с 1989 до 2200. Охват ранней постановкой беременных женщин на учёт, то есть до 12 недель беременности, также увеличился с 94,7% до 95,7%. Доля женщин, вставших на учёт после 22 недель беременности, напротив, снизилась с 1,7% до 1,1%, что свидетельствует об улучшении своевременности постановки беременных на диспансерный учёт. Обеспеченность фолиевой кислотой в первом триместре беременности составила 100%. Охват обследованием на сифилис (RW), вирусные гепатиты В и С и другими обязательными скрининговыми исследованиями достиг практически полного уровня. Анемия оставалась наиболее распространённым заболеванием среди беременных женщин, однако её частота снизилась с 24,6% в 2024 году до 21,6% в 2025 году. Вместе с тем отмечалось небольшое увеличение частоты заболеваний мочевыделительной системы — с 16,5% до 17,3%, а также варикозной болезни — с 3,6% до 4,0%. Количество случаев вирусных гепатитов В и С имело тенденцию к снижению. В 2025 году количество домашних родов увеличилось с 18 до 21 случая. Медицинское наблюдение и охват обследованием на ВИЧ составили 100%. Число беременных подросткового и молодого возраста увеличилось с 907 до 933 в 2025 году. Все женщины данной возрастной группы были поставлены на учёт до 12 недель беременности, что составило 100% и свидетельствует о высоком уровне охвата ранним антенатальным наблюдением. При этом количество беременных в возрасте до 17 лет увеличилось с 1 до 2 случаев, а число беременных в возрасте 18–19 лет возросло со

141 (15,5%) до 163 (17,5%). Основную долю среди беременных подросткового и молодого возраста составили женщины 20–24 лет: 765 (84,3%) в 2024 году и 768 (82,3%) в 2025 году.

Выводы. В 2025 году отмечается положительная динамика организации антенатального наблюдения: высокий уровень ранней постановки на учёт и полный охват обязательными обследованиями. Вместе с тем требуют дальнейшего внимания профилактика анемии, заболеваний мочевыделительной системы, снижение число домашних родов, предупреждение беременности в подростковом возрасте, особенно среди девушек до 17 лет.

Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.

СОЧЕТАНИЕ ЗАПИСЕЙ О ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ДИСПАНСЕРНЫХ КАРТАХ

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

Цель исследования. Описать регистрацию диабетической ангиопатии и её сочетание с когнитивными нарушениями у пациентов с сахарным диабетом, состоящих на диспансерном учёте.

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 1185 диспансерных карт пациентов с сахарным диабетом, состоявших на учёте у эндокринолога Центра здоровья Дангаринского района на конец 2025 года. Анализировали наличие записей об ангиопатии и когнитивных нарушениях, а также тип диабета у пациентов с их сочетанием. Рассчитаны доли в общей диспансерной группе и среди пациентов с зарегистрированной ангиопатией. В данном анализе термины обозначают записи в документации; единообразие исходных диагностических процедур по сводным данным не установлено.

Результаты исследования. Диабетическая ангиопатия отмечена в 400 картах (33,8%), когнитивные нарушения - в 97 (8,2%). Все 97 пациентов с зарегистрированными когнитивными нарушениями входили в группу с ангиопатией. Доля такого сочетания среди 400 пациентов с ангиопатией составила 24,3%. У остальных 303 пациентов этой группы когнитивные нарушения в рассматриваемой документации не зарегистрированы. Среди 97 пациентов с сочетанием состояний сахарный диабет 1 типа был у 36 (37,1%), 2 типа - у 61 (62,9%). Эти доли описывают состав данной подгруппы и не являются частотой когнитивных нарушений внутри каждого типа диабета. Совместная регистрация состояний определяет группу для уточняющего анализа сосудистого и когнитивного статуса. Вместе с тем отсутствие соответствующей записи у других пациентов не равнозначно отрицательному результату стандартизированного тестирования.

Выводы. Запись о когнитивных нарушениях присутствовала почти в четверти карт с зарегистрированной ангиопатией. Этот результат характеризует сочетание записей в документации и может использоваться для планирования уточняющего обследования данной группы.

Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ

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

Цель исследования. Описать частоту регистрации диагноза диабетической энцефалопатии в диспансерных картах пациентов Дангаринского района и распределение этих случаев по типу сахарного диабета.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы диспансерные карты 1185 пациентов с сахарным диабетом, состоявших на учёте у эндокринолога Центра здоровья Дангаринского района на конец 2025 года. Учитывали возрастную категорию, тип диабета и наличие записи о диабетической энцефалопатии. Рассчитаны доли зарегистрированных случаев среди всех пациентов, внутри групп диабета 1 и 2 типов и в подгруппе с энцефалопатией.

Результаты исследования. В диспансерной группе состояли 12 детей до 14 лет (1,0%), 18 подростков (1,5%) и 1155 взрослых (97,5%). Сахарный диабет 1 типа был зарегистрирован у 144 пациентов (12,2%), 2 типа - у 1041 (87,8%). Диагноз диабетической энцефалопатии отмечен в 97 картах (8,2%). Из этих пациентов 36 имели диабет 1 типа и 61 - диабет 2 типа, что составляло соответственно 37,1 и 62,9% подгруппы с энцефалопатией. При расчёте внутри каждого типа диабета доли составили: 36 из 144 (25,0%) и 61 из 1041 (5,9%). Следовательно, преобладание диабета 2 типа по абсолютному числу случаев энцефалопатии не означало большей доли регистрации внутри этой группы. У пациентов с диабетом 1 типа отмечалось длительное течение заболевания; среди пациентов с диабетом 2 типа и энцефалопатией преобладали лица пожилого и старческого возраста, встречались артериальная гипертензия, атеросклероз и cerebrovasкулярные нарушения. Эти характеристики важны для интерпретации различий, однако их независимый вклад данным описательным анализом не определялся.

Выводы. Диабетическая энцефалопатия была зарегистрирована у 8,2% пациентов диспансерной группы. Расчёт с разными знаменателями показал различие между числом случаев и их долей внутри типов диабета. Полученный показатель следует использовать для описания диспансерной документации.

Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.

АЛЛОИММУНИЗАЦИЯ RhD ДАР СИСТЕМАИ МОДАР ВА ҶАНИН: МЕХАНИЗМ ВА ПЕШГИРӢ

Кафедраи фанҳои муолиҷавии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Шарҳ додани механизми аллоиммунизатсияи RhD ва асоснок кардани пайдарпайии ҷораҳои пешгирии бемории гемолитикии ҷанин ва навод.

Мавод ва усулҳо. Шарҳи тавсифии механизмҳои номувофикати RhD ва иммунопрофилактика бо таъба тавсияҳои FIGO/ICM (Visser ва ҳаммуаллифон, 2021) анҷом дода шуд. Масъала дар се самт баррасӣ гардид: воридшавии эритроцитҳои чанин ба гардиши хуни модар, ташаккули ҷавоби иммунӣ ва пешгирии ҳассосшавӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Номувофикати RhD вақте ба вучуд меояд, ки модар RhD-манфӣ ва чанин RhD-мусбат бошад. Ворид шудани эритроцитҳои чанин ба хуни модар метавонад ҳосилшавии подтанҳои иммунӣ бар зидди антигени D-ро барангезад. Подтанҳои синфи IgG аз ҳамроҳак гузашта, эритроцитҳои чанинро вайрон мекунанд. Аз ин рӯ, ҳуди номувофикати RhD ҳанӯз маънои бемории гемолитикиро надорад: барои ин ташаккули ҷавоби иммунӣ ва таъсири подтанҳо зарур аст. RhD-мусбат будани падар низ RhD-мусбат будани чанинро ҳатман муайян намекунад.

Ҳассосшавӣ метавонад ҳангоми таваллуд, хунравии давраи ҳомиладорӣ, осеби шикам ва баъзе амалиёти инвазивӣ рух диҳад. Интиқоли хуни номувофик дар гузашта низ аҳаммият дорад; бинобар ин ҳомиладорӣ аввал аз хавф пурра озод нест. Муайян кардани гурӯҳи хун, RhD ва подтанҳои зиддиэритроцитӣ имкон медиҳад, ки занони ниёзманд ба профилактика аз занони аллакай ҳассосшуда ҷудо карда шаванд.

Иммуноглобулини anti-D барои занони RhD-манфӣ бе anti-D-и иммунӣ истифода мешавад. Тавсияҳои FIGO/ICM барои профилактикаи нақшавии давраи ҳомиладорӣ вояи 1500 IU (300 мкг)-ро дар ҳафтаҳои 28-34 баррасӣ мекунанд; муҳлат ва низоми дақиқ аз дастури амалкунандаи муассиса вобастаанд. Пас аз таваллуди кӯдаки RhD-мусбат иммуноглобулин дар давоми 72 соат дода мешавад. Ҳаҷми хунгузарии чанинӣ-модарӣ барои муайян кардани зарурати вояи иловагӣ аҳаммият дорад. Профилактика пас аз ҳодисаҳои ҳассоскунонда вобаста ба муҳлати ҳомиладорӣ ва хусусияти ҳодиса интихоб мешавад.

Хулоса. Пешгирии аллоиммунизатсияи RhD ба санҷиши саривақтии гурӯҳи хун ва подтанҳо, баҳодиҳии ҳодисаҳои ҳассоскунонда ва риояи муҳлати иммунопрофилактика таъба мекунанд. Anti-D иммуноглобулин буда, аллоиммунизатсияи мавҷударо таъбат намекунад. Барои занони аллакай ҳассосшуда назорати махсуси модар ва чанин зарур аст.

Панжиева Н.Н., Хайдаров Н.К.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИСХОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ОСНОВЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Разработать и валидировать мультимодальную модель прогнозирования функционального исхода ишемического инсульта (по модифицированной шкале Рэнкина через 90 дней) и риска ранних осложнений на основе объединения клинических, лабораторных и нейровизуализационных данных.

Материалы и методы. Формируется база данных пациентов с ишемическим инсультом, включающая демографические, анамнестические, клинические (шкала NIHSS при поступлении), лабораторные показатели, данные нейровизуализации, сведения о проведенном лечении и функциональный статус на момент выписки и в катамнезе (90 дней). Для построения прогностической модели рассматривается объединение табличных клинических данных (методами градиентного бустинга) с признаками, извлеченными из изображений при помощи свёрточных нейронных сетей (fusion-архитектура). Оценка качества модели будет проводиться по AUC, калибровочным кривым и сопоставлению с прогностической точностью традиционных клинических шкал на независимой валидационной выборке.

Результаты исследования. На данном этапе определена структура прогностической модели и перечень включаемых предикторов, разработан протокол сбора катамнестических данных о функциональном исходе. Ведётся формирование базы данных пациентов. Оценка точности прогнозирования (AUC, чувствительность, специфичность) будет представлена после завершения обучения и валидации модели.

Выводы. Использование мультимодальных моделей искусственного интеллекта, объединяющих клинические, лабораторные и визуализационные данные, представляет собой перспективный подход к повышению точности индивидуального прогнозирования исхода ишемического инсульта по сравнению с традиционными клиническими шкалами. Результаты работы могут стать основой для разработки инструмента поддержки принятия решений при планировании тактики ведения и реабилитации пациентов.

Панжиева Н.Н., Хайдаров Н.К.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ГЛУБОКОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Разработать и валидировать модель глубокого обучения для автоматической диагностики ишемического инсульта по данным КТ и МРТ, включая сегментацию очага поражения, стандартизированную оценку по шкале ASPECTS и выявление окклюзий крупных сосудов.

Материалы и методы. Формируется ретроспективная выборка пациентов с верифицированным диагнозом ишемического инсульта, включающая данные нативной КТ, КТ-ангиографии и МРТ, выполненных в первые 24 часа от начала симптомов. Референсная разметка изображений (сегментация очага, оценка ASPECTS, локализация окклюзии) осуществляется не менее чем двумя независимыми экспертами с последующей оценкой межэкспертной согласованности (коэффициент каппа Коэна). Для решения задачи сегментации планируется применение свёрточных архитектур семейства U-Net/nnU-Net, для классификационных задач — сетей на основе ResNet/EfficientNet. Оценка качества моделей будет проводиться по метрикам Dice-коэффициента, чувствительности, специфичности и площади под ROC-кривой (AUC) с использованием внутренней (k-fold) и внешней (на независимой выборке) валидации.

Результаты исследования. На текущем этапе исследования завершена разработка протокола сбора и разметки

данных, определена архитектура диагностической модели и критерии оценки её качества. Проводится формирование ретроспективной выборки и подготовка инфраструктуры для обучения моделей. Количественные результаты валидации будут представлены по завершении этапа внутреннего тестирования.

Выводы. Разработка автоматизированной системы диагностики ишемического инсульта на основе глубокого обучения является перспективным направлением повышения точности и скорости постановки диагноза, особенно в медицинских учреждениях с ограниченным доступом к специалистам нейровизуализации. Дальнейшая работа предполагает завершение формирования выборки, обучение и валидацию моделей с последующей оценкой их клинической применимости.

Пахнова Л.Р.¹, Воронина Л.П.².

ДИАГНОСТИКА КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

²Кафедра клинической иммунологии с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

Цель исследования. Определить значение сурфактанта D в диагностике кардиопульмональной патологии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Больные хронической сердечной недостаточности (ХСН) n = 368. Медиана возраста 68 лет [59; 73]. Мужчины 53%. Функциональный класс (ФК) ХСН: ФК II n = 59; ФК III n = 158; ФК IV n = 151. По уровню повышения систолического давления в лёгочной артерии по данным ЭхоКГ пациенты разделены на три группы: **лёгкая степень** легочной гипертензии (ЛГ) (давление 30–40 мм рт.ст.), **умеренная степень ЛГ** (давление 41–55 мм рт.ст.), **тяжёлая степень ЛГ** (давление >55 мм рт.ст.) 28, 42 и 33 человек соответственно. Контрольная группа - 50 человек.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ХСН 2024 г. Дополнительно проводилась количественная оценка уровня SP-D в плазме крови методом иммуноферментного твердофазного анализа в соответствии с рекомендациями производителя.

Результаты: уровни SP-D (Ме (25%; 75%) нг/мл) в плазме крови у пациентов с ХСН были выше по сравнению с контрольной группой: 265 (201; 334) нг/мл и 60 (30; 92) нг/мл соответственно.

А также отмечалось нарастание уровней SP-D в плазме крови у больных с ХСН с повышением ФК ХСН: ХСН ФК II – 180 (128; 229) нг/мл, ХСН ФК III – 288 (236; 354) нг/мл, ХСН ФК IV – 375 (288; 467) нг/мл, что свидетельствует о том, что степень повреждения лёгочного эпителия коррелирует с клинической тяжестью декомпенсации ХСН.

Уровни SP-D в крови положительно коррелировали со степенью ЛГ: **лёгкая степень ЛГ** – 200 (160; 294) нг/мл, **умеренная степень ЛГ** – 327 (262; 401) нг/мл, **тяжёлая степень ЛГ** – 413 (308; 509) нг/мл, при этом у больных с ХСН без признаков ЛГ уровень SP-D заметно ниже – 86 (57; 125) нг/мл, что подтверждает роль венозного застоя и повышения капиллярного давления как ключевого триггера повреждения сурфактантной системы.

Выводы. Полученные данные подтверждают, что при ХСН, особенно в сочетании с ЛГ, хроническое повышение гидростатического давления в лёгочных капиллярах приводит к нарушению целостности альвеолярно-капиллярного барьера, что сопровождается выбросом SP-D в системный кровоток. Это отражает не только интерстициальный отёк, но и активное повреждение альвеолоцитов II типа. Уровень SP-D является количественным показателем, ассоциированным с ФК ХСН и степенью ЛГ. Его определение позволяет стратифицировать пациентов по риску развития кардиопульмональных осложнений и выделить подгруппу больных с наиболее выраженным поражением лёгких даже при отсутствии явных признаков дыхательной недостаточности.

Целесообразно определение SP-D у больных с ХСН в динамике (при госпитализации, перед выпиской и через 1–3 месяца) с интерпретацией результатов в комплексе с клиническими, эхокардиографическими и рентгенологическими данными. Снижение уровня SP-D на фоне терапии может служить ранним признаком положительной динамики состояния кардиореспираторной системы.

Пахнова Л.Р.¹, Воронина Л.П.².

ДИАГНОСТИКА ЗАСТОЙНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

¹Кафедра лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

²Кафедра клинической иммунологии с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань, Российская Федерация

Цель исследования. Диагностика застойных изменений в легких у больных с ХСН по данным УЗИ легких и плевральной полости.

Материалы и методы. Больные хронической сердечной недостаточности (ХСН) n = 356. Медиана возраста 68 лет [55; 74]. Мужчины 54%. Функциональный класс (ФК) ХСН: ФК II n = 58; ФК III n = 166; ФК IV n = 132. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ $\geq 50\%$ n = 128; ФВ 41–49% n = 110; ФВ $\leq 40\%$ n = 118.

Пред-СН ХСН n = 69; Стадия 1 ХСН n = 188; Стадия 2 ХСН n = 99.

Всем больным проводились рентгенография органов грудной клетки и ультразвуковое исследование (УЗИ) легких и плевральной полости в В-режиме с оценкой толщины и контура плевральных листков, скопления плевральных

листьев, наличия горизонтальных линий, подсчет вертикальных линий в каждом подреберье, определение наличия, количества и характера жидкости в плевральных полостях, обнаружение участков безвоздушной легочной ткани с оценкой их размеров, экзоструктуры, контура.

Результаты исследования. В общей сложности у 68% больных ХСН, вошедших в исследование, при помощи УЗИ легких и плевральной полости выявлены застойные изменения в виде интерстициальных изменений и скопления гомогенной жидкости в плевральных полостях, плеврит выявлен у 39%, сочетание у – 29%. У 32% больных с ХСН застойные изменения легких по данным УЗИ отсутствовали. Прослеживалось увеличение частоты интерстициального отека легкой, средней и тяжелой степени с увеличением ФК ХСН. При этом частота выявления плеврального выпота не имела значимых различий от уровней ФВ ЛЖ и ФК ХСН. Наблюдалось увеличение частоты встречаемости интерстициального отека и плеврита в группах ХСН 1 и 2 стадии по сравнению с группой больных Пред-СН, однако и в группе Пред-СН встречались пациенты с интерстициальным отеком и выпотом, при отсутствии клинических проявлений ХСН, что было расценено, как субклинические формы интерстициального отека легких. По данным рентгенографии органов грудной клетки у 46% пациентов выявлены интерстициальный отек легких, у 54% – плеврит, сочетание – у 24%.

Интерстициальный отек легких легкой степени сопровождался утомляемостью и/или одышкой при выраженной физической нагрузке, отек средней степени тяжести – одышкой при физической нагрузке, ортопноэ, слабостью, непродуктивным кашлем, отек легких тяжелой степени сопровождался выраженной одышкой при минимальной физической нагрузке, ортопноэ, слабостью, кашлем, хрипами в легких. У части больных (16%) с интерстициальным отеком легких вышеперечисленные жалобы отсутствовали, что было расценено как субклинический интерстициальный отек легких.

Выводы. УЗИ легких и плевральной полости можно рассматривать, как предиктивный метод оценки состояния легочной паренхимы, направленный на определение риск-профиля, что несомненно является современной парадигмой в здравоохранении. Результаты работы отражают целесообразность проведения УЗИ легких у больных с одышкой, анализа полученных данных в качестве дополнительной информации для постановки диагноза и своевременной коррекции выявленных изменений кардиореспираторного тракта.

Пачаджанова Х.Н., Хакимова З.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ СОПУСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ

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

Цель исследования. Оценить клинические особенности рожистого воспаления у взрослых на фоне гипертонии и сахарного диабета и изучить их влияние на течение болезни.

Материалы и методы. Был проведен анализ 15 историй болезней больных с диагнозом рожистое воспаление, находившихся в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе за период 2026 года. Диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных, показателем общего анализа крови и анализом крови на сахар.

Результаты исследования. Из общего количества больных женщин было 8 (53,3%), мужчин – 7 (46,7%). Среди них городских жителей – 11 (73,4%), сельских - 4 (26,7%). Возраст больных колебался от 22-75 лет, в среднем $45,3 \pm 2,5$ лет. Все больные с учетом клинических форм болезни были распределены на 2 группы.

В первой группе у 4 больных (26,7%) наблюдалась эритематозная форма рожистого воспаления, которая протекала на фоне сахарного диабета. Все больные с эритематозной формой рожистого воспаления поступили в состоянии средней тяжести. Заболевание в первой группе характеризовались острым началом с повышением температуры тела до 38°C у 2 больных, у 2 больных температура была субфебрильной с умеренно выраженными симптомами интоксикации и проявлялась слабостью, недомоганием и снижением аппетита. При осмотре на коже в области голени выявлено уплотнение и напряжение кожи, гиперемия имела четкие границы с неровными краями. Местное повышение температуры в области рожистого воспаления, болезненность при пальпации. Симптомы поражения кожи на фоне лечения длились 5 дней. Осложнения не были выявлены.

Вторую группу составили 11 больных (73,4%) выявлена эритематозно-буллезная форма рожистого воспаления, которая протекала на фоне сахарного диабета и гипертонии. Заболевание во всех случаях протекало в тяжелой форме. Заболевание характеризовалась острым началом с повышением температуры тела до 39°C , сопровождалось ознобом, слабостью и лимфаденитом. Местный воспалительный процесс локализовался в области голени и характеризовался эритемой на фоне которой отмечались пузыри с серозной жидкостью. Эритематозно-буллезная форма развивалась на 2-3 день болезни у 5 (45,5%) больных, у 6 (54,5%) больных на 4-5 день болезни. В гемограмме у всех больных отмечался лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. Осложнения выявлены были у 2 больных в виде флегмоны. У 1 больного был выявлен лимфостаз. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных составила $10,8 \pm 5,6$ дней.

Все больные получали курс антибактериальной терапии, а при выраженной интоксикации наряду с антибиотиками была проведена дезинтоксикационная терапия.

При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления назначали нестероидные и противовоспалительные препараты. Местное лечение проводилось при вскрытии пузырей наложением салфеток, смоченных раствором фурацилина.

Выводы. Анализ проводимых исследований показал, что у больных на фоне сопутствующих заболеваний сахарного диабета и гипертонии преобладали эритематозно-буллезные формы рожистого воспаления, в 27,2% случаев имели осложнения и протекали длительно.

Пачаджанова Х.Н. Хакимова З.Ф.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения кори у беременных женщин и ее влияние на течение беременности.

Материалы и методы. Был проведен анализ 9 историй болезни беременных женщин с диагнозом корь, находившиеся на стационарном лечении в ГУ «Городская клиническая инфекционная больница г. Душанбе» за период 2025г. Проводилась оценка следующих параметров: сезонность, возраст, срок беременности, клинические проявления кори, динамика течения заболевания. Диагноз был подтвержден на основании клинико-эпидемиологических данных и методом ПЦР.

Результаты исследования. Из общего количества больных 5 (55,6%) женщин поступили на 23-24 неделе беременности, 2 (22,2%) на 28-30 неделе, 2 (22,2%) на 30-32 неделе беременности. Городских жителей было 3 (33,3%), сельских - 6 (66,6%). Возраст больных колебался от 20-26 лет, в среднем $22,3 \pm 1,2$ лет. Контакт с больными корью был выявлен у 4 женщин. Пик госпитализации регистрировался с марта по апрель месяца.

Симптомы кори проявлялись на всех сроках беременности: среди госпитализированных в I триместре поступили -4 (44,4%), во II триместре -3(33,3%), в III триместре – 2(22,3%) женщин. Медиана гестационного возраста плода на момент госпитализации составила 25-26 недель.

При поступлении тяжелое течение болезни было выявлено у 6 (66,6%), среднетяжелое течение у 3 больных (33,3%). Заболевание у больных с тяжелым течением характеризовалось острым началом, высокой температурой до 39°C - 40°C , с выраженными катаральными проявлениями (сухой кашель, ринит, конъюнктивит). У 100% наблюдались пятна Филатова-Коплика в катаральный период. Сыпь имела пятнисто-папулезный характер и имела тенденцию к слиянию. У 6 (66,6%) больных была диагностирована тяжелая форма пневмонии которая развилась на 4-6 день болезни и характеризовалась высокой интоксикацией, длительной лихорадкой, кашлем с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышкой различной степени выраженности. При аускультации выявлены сухие и влажные хрипы, ослабленное дыхание над пораженной областью легкого. Рентгенологическое исследование выявило инфильтративные изменения в легочной ткани. Средняя продолжительность заболевания составляет $10,9 \pm 3,1$ день.

Среднетяжелое течение у 3 больных характеризовалось с умеренно выраженными симптомами интоксикации и катаральными симптомами. Пятна Филатова-Коплика были выявлены у всех больных в катаральном периоде. Сыпь пятнисто-папулезного характера была выявлена у всех больных, которая не имела тенденции к слиянию. Диарейный синдром был выявлен у 3 больных и характеризовался выраженной интоксикацией, секреторной диареей. Частота стула была от 3 до 10 раз. У 33,3% больных стул имел водянистый характер без патологических примесей. Продолжительность диарейного синдрома составляла в среднем $3,9 \pm 1,5$ дней. Бронхит был диагностирован у 3 (33,3%) больных, который носил изолированный характер и характеризовался повышением температуры до 38°C , сухим кашлем, влажными хрипами. Средняя продолжительность бронхита составляла $7,1 \pm 1,2$ дня. В клиническом анализе крови у всех больных наблюдалась лейкопения, лимфопения. У 5 больных в крови методом ПЦР обнаружен положительный IgM к вирусу кори.

Вывод. Анализ проводимых исследований показал что, не смотря на вакцинацию кори сохраняется рост заболеваемости кори среди беременных на всех сроках гестации. Корь у беременных в 66,6% случаев имела тяжелое течение с развитием тяжелых форм пневмонии, которая протекает длительно, что требует своевременного лечения.

Пирматова М.А.
ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО–ТЁРНЕРА (45,X) У ПАЦИЕНТКИ СО СПОНТАННЫМ ПУБЕРТАТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Кафедра эндокринологии, ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Представить клиническое наблюдение поздней диагностики синдрома Шерешевского–Тёрнера при кариотипе 45,X у пациентки со спонтанным пубертатом, своевременным менархе и длительно сохранявшейся остаточной функцией яичников.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ клинического наблюдения пациентки 20 лет за период 2022–2026 гг. Изучены жалобы, особенности пубертатного развития и менструального анамнеза, сведения о перенесённых аномальных маточных кровотечениях и ранее проводимой гормональной терапии. Выполнена оценка физического развития с определением роста, массы тела и индекса массы тела. В динамике анализировали уровни ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина, тиреотропного гормона и свободного тироксина. Ультразвуковое исследование органов малого таза включало оценку размеров матки, толщины и структуры эндометрия, размеров яичников и количества, визуализируемых антральных фолликулов. Цитогенетическое исследование проведено методом GTG-окрашивания 72-часовой культуры лимфоцитов периферической крови. Полученные данные сопоставляли с клиническими признаками гипергонадотропного гипогонадизма и синдрома Шерешевского–Тёрнера.

Результаты исследования. Пациентка родилась в 2006 г. Менархе наступило самостоятельно в 12 лет. В последующем отмечались нерегулярные менструации и эпизоды аномальных маточных кровотечений. В октябре 2022 г. пациентка была госпитализирована по поводу обильного маточного кровотечения. В ноябре 2022 г. уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) составлял 60,61 МЕ/л, однако генетическое обследование на данном этапе не проводилось. В декабре 2024 г. зарегистрировано временное снижение ФСГ до 9,11 МЕ/л при ЛГ 2,38 МЕ/л, что соответствовало интермиттирующему характеру остаточной овариальной функции. При повторном нарушении цикла в 2026

г. ультразвуковое исследование органов малого таза выявило сформированную матку размером 57×50×57 мм, эндометрий 12 мм и сохранённый фолликулярный аппарат: пять фолликулов до 8 мм в правом и четыре фолликула до 6 мм в левом яичнике. Прогестерон составлял 0,631 нмоль/л. В июле 2026 г. выявлены ФСГ 38,5 МЕ/л, ЛГ 13,4 МЕ/л и эстрадиол 51,9 пмоль/л, что соответствовало гипергонадотропному гипогонадизму. Дополнительно отмечено повышение пролактина до 1086 мМЕ/л при сохранённой функции щитовидной железы. Учитывая выраженную низкорослость (141 см при массе тела 40 кг; ИМТ 20,1 кг/м²) и признаки преждевременной недостаточности яичников, выполнено кариотипирование. Установлен кариотип 45,X, подтвердивший синдром Шерешевского–Тёрнера.

Выводы. Спонтанный пубертат, своевременное менархе и визуализация антральных фолликулов не исключают синдром Шерешевского–Тёрнера даже при кариотипе 45,X. Выраженная низкорослость в сочетании с нарушениями менструального цикла и повторным повышением ФСГ должна служить основанием для раннего цитогенетического обследования. Своевременная диагностика необходима для оценки овариального резерва, консультирования по сохранению фертильности, назначения заместительной гормональной терапии и скрининга сердечно-сосудистых и других ассоциированных осложнений.

Пирмахмадзода Б.П., Бадридинова Н.А., Норов О.Д.
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КОЖНОГО ТЕСТА СУ-ТБ (SIILTIBCY) СРЕДИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
ГУ Городской центр по защите населения от туберкулеза, Таджикистан

Цель исследования. Повышение эффективности выявления лиц с латентной туберкулезной инфекцией, своевременное назначение профилактического лечения, а также раннее выявление активного туберкулеза среди контактных лиц.

Материал и методы. Внедрение кожного теста СУ-ТБ (SIILTIBCY) осуществлялось в десяти городских центрах здоровья. Полученные данные свидетельствуют о высокой организационной готовности учреждений к внедрению нового диагностического метода и успешной интеграции теста в алгоритм обследования контактных лиц. В течение первых двух месяцев внедрения метода достигнуты следующие результаты: охвачено 107 контактных лиц; всем тестируемым лицам проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

Результаты исследования. За два месяца внедрения данного метода в исследование включено **107 контактных лиц**, подлежащих обследованию. Достигнут полный охват обследованием: обследовано рентгенологически – **107 человек (100%)**; проведено кожное тестирование СУ-ТБ – **107 человек (100%)**. Результаты кожного тестирования распределились следующим образом: положительный результат выявлен у 22 лиц или 20,6%; отказались от тестирования - 5 чел. или 4,7%; отрицательный результат - у 80,0 чел. или 74,8%.

Комплексное обследование контактных лиц с использованием кожного теста и рентгенологического исследования позволило выявить **2 случая активного туберкулеза**, что составляет **1,9%** от общего числа обследованных.

По результатам обследования профилактическое лечение латентной туберкулезной инфекции назначено **9 контактным лицам (40,9%)**, из них: по схеме **ЗНР** – 4 человека; по схеме **ЗНР** – 5 человек. Остальные продолжают дополнительное обследование либо находятся на этапе принятия клинического решения.

Выводы. Первые результаты внедрения кожного теста СУ-ТБ (SIILTIBCY) демонстрируют высокую организационную готовность системы здравоохранения к использованию нового диагностического инструмента. Полный охват обследованием, значительная доля выявленных положительных результатов, начало профилактического лечения и раннее выявление случаев активного туберкулеза подтверждают перспективность данного подхода. Продолжение внедрения, расширение охвата контактных лиц и систематический мониторинг позволят оценить влияние новой технологии на снижение риска развития туберкулеза среди групп высокого риска и повышение эффективности программ профилактики.

Для дальнейшего повышения эффективности внедрения рекомендуется: продолжить масштабирование тестирования среди контактных лиц; усилить выявление и направление контактных лиц в учреждениях с низким объемом обследований; обеспечить своевременное начало профилактического лечения всем лицам, имеющим соответствующие показания; проводить регулярный мониторинг доли обследованных контактов по каждому учреждению; анализировать показатели положительных результатов и начала профилактического лечения по мере накопления данных; после увеличения выборки провести оценку диагностической эффективности нового теста и его влияния на выявление латентной инфекции и активного туберкулеза.

Пирова Г.Д.¹, Раджабзода С.Р.², Кадырова З.Д.¹
СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ СИМПТОМЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ

¹ Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. профессора М.Г. Гулямова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Сравнить социальные детерминанты, выраженность ПТСР и показатели здоровья и качества жизни у жён трудовых мигрантов и жён не-мигрантов.

Материал и методы. Проведено поперечное сравнительное исследование 325 замужних женщин в возрасте 18–45 лет, проживающих в Душанбе и обратившихся в городские поликлиники. В группу жён трудовых мигрантов вошли 102 женщины, в группу сравнения — 223 жены не-мигрантов. Исследование проводилось при организационной и исследовательской поддержке исследовательского центра PRISMA. Социально-демографические характеристики и барьеры доступа к медицинской помощи оценивались с помощью структурированного опросника. ПТСС оценивались с использованием гражданской версии PTSD Checklist (PCL-C), состояние здоровья и качество жизни — с помощью SF-12. Для статистического анализа применялись критерии χ^2 , Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса, корреляционный и множественный регрессионный анализ.

Результаты исследования. Жёны трудовых мигрантов достоверно реже обращались за медицинской помощью в течение последнего года (15,7% против 29,1%; $p=0,0026$), чаще прибегали к самолечению (34,3% против 13,9%; $p<0,0001$) и чаще использовали помощь частных лиц (38,2% против 17,0%; $p<0,0001$). Основными барьерами обращения в данной группе являлись недостаток средств (26,5%), отсутствие разрешения мужа или родственников (24,6%) и нехватка времени (18,6%). Самооценка здоровья и психоэмоциональное функционирование были значимо хуже у жён мигрантов ($p<0,0001$ и $p<0,01$ соответственно), а социальное функционирование также было снижено ($p<0,01$). Средний балл PCL-C составил $32,7 \pm 13,5$ против $26,9 \pm 6,9$ в группе сравнения ($p<0,001$). Умеренные и тяжёлые ПТСС ($PCL-C \geq 40$) выявлены у 25,5% жён мигрантов против 4,0% жён не-мигрантов ($p<0,001$). У жён мигрантов психоэмоциональное и социальное функционирование были значимо связаны с самооценкой здоровья ($R^2=0,33$; $p<0,0001$).

Выводы. Жёны трудовых мигрантов в изученной выборке характеризуются большей выраженностью ПТСС, худшей самооценкой здоровья, снижением психосоциального функционирования и более ограниченным доступом к медицинской помощи по сравнению с жёнами не-мигрантов. Выявленный комплекс социальных и психосоциальных факторов может иметь значение для раннего выявления психических нарушений и оценки потенциальной суицидальной уязвимости. Полученные результаты обосновывают необходимость рассмотрения возможности интеграции скрининга ПТСС и других распространённых психических расстройств, оценки суицидального риска и доступных психологических вмешательств в первичную медико-санитарную помощь для социально уязвимых групп населения.

Попова Н.М., Хорошева В.С., Тюлькина Е.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ОСНОВЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет МЗ РФ», Ижевск, Россия

Цель исследования. На основе регрессионно-корреляционного анализа разработать и апробировать математическую модель для персонализированной оценки риска развития туберкулеза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных годовых форм федерального статистического наблюдения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и № 33 «Сведения о больных туберкулезом» по Удмуртской Республике и г. Ижевску за 2022–2024 гг. Общий массив данных включал 48 условных случаев (совокупность статистических показателей, систематизированных по эпидемиологическим, клиническим и организационно-профилактическим группам), которые были случайным образом разделены на обучающую выборку (34 случая, 70%) для построения модели и тестовую выборку (14 случаев, 30%) для ее валидации. Применены корреляционный анализ (коэффициент Пирсона) и бинарная логистическая регрессия с расчетом отношения шансов (OR) для каждого предиктора. Модель реализована в среде Microsoft Excel с трехуровневой стратификацией риска по принципу «Светофор»: низкий (вероятность $<0,3$), средний ($0,3–0,7$) и высокий ($>0,7$) риск. Оценка качества проведена с помощью ROC-анализа с расчетом AUC, чувствительности, специфичности и общей точности. Статистическая значимость принята при $p<0,05$.

Результаты исследования. Корреляционный анализ выявил статистически значимые ($p<0,05$) связи: между заболеваемостью и долей бациллярных форм ($r=0,72$), долей запущенных случаев и смертностью ($r=0,68$), уровнем ко-инфекции ТБ/ВИЧ и смертностью ($r=0,61$). Построенная логистическая модель продемонстрировала хорошее соответствие данным (тест Хосмера–Лемешоу $p>0,05$). Дискриминационная способность оценена как хорошая: AUC-ROC=0,81 (95% ДИ 0,72–0,90). На тестовой выборке модель показала: чувствительность 75,0%, специфичность 81,3%, общую точность 79,2%. Наибольшее отношение шансов выявлено для доли запущенных форм ($OR=6,36$; $p<0,001$) и уровня ко-инфекции ТБ/ВИЧ ($OR=4,14$; $p=0,005$). Защитными факторами выступили высокий охват флюорографией ($OR=0,39$; $p=0,012$) и показатель абацилляции ($OR=0,42$; $p=0,029$). Применение Excel-инструмента с визуализацией «Светофор» позволило эффективно распределить случаи по категориям риска: в группу высокого риска («красная зона») вошли 8 случаев, из которых корректно идентифицированы 6 (чувствительность $\sim 75\%$), а в группе низкого риска специфичность достигла $\sim 95\%$.

Выводы. Разработанная модель логистической регрессии обладает хорошей прогностической способностью (AUC-ROC=0,81) и позволяет количественно оценить вклад ключевых факторов риска развития туберкулеза. Реализация модели в среде Microsoft Excel с системой стратификации «Светофор» обеспечивает ее доступность и практическую применимость в условиях первичного звена здравоохранения. Рекомендовано пилотное внедрение разработанного инструмента в работу противотуберкулезных медицинских организаций для оптимизации профилактической работы и рационального использования ресурсов, а также проведение внешней валидации на данных других регионов с целью дальнейшего совершенствования модели.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В РАМКАХ ПИЛОТНОЙ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины» ГОУ «Вахдатский медицинский колледж»

Цель исследования. Провести анализ результатов определения уровня общего холестерина в рамках пилотной программы скрининга неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди населения в возрасте 40 лет и старше.

Материалы и методы. Проведено исследование уровня общего холестерина экспресс-методом среди взрослого населения в возрасте 40 лет и старше. Скрининг осуществлялся медицинскими работниками сельских центров здоровья (СЦЗ) в районах республиканского подчинения в период с января 2024 года по март 2026 года. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Результаты представлены в виде абсолютных (n) и относительных (%) показателей.

Результаты исследования. Всего обследовано 1034 человека, из которых 788 (76,2%) составили женщины и 246 (23,8%) — мужчины. Наибольшая доля участников скрининга приходилась на возрастную группу 40–49 лет — 373 человека (36,1%), далее следовали группы 50–59 лет — 321 (31,0%) и 60–69 лет — 238 (23,0%) человек. В возрастной группе 70–79 лет обследовано 87 человек (8,4%), а среди лиц в возрасте 80 лет и старше — 15 человек (1,5%).

Средний уровень общего холестерина составил $7,40 \pm 1,73$ ммоль/л у мужчин и $6,85 \pm 1,48$ ммоль/л у женщин. Медианные значения составили 7,40 и 6,92 ммоль/л соответственно. Минимальные значения общего холестерина составили 2,27 ммоль/л у мужчин и 2,18 ммоль/л у женщин, максимальные — 11,20 и 11,70 ммоль/л соответственно.

Исследование выявило, что повышенный уровень общего холестерина выявлен у 82,4% обследованных, тогда как нормальные показатели зарегистрированы лишь у 17,6%. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности гиперхолестеринемии среди участников пилотного скрининга. Однако, следует учитывать, что участие в программе было добровольным. Вероятно, в обследовании чаще принимали участие лица с уже имеющимися хроническими заболеваниями, факторами риска или более высокой приверженностью профилактическим мероприятиям. Это могло привести к определенному завышению распространенности выявленных факторов риска, включая гиперхолестеринемия.

Выводы. Высокая распространенность повышенного уровня общего холестерина (82,4%) среди участников пилотной программы скрининга свидетельствует о значительной распространенности дислипидемии и высокой нагрузке факторов риска неинфекционных заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, в обследованной популяции. Полученные результаты подтверждают необходимость расширения программ скрининга на уровне первичной медико-санитарной помощи, раннего выявления нарушений липидного обмена, проведения индивидуального консультирования по модификации факторов риска и своевременного назначения профилактических и лечебных мероприятий. Внедрение систематического скрининга уровня общего холестерина в практику ПМСП может способствовать снижению риска сердечно-сосудистых осложнений, преждевременной смертности и повышению эффективности профилактики неинфекционных заболеваний.

РОЛЬ ЦИФРОВОЙ НАГРУЗКИ И НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА СНА В ФОРМИРОВАНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан»
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить взаимосвязь цифровой нагрузки и нарушений режима сна с частотой и клиническими особенностями головной боли у подростков.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении детской неврологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Выполнен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных 68 подростков в возрасте 12–17 лет. Оценивали частоту, продолжительность, локализацию и интенсивность головной боли, а также сопутствующие симптомы тошноту, фотофобию, фонофобию и вегетативные проявления. По клиническим характеристикам выделяли мигренозный фенотип и головную боль напряжения.

Цифровую нагрузку оценивали по продолжительности ежедневного использования смартфонов, планшетов и компьютеров, отдельно учитывая вечернее использование и применение устройств в последний час перед сном. Нагрузку более 4 часов в сутки рассматривали как повышенную. При оценке сна учитывали его продолжительность, время отхода ко сну и регулярность режима; сон менее 8 часов в сутки считали недостаточным. Полученные показатели сопоставляли с частотой и клиническими особенностями головной боли. Использовали сравнительный и корреляционный анализ, критерий χ^2 . Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст подростков составил $14,3 \pm 1,6$ года. Мальчики - 28 (41,2%), девочки - 40 (58,8%). Мигренозный фенотип головной боли выявлен у 37 пациентов (54,4%), головная боль напряжения - у 23 (33,8%), смешанный или недифференцированный вариант - у 8 (11,8%).

Цифровая нагрузка более 4 часов в сутки отмечалась у 43 подростков (63,2%). Использование цифровых устройств в последний час перед сном выявлено у 41 (60,3%), а вечерняя экранная нагрузка более 1 часа - у 35 (51,5%). Нарушения режима сна отмечены у 40 подростков (58,8%); сон менее 8 часов имели 31 (45,6%), позднее засыпание после 23:00–34 (50,0%), нерегулярный режим сна - 27 (39,7%), ночные пробуждения - 14 (20,6%).

Частая головная боль, определяемая как 8 и более дней в месяц, выявлена у 29 подростков (42,6%). Среди пациентов с цифровой нагрузкой более 4 часов в сутки частые эпизоды головной боли наблюдались у 24 из 43 подростков (55,8%), тогда как при нагрузке до 4 часов - у 5 из 25 (20,0%; $p < 0,01$). При нарушениях режима сна частая головная

боль отмечалась у 23 из 40 подростков (57,5%), а при отсутствии выраженных нарушений сна - у 6 из 28 (21,4%; $p < 0,01$).

Наиболее выраженные клинические проявления отмечались при сочетании высокой цифровой нагрузки и сокращённой продолжительности ночного сна. В этой группе чаще наблюдались более продолжительные эпизоды головной боли. Продолжительность ежедневной цифровой нагрузки положительно коррелировала с количеством дней с головной болью в месяц ($r = 0,42$; $p < 0,001$). Между продолжительностью ночного сна и частотой головной боли выявлена обратная связь ($r = -0,39$; $p = 0,001$). Наиболее выраженная ассоциация отмечалась у подростков, одновременно использовавших цифровые устройства более 4 часов в сутки, применявших их непосредственно перед сном и спавших менее 8 часов.

Выводы. Высокая цифровая нагрузка и нарушения режима сна часто встречаются у подростков с головной болью и связаны с большей частотой её эпизодов. Наиболее выраженная связь отмечена при сочетании длительного использования цифровых устройств, их применения перед сном и недостаточной продолжительности ночного сна.

Рахимова Д.З., Акрамов А.Б., Хамидов Ф.М.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. На основе анализа научной литературы определить обоснованность проведения оценки когнитивных функций (КФ) у пациентов молодого возраста, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы. Выполнен аналитический обзор актуальных исследований и систематических обзоров, касающихся когнитивных нарушений (КН) на фоне ОКС и преждевременных сердечно-сосудистых событий (ССС). Изучались частота и специфика КН, сроки их диагностики, динамика профиля КФ, патогенетические механизмы развития и влияние демографических показателей. Приоритет отдавался работам, затрагивающим выборку пациентов молодого и среднего возраста (МСВ).

Результаты исследования. Систематический обзор E. Zhao и коллег (2020), охвативший 9 исследований с участием 6457 пациентов с ОКС, выявил высокую вариабельность частоты КН - от 9% до 85%. Чаще всего страдали вербальная беглость, память и речевые способности. Средний возраст участников составил 51,3–77,4 года, однако различия в методах тестирования и сроках обследования затруднили сравнение данных. Полученные сведения преимущественно отражают картину у пожилых людей, что не позволяет исключать наличие КН у пациентов МСВ. Прямые доказательства представлены в проспективном исследовании G. Baran и соавт. (2024), включавшем 50 относительно молодых пациентов с ОКС после первичного чрескожного коронарного вмешательства (средний возраст 49,3 года). Несмотря на нормальные КФ до события, у половины пациентов в первые сутки выявлялась КН; у многих они носили преходящий характер и снижались в течение первого месяца. Структурных изменений мозга, объясняющих ранние КН, обнаружено не было.

Значимость преждевременных СССР для будущего когнитивного статуса подтверждена исследованием CARDIA - X. Jiang и соавт. (2023). У лиц с преждевременными СССР наблюдаются более низкие результаты по глобальной КФ, вербальной памяти, скорости обработки данных и исполнительным функциям. Вероятность быстрого снижения КФ в течение 5 лет превышает аналогичный показатель более чем в три раза (отношение шансов 3,07). Данная корреляция сохраняется даже после исключения из анализа случаев инсульта и транзиторной ишемической атаки. В рамках исследования Maastricht Aging Study авторы (S.H.J. Schievinck и др.) также подтвердили связь СССР с последующим ухудшением памяти и скорости обработки информации, причем у пациентов моложе 65 лет эта зависимость проявлялась ярче. Согласно данным J. Nan и соавт. (2026), риск развития КН на фоне ишемической болезни сердца возрастает при наличии сахарного диабета, курения и отягощенного цереброваскулярного анамнеза. Комбинация ОКС с метаболическими и сосудистыми нарушениями способна истощать когнитивный резерв, что способствует манифестации КН даже у относительно молодых пациентов. Следовательно, молодой возраст не является гарантией отсутствия ранних, включая транзиторные нарушения, КН после ОКС. Эти данные указывают на потенциальное модифицирующее воздействие факторов разного характера, однако направленность и причинно-следственная природа их взаимосвязи остаются недостаточно изученными.

Выводы. 1. На основании обзора литературы можно сделать вывод, что ранний возраст не является защитным фактором от возникновения когнитивных расстройств на фоне ОКС.

2. Обнаружение ранних, зачастую преходящих сбоев, а также выявление взаимосвязи между ранним снижением КФ и их дальнейшим сохранением после СССР, подтверждают необходимость их оценки даже у молодых пациентов с ОКС.

Рахимова Д.З., Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н.

ИНДЕКСНЫЙ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У МОЛОДЫХ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь когнитивной недостаточности (КН) с выраженностью депрессивной симптоматики (ДС) у пациентов молодого возраста (МВ) с индексным острым коронарным синдромом (ОКС) с сопоставлением возрастных подгрупп ≤ 40 и 41–50 лет.

Материал и методы. Проанализированы данные 324 пациентов в возрасте 26–50 лет, обследованных в связи с индексным ОКС. В зависимости от возраста выделены две группы: 1-я группа - пациенты ≤ 40 лет ($n=104$), 2-я группа

- пациенты 41–50 лет (n=220). Возрастное разделение на группы ≤ 40 и 41–50 лет обусловлено необходимостью выделить наиболее ранний возраст манифестации ОКС и последующее десятилетие МВ. Когнитивный статус оценивали с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций - МоСА. Значения 26–30 баллов расценивали как отсутствие КН, показатели ≤ 25 баллов - как её наличие. Выраженность ДС определяли по шкале депрессии Гамильтона (HAM-D). Количественные данные представлены в виде медианы и межквартильного интервала - Me [Q1-Q3]. Межгрупповые различия количественных показателей оценивали U-критерием Манна-Уитни, качественных признаков - по χ^2 . Взаимосвязь показателей МоСА и HAM-D определяли методом Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В двух основных возрастных подгруппах показатели когнитивного и депрессивного статуса в целом были сопоставимыми. Однако внутри каждой возрастной группы выявлена выраженная обратная взаимосвязь когнитивного статуса с депрессивной симптоматикой. У пациентов ≤ 40 лет коэффициент корреляции составил $r = -0,620$ ($p < 0,0001$), а в группе 41–50 лет $r = -0,556$ ($p < 0,0001$). При наличии КН, в возрасте ≤ 40 лет медиана HAM-D была более чем в 2 раза выше, чем при МоСА ≥ 26 баллов - 25 [24-27] против 12 [7-16] баллов ($p < 0,0001$). Аналогичная закономерность выявлена в возрасте 41–50 лет: 22 [19-25] против 12 [7-16] баллов ($p < 0,0001$).

Выводы. 1. У пациентов молодого возраста с индексным ОКС частота КН по МоСА ≤ 25 составила 24,0% в возрасте ≤ 40 лет и 28,2% в возрасте 41–50 лет; различия между группами статистически незначимы. Однако в обеих возрастных подгруппах установлена выраженная обратная взаимосвязь между выраженностью ДС и КН ($p < 0,0001$), что свидетельствует о тесной взаимосвязи когнитивного и депрессивного компонентов в молодом возрасте.

2. Полученные результаты обосновывают целесообразность одновременного скрининга когнитивных и депрессивных нарушений у молодых пациентов с ОКС и последующей оценки их значения для отдалённого сердечно-сосудистого прогноза.

Рахимова М.С., Ниязова Н.Ф.

КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности течения сахарного диабета 2-го типа в сочетании с циррозом печени в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы. Исследование проведено на базе эндокринологического отделения МТШ №2 Республики Таджикистан. Обследовано 37 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Основную группу составили 19 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с циррозом печени, группу сравнения - 18 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа без цирроза печени. Среди обследованных было 22 женщины (59,5%) и 15 мужчин (40,5%). Средний возраст пациентов составил $58,4 \pm 8,9$ года. Всем пациентам проводили клиническое обследование, определяли уровень глюкозы крови натощак, гликолизированного гемоглобина (HbA1c), выполняли биохимическое исследование крови с определением АЛТ, АСТ, общего билирубина, альбумина, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ), а также ультразвуковое исследование печени.

Результаты исследования. В основной группе женщин было 11 (57,9%), мужчин - 8 (42,1%), в группе сравнения - 11 (61,1%) и 7 (38,9%) соответственно. Средний возраст пациентов основной группы составил $60,8 \pm 7,6$ года, группы сравнения - $55,9 \pm 8,4$ года. У пациентов с сочетанием сахарного диабета 2-го типа и цирроза печени уровень HbA1c был выше ($8,9 \pm 1,2\%$ против $7,8 \pm 1,0\%$), чем у пациентов без цирроза. Также чаще отмечалось повышение уровней АЛТ, АСТ, общего билирубина и ГГТ, а также снижение уровня альбумина. Наибольшее число пациентов с сочетанной патологией приходилось на возраст старше 60 лет.

Выводы. Сочетание сахарного диабета 2-го типа и цирроза печени чаще встречалось у пациентов старшего возраста и сопровождалось более выраженными нарушениями углеводного обмена и функционального состояния печени. Полученные результаты подчеркивают необходимость ранней диагностики поражения печени у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В., Расулова Н.А.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С НАЛИЧИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Цель исследования. Изучить терапевтическую эффективность секукиумаба у больных псориазом в зависимости от наличия метаболического синдрома.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 220 больных (мужчин-155, женщин-65) с различными формами псориаза в возрастной группе $35,6 \pm 3,5$ лет. У всех больных индекс PASI составлял более 10 баллов (более 20 баллов имели более 67,5% пациентов). Всем больным проводилась биологическая терапия секукиумабом в дозировке 300 мг подкожно один раз в неделю в течение одного месяца (базисная терапия), а затем ежемесячно до получения PASI 100, т.е. полное очищение кожных покровов. До начала лечения у больных псориазом исключались различные хронические инфекционные заболевания (туберкулез, гепатиты и др.). Индекс PASI рассчитывался с помощью аппарата «Fotofeinder», позволяющий в автоматическом режиме определять тяжесть кожно-патологического процесса. Для определения метаболического синдрома оценивалось артериальное давление, абдоминальное ожирение и индекс

массы тела (ИМТ), уровень инсулинемии, показатели липидного обмена (холестерин, триглицериды), а также липопротеиды низкой и высокой плотности. Для оценки жировой ткани методом ИФА и ИХЛА определялся уровень адипонектина и лектина в сыворотке крови. Для подтверждения псориатического артрита применялись биохимические (СРБ), УЗИ, рентгенография и МРТ-диагностика. Статистическая обработка полученных данных позволила объективно оценить результаты исследований в сопоставлении с контрольными данными (здоровые лица аналогичного возраста).

Результаты исследования. При обследовании 220 больных псориазом были выделены следующие клинические формы дерматоза: вульгарная – у 117 (53,2%), артропатическая – у 58 (26,4%), экссудативная – у 29 (13,2%), эритродермическая – у 16 (7,2%) больных. Наличие метаболического синдрома было установлено у 136 (61,8%). Показатели С-реактивного белка являлись важным диагностическим критерием псориатического артрита, а также показателем эффективности биологической терапии при данной форме псориаза. Все больные были разделены на 2 сопоставимые группы по возрасту, давности заболевания, клинической форме дерматоза: I группа (84 больных) больные псориазом без метаболического синдрома; II группа (136 больных) больные псориазом с наличием метаболического синдрома. Необходимо указать, что отсутствие ответа на проводимое лечение отмечалось у 2 (2,4%) больных I группы и у 11 (8,1%) II группы, т.е. наличие метаболического синдрома приводило к резистентности больных псориазом к проводимой биологической терапии. Именно у этих пациентов выявлялись значительные повышения уровня лектина и понижение адипонектина. Применение биологической терапии у больных с различными формами псориаза оказывало заметный терапевтический эффект уже на 2-3 инъекции препарата (одна инъекция содержит 300 мг секукинумаба). К концу базисной терапии индекс PASI 75 отмечался у 73 (86,9%) больных I группы и у 91 (66,9%) больных II группы, т.е. наличие метаболического синдрома сдерживало разрешение псориатических элементов.

Выводы. Применение таргетной терапии у больных псориазом требует включения метаболических препаратов (Semaviv), что позволит уменьшить выраженность метаболического синдрома и добиться получения индекса PASI 100.

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Цель исследования. Усовершенствовать метод наружной терапии больных врожденным буллезным эпидермолизом с учетом инновационных технологий.

Материал и методы. Была отобрана группа больных с дистрофической формой врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ), которым в стационарных и амбулаторных условиях применялась наружная инновационная технология (тритерпены экстракта коры березы – ТЭКБ). Выбор больных с дистрофической формой ВБЭ был обусловлен патогистологическим признаком – нарушение синтеза коллагена VII типа, на восстановление которого в настоящее время существует несколько инновационных технологий, включая и препарат «BI-VEK» (Crystal, USA). Всем больным в динамике лечения проводились общеклинические, бактериологические исследования, УЗИ кожи, корнеометрия, молекулярная аллергия. Был использован препарат для наружного применения – тритерпены экстракта коры березы (Filsuvez) – топический гель, состоящий из 10% тритерпенов сухого экстракта коры березы и 90% подсолнечного масла. Все больные были подразделены на 2 группы: I группа (n=30) применяла «Filsuvez»; II группа (n=30) контрольный гель.

Результаты исследования. Эффективность «Filsuvez» для лечения ВБЭ была первоначально установлена в открытом, концептуальном исследовании, в котором была предложена тенденция к более быстрой эпителизации ран при использовании геля ТЭКБ. Серия случаев пациентов ВБЭ продемонстрировала эффективность ТЭКБ в ускорении заживления ран, снижении частоты перевязок и улучшения качества жизни. На основании этих результатов было проведено двойное слепое рандомизированное, контролируемое исследование. Пациенты были рандомизированы для получения ТЭКБ или контрольного геля в течение 90 дней. Исследуемый или контрольный гель наносили с неадгезивной повязкой на все раны при каждой смене повязки (каждые 1-4 дня) толщиной около 1 мм. Пациенты, завершившие 90-дневный двойной слепой период исследования, имели право перейти на 24-месячный период открытого продолжения, в течение которого все пациенты получали ТЭКБ с неадгезивной повязкой на все области ран. Конечной точкой была доля пациентов с первым полным закрытием целевой раны в течение 45 дней лечения. В конце двойного слепого периода значительно большая доля больных, получавших ТЭКБ, чем получателей контрольного геля достигла первого полного закрытия раны в течение 45 дней (42,6% против 21,8%). ТЭКБ снижали потребность в ежедневной смене повязок по сравнению с контрольным гелем.

Выводы. Клинические преимущества ТЭКБ наблюдались независимо от возраста, пола, размера целевой раны, состояния питания или анемии. Гель «Filsuvez» в целом хорошо переносился пациентами ВБЭ, профиль переносимости соответствовал наблюдаемому у пациентов с другими ранами. Рекомендуется наносить гель на очищенную поверхность раны толщиной около 1 мм и покрывать стерильной неадгезивной повязкой или нанесение на повязку для обеспечения прямого контакта с раной. Поскольку пациенты ВБЭ могут иметь множественные раны на разных стадиях заживления, уход за ранами может быть сложным и дорогостоящим. Анализы экономической эффективности ТЭКБ были бы полезны для дальнейшего прояснения позиции геля «Filsuvez» в лечении ВБЭ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан». Узбекистан

Цель исследования. Усовершенствование и оптимизация терапевтической тактики ведения больных с различными формами дерматомикозов на основе детального анализа клинических проявлений, а также внедрения в клиническую практику передовых высокочувствительных диагностических и молекулярно-генетических технологий.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 110 пациентов (от 2 до 79 лет) с дерматомикозами. Для идентификации возбудителей применялись ПИФ, ПЦР, а в сложных случаях — гистологическое исследование с ШИК-реакцией. Чувствительность грибов к тербинафину определялась методом ПЦР в реальном времени с помощью тест-системы «DermaGenius» (Нидерланды).

Результаты исследования. В структуре нозологических форм среди обследованных пациентов преобладала трихофития, выявленная у 71 больного (64,54%), на втором месте находилась микроспория — 31 пациент (28,18%), реже всего диагностировался микоз стоп — 8 случаев (7,27%). Особое внимание обращает на себя тот факт, что 23 пациента (20,9%) на догоспитальном этапе в течение длительного времени бесконтрольно применяли мощные топические кортикостероиды, что привело к выраженному «смазыванию» и искажению классической клинической картины, существенно затруднив своевременную диагностику. У 16 из этих больных возбудители удалось обнаружить с помощью стандартных методов (микроскопия и ПЦР), в то время как у остальных пациентов верификация диагноза стала возможной исключительно благодаря гистологическому методу с ШИК-реакцией. При проведении молекулярно-генетического скрининга у 85 обследованных пациентов была оценена чувствительность к тербинафину. Установлено, что резистентность к данному препарату наблюдается в 32,94% случаев ($n = 28$). Среди резистентных штаммов наибольший удельный вес приходился на трихофитию — 19 пациентов (67,85%), реже устойчивость фиксировалась при микроспории — 7 случаев (25%), и минимальные показатели отмечены при микозе стоп — 2 пациента (7,15%). В связи с выявленной резистентностью пациентам была проведена коррекция схемы лечения с назначением противогрибковых средств группы азолов (как местного, так и системного действия), на фоне чего у всех больных зарегистрирован регресс патологического процесса и клиническое выздоровление.

Выводы. Бесконтрольное применение топических кортикостероидов (у каждого пятого пациента) искажает симптоматику и ведет к диагностическим ошибкам, требуя проведения ШИК-реакции. Резистентность дерматофитов к тербинафину почти у трети больных обуславливает торпидное течение инфекции, что обосновывает обязательный молекулярный скрининг и переход на терапию азолами.

Рахматуллоева З.Р., Ёгорова М.Л., Хайдарова С.Ф.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Цель исследования. Изучить современные возможности применения искусственного интеллекта (ИИ) и цифровых технологий в медицине, определить перспективы их использования, в научной и практической работе семейного врача.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор современных подходов к использованию ИИ и цифровых технологий в здравоохранении. Рассмотрены направления применения цифровых медицинских систем, телемедицины и интеллектуальных технологий в диагностике, профилактике, мониторинге пациентов, научных исследованиях и организации медицинской помощи, в системе первичной медико-санитарной помощи.

Результаты исследования. Установлено, что искусственный интеллект становится одним из перспективных инструментов современной медицины. Использование ИИ позволяет быстро обрабатывать большие объёмы медицинской информации, анализировать результаты исследований, выявлять факторы риска, поддерживать принятие клинических решений и осуществлять мониторинг часто встречающихся заболеваний у пациентов. Особое значение цифровизация имеет для первичной медико-санитарной помощи, для семейных врачей. Электронная медицинская документация, системы поддержки принятия решений, дистанционное консультирование и телемедицина позволяют повысить эффективность работы семейного врача, улучшить наблюдение за пациентами и расширить доступность медицинской помощи. На примере ГЦЗ №12 поэтапно вводятся электронные варианты документации в замен бумажных документов. Для Республики Таджикистан перспективным направлением является использование цифровых технологий для медицинского обслуживания населения отдалённых и труднодоступных районов, что было доказано во время пандемии COVID – 19. Вместе с тем внедрение ИИ требует соблюдения принципов медицинской этики, защиты персональных данных, информационной безопасности и контроля достоверности получаемых результатов. ИИ должен использоваться как инструмент поддержки медицинского специалиста, а не как замена семейного врача.

Выводы. Искусственный интеллект и цифровое здравоохранение открывают новые возможности для повышения качества диагностики, профилактики и лечения заболеваний, совершенствования научной деятельности и организации медицинской помощи. Рациональное внедрение цифровых технологий в систему ПМСП может повысить эффективность работы семейного врача и доступность медицинских услуг. Перспективы развития связаны с сочетанием возможностей ИИ, доказательной

медицины и профессионального опыта врача при обязательном соблюдении этических и правовых принципов.

Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Умарова Ф.З.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙ-
НОГО ВРАЧА

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

Цель исследования. Изучить анализ заболеваемости органов дыхания детей и подростков в практике семейного врача.

Материал и методы. Нами проведен анализ заболеваемости органов дыхания за 2025 год, в ГУ. ГЦЗ №12 города Душанбе. Изучалась распространённость заболевания органов дыхания по обращаемости и целевому медицинскому осмотру семейного врача. В основном анализированы заболевания органов дыхания у 2663 детей и подростков. Всем обследуемым проведено клиничко-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, кала), R-графия грудной клетки, консультация специалистов – пульмонолога и отоларинголога.

Результаты исследования. В ГУ ГЦЗ №12 в структуре общей заболеваемости органов дыхания зарегистрировано больных детей и подростков в течении 2025 года, всего – 2663. Из них 570 до года, от 1 до 4 лет 983 детей, с 5 до 9 лет 457, с 10 до 17 лет 653 детей. Из них заболевание верхних дыхательных путей всего у 2235 детей. До 1 года 492, от 1 до 4 лет 828, 5-9 лет 370, с 10 до 17 лет - 545 детей и подростков. С острым тонзиллитом всего – 148 детей, из них от 1 до 4 лет – 60, 5-9 лет -36, 10 -17 лет – 52 детей и подростков. Острый фарингит всего – у 79 детей. Из них до 1 года -15, от 1 года до 4 лет – 18, от 5 до 9 лет – 20, 10 - 17 лет – 26 детей и подростков. Бронхопневмония всего за год зарегистрировано - 52 случаев, до 1 года у 23, 1 - 4 лет – у 22 детей, 5 - 9 лет - 7 наблюдаемых детей. Острый бронхит всего – 149, из них до 1 года – 40 детей, 1-4 лет – 55, 5 – 9 лет – 24, 10 -17 лет у 30 детей. Из общего количество наблюдаемых детей и подростков были госпитализированы – 129 детей, из них -7 подростков, 5-9 лет – 21 ребёнка, остальные от 0 до 5 лет – 101 ребёнка. Амбулаторно получили лечение и наблюдение до полного выздоровления – 2534 детей и подростков.

Общезвестно, что показатели распространенности болезней органов дыхания по официальным статистическим данным, как правило, основываются на показателях, полученных при обращаемости пациентов в лечебные учреждения. Это не соответствует истинной распространенности заболеваний, так многие больные не обращаются в медицинские учреждения по разным причинам или врачи не устанавливают диагноз на ранних стадиях и в случаях с легким течением болезни.

Болезни органов дыхания вносят основной вклад в формирование так называемой группы часто болеющих детей. На их долю приходится от 25 до 50% всех заболеваний детей школьного возраста. Частые заболевания негативно сказываются на состоянии здоровья ребенка, на морфофункциональном состоянии, физическом и нервно -психическом развитии. Частые заболевания являются фактором риска хронической патологии в детском и подростковом возрасте.

Выводы. В общей совокупности зарегистрированных случаев заболеваний болезни органов дыхания, к которым относятся, прежде всего, острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей. При анализе статистических данных, выявлено, что в основном дети младшего и дошкольного возраста страдали ОРВИ. Из 52 случаев зарегистрированных с бронхопневмонией болели дети от 0 до 4 лет, которые составили 86,5% (45). Все дети с бронхопневмонией были направлены на стационарное лечение. За период 2025 года, смертность детей и подростков с заболеванием органов дыхания не отмечалось.

Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Нуруллозода З.Х.
МАНИФЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕР-
ВИЧНОГО ЗВЕНА

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

Цель исследования. Изучить манифестные проявления цитомегаловирусной инфекции у детей на уровне первичного звена.

Материал и методы. Проведён анализ клинических данных 40 детей в возрасте от 2 до 12 лет. Всем детям проводили обследование на цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВИ) методами иммуноферментного анализа (ИФА) в лаборатории «Диамед». После подтверждения инфекции дети наблюдались у семейных врачей и консультировались узкими специалистами в ГУ ГЦЗ №12 г. Душанбе. Период наблюдения с 2020 по 2025 год. Оценивали признаки поражения центральной системы (ЦНС), органов зрения и слуха, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также физическое развитие детей.

Результаты исследования. У детей выявлялись разные проявления ЦМВИ. Чаще всего отмечались нарушения поведения и гиперактивность – у 12(30%) детей. Отставание в физическом развитии наблюдалось - у 9(22,5%) детей. Поражение органов зрения, включая косоглазие, нистагм и хориоретинит, выявлено - у 5(12,5%) детей. Среди нарушений со стороны ЦНС гидроцефалия была - у 1(2,5%), микроцефалия - у 2(5%), детский церебральный паралич – у 2(5%), эпилепсия – у 1(2,5%) ребёнка. У 3(7,5%) детей отмечалось тугоухость, глухота у 1(2,5%) ребёнка. Поражения ЖКТ проявлялось энтеритом у детей – 4(10%) и признаки гепатита у 2(5%) детей. Всем детям были определены специфические титры антител ЦМВИ методом ИФА – у больных с энтеритом – 1:400, тугоухостью - в пределах 1:300; у остальных обследуемых титры в пределах от 1: 100 до 1: 200.

Выводы. Манифестные проявления ЦМВИ у детей характеризуется клиническим полиморфизмом с вовлечением преимущественно ЦНС, органы зрения и слуха. Нередко встречаются нарушения поведения, гиперактивность и отставание в физическом развитии. Обследование с помощью ИФА, регулярное наблюдение у семейных врачей и консультации узких специалистов помогают вовремя выявить клинических нарушений и определять дальнейшую тактику наблюдения за детьми.

Рахмонзода Ф.М., Мухамадиева К.М., Хомидов М.Ф.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ PRP-ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОНИДЛИНГА У
БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней»

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированной PRP-терапии с применением микронидлинга у больных сегментарным и несегментарным витилиго.

Материал и методы. В сравнительное исследование были включены больные витилиго, распределённые на три группы. В I группе 90 пациентов получали PRP-терапию в качестве основного метода лечения; во II группе 90 больным проводили комбинированную терапию, включавшую электрофорез с 3% сульфатом меди и 3% сульфатом цинка, PRP-терапию и УФБ-облучение с длиной волны 311 нм; в III группе 65 пациентов применяли физиотерапевтическое лечение без PRP. В подгруппах PRP вводили классическим микроинъекционным методом либо методом микронидлинга. Эффективность оценивали по динамике функциональных параметров кожи, показателей лазерной доплеровской флоуметрии, индекса VIMAN и степени репигментации.

Результаты исследования. Комбинированная PRP-терапия сопровождалась выраженным восстановлением функциональных параметров кожи. При использовании микронидлинга нормальные показатели функционального состояния кожи после лечения регистрировались у 84,4% пациентов против 60,0% при комбинированной терапии с классическим введением PRP. Таким образом, частота нормализации функциональных параметров кожи при использовании микронидлинга была в 1,4 раза выше.

Выраженная положительная динамика установлена и при исследовании микроциркуляции. В группе комбинированной терапии с микронидлингом у больных сегментарным витилиго показатель микроциркуляции увеличился с $4,38 \pm 0,2$ до $5,16 \pm 0,1$ пф. ед., резерв капиллярного кровотока — с $163 \pm 1,3$ до $202 \pm 1,3\%$, а индекс эффективности микроциркуляции достиг контрольного уровня — $1,4 \pm 0,01$. При несегментарном витилиго ПМ нормализовался с $6,11 \pm 1,2$ до $5,17 \pm 0,1$ пф. ед., РКК достиг $200 \pm 1,3\%$, а ИЭМ — $1,4 \pm 0,1$. После лечения в данной группе нормоциркуляторный тип выявлялся у 48,9%, гиперемический — у 51,1% пациентов, тогда как спастический и застойно-стазический патологические типы микроциркуляции не регистрировались.

Наиболее выраженная клиническая динамика также наблюдалась при комбинированной PRP-терапии: индекс VIMAN через 3 месяца снизился на 36,5%, а через 6 месяцев — на 62,6% от исходного уровня, тогда как при PRP-монотерапии снижение составило соответственно 16,6% и 30,6%, а при физиотерапевтическом лечении — 8,3% и 38,8%.

Через 6 месяцев во II группе полная репигментация была достигнута у 30,0% больных сегментарным и у 14,0% больных несегментарным витилиго, выраженная репигментация — соответственно у 45,0% и 22,0%. При этом отсутствие эффекта не отмечалось ни у одного пациента с сегментарным витилиго и регистрировалось только у 6,0% больных с несегментарной формой.

Выводы. Комбинированная терапия витилиго с включением PRP, особенно при её применении методом микронидлинга, характеризуется более выраженным клинико-функциональным эффектом по сравнению с PRP-монотерапией и физиотерапевтическим лечением. Её применение способствует восстановлению функциональных параметров кожи и микроциркуляции, снижению индекса VIMAN и повышению частоты выраженной и полной репигментации. Наиболее отчётливый эффект отмечается при сегментарном витилиго, что позволяет рассматривать комбинированную PRP-терапию с микронидлингом как перспективный компонент комплексного лечения заболевания.

Рахмонов А.Ш., Латипов М.С., Табарова Д.Дж.
ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ
Кафедра терапевтических дисциплин №1, ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Цель исследования. Определить долю пациентов с хроническим пиелонефритом среди больных, госпитализированных в терапевтическое отделение центральной больницы Темурмаликского района в 2024–2025 годах.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 252 пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение центральной больницы Темурмаликского района в 2024 году, и 290 пациентов, госпитализированных в 2025 году. Изучены результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови и ультразвукового исследования почек.

Результаты исследования. За 2024–2025 годы проанализированы 542 истории болезни пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение центральной больницы Темурмаликского района. Хронический пиелонефрит зарегистрирован в 120 случаях, что составило 22,1 % от общего числа изученных историй болезни.

В 2024 году хронический пиелонефрит диагностирован у 53 (21,0 %) из 252 госпитализированных пациентов. Среди пациентов с данным заболеванием было 18 (34,0 %) мужчин и 35 (66,0 %) женщин. Таким образом, женщины составляли около двух третей этой группы, а их число превышало число мужчин в 1,9 раза.

В 2025 году хронический пиелонефрит выявлен у 67 (23,1 %) из 290 госпитализированных пациентов. Среди них было 26 (38,8 %) мужчин и 41 (61,2 %) женщина. Преобладание женщин сохранялось: их число превышало число мужчин в 1,6 раза.

При сравнении показателей установлено, что в 2025 году число зарегистрированных случаев хронического пиелонефрита увеличилось на 14, или на 26,4 %, по сравнению с 2024 годом. При этом общее число госпитализированных пациентов возросло на 38, или на 15,1 %. Доля пациентов с хроническим пиелонефритом увеличилась с 21,0 до 23,1 %, то есть на 2,1 процентного пункта.

Увеличение числа случаев отмечалось среди пациентов обоих полов: у мужчин - с 18 до 26, у женщин - с 35 до 41. По объединённым данным за два года на мужчин приходилось 44 (36,7 %) случая хронического пиелонефрита, на женщин - 76 (63,3 %). Несмотря на увеличение доли мужчин с 34,0 % в 2024 году до 38,8 % в 2025 году, женщины преобладали в структуре зарегистрированных случаев заболевания на протяжении всего исследуемого периода.

Выводы. Таким образом, в 2025 году доля пациентов с хроническим пиелонефритом среди госпитализированных в терапевтическое отделение центральной больницы Темурамаликского района увеличилась по сравнению с 2024 годом с 21,0 до 23,1 %, то есть на 2,1 процентного пункта. В оба исследуемых года среди пациентов с хроническим пиелонефритом преобладали женщины.

Рахмонов А.Ш., Гадоева Ф.Дж., Латипов М.С., Исодухт Б.У.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

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

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. характеризовать клинические проявления и лабораторно-инструментальные изменения при остром пиелонефрите у беременных женщин в возрасте 18–45 лет, госпитализированных в центральную больницу Темурамаликского района.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 45 историй болезни беременных женщин в возрасте 18–45 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение центральной больницы Темурамаликского района в январе–августе 2026 года. Изучены жалобы пациенток, клинические проявления заболевания, результаты лабораторных исследований крови и мочи, а также ультразвукового исследования почек.

Результаты исследования. По данным историй болезни, острый пиелонефрит выявлялся в первом триместре беременности. У обследованных пациенток отмечались различные сочетания болевого синдрома, симптомов интоксикации и изменений лабораторных показателей.

У 18 (40%) беременных женщин наблюдались боль в поясничной области, отёки стоп и симптомы интоксикации. В общем анализе мочи отмечались изменение её цвета, помутнение и лейкоцитурия, составлявшая 18–25 лейкоцитов в поле зрения. В заключениях УЗИ почек были описаны расширение чашечно-лоханочной системы и признаки её уплотнения.

У 17 (37,78%) пациенток отмечались боль в пояснице и тупая ноющая боль в боку на стороне поражения, описываемая как опоясывающая. Эти проявления сопровождалась отёками нижних конечностей и повышением температуры тела до 37,8–38,5°C. В анализах крови выявлялся лейкоцитоз, в анализах мочи регистрировались лейкоцитурия, бактериурия и кристаллы уратов.

У остальных 10 (22,22%) беременных женщин наблюдалась боль различного характера: острая, резкая, тянущая или тупая, усиливавшаяся при движении. Отмечались симптомы интоксикации, снижение аппетита, тошнота и рвота. В общем анализе мочи выявлялись выраженная лейкоцитурия, при которой лейкоциты покрывали всё поле зрения, бактериурия, гематурия, кристаллы уратов и фосфатов. Также отмечались помутнение мочи и её резкий запах. По данным УЗИ почек были описаны расширение чашечно-лоханочной системы и признаки её уплотнения.

Таким образом, во всех трёх описанных подгруппах отмечались болевой синдром и лейкоцитурия. Различия касались характера боли, сопутствующих клинических проявлений и изменений мочевого осадка.

Выводы. В исследованной группе основными проявлениями острого пиелонефрита были болевой синдром и лейкоцитурия. У части пациенток дополнительно отмечались лихорадка, симптомы интоксикации, желудочно-кишечные проявления, бактериурия и гематурия. Разнообразие выявленных изменений подчёркивает значение совместной оценки клинических симптомов, лабораторных показателей и результатов инструментального обследования.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Абдуллаева Д.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: ОБЗОР МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

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

Цель исследования. Обобщить современные зарубежные данные (2024–2025 гг.) о лечении и ведении больных язвенным колитом (ЯК), включая обновлённые клинические рекомендации, новые классы препаратов и стратегию «лечение до цели» (treat-to-target).

Материал и методы. Проведён анализ актуальных публикаций и клинических рекомендаций (ACG 2025, AGA, консенсус STRIDE-II, сетевые мета-анализы и результаты рандомизированных исследований III фазы) по базам PubMed/MEDLINE, EMBASE и SCOPUS за 2020–2025 гг.

Результаты исследования. Обновлённые рекомендации ACG 2025 отражают значительное расширение терапевтических возможностей при ЯК. При лёгком и среднетяжёлом течении основой остаётся терапия 5-аминосалицилатами: при проктите — ректальные формы 1 г/сут, при левостороннем колите — комбинация ректальных (≥ 1 г/сут) и пероральных (≥ 2 г/сут) форм, что превосходит монотерапию. При среднетяжёлом и тяжёлом ЯК ведущую роль играют «продвинутые» методы лечения. Помимо ингибиторов ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб) и ведолизумаба, в клиническую практику вошли новые классы: селективные ингибиторы ИЛ-23 (мирикизумаб, рисанкизумаб, гуселькумаб), модуляторы рецепторов сфингозин-1-фосфата (озанимод, этрасимод) и ингибиторы янус-киназ (тофацитиниб, упадацитиниб, филготиниб). По данным сетевого мета-анализа AGA (2024), у ранее не леченных больных

наибольшую эффективность в индукции ремиссии показали рисанкизумаб, озанимод и упадацитиниб; при предшествующей биологической терапии — упадацитиниб, тофацитиниб и устекинумаб. Мирикизумаб (антитело к субъединице p19 ИЛ-23) в исследованиях III фазы LUCENT обеспечил индукцию клинической ремиссии к 12-й неделе с сохранением до 152 недель и уменьшение urgentных позывов. Сохраняется важность своевременной оценки острого тяжёлого ЯК с ранней стратификацией риска и решением о «спасительной» терапии или колэктомии.

Согласно консенсусу STRIDE-II, ведение больных ЯК строится по принципу «лечение до цели» с последовательной оценкой целей: купирование симптомов и нормализация С-реактивного белка, снижение фекального кальпротектина как промежуточные ориентиры, эндоскопическое заживление слизистой (Mayo 0–1) как долгосрочная цель. Рекомендуются жёсткий контроль (tight monitoring) и своевременная эскалация терапии при недостижении целевых показателей. Всё шире применяется интестинальное ультразвуковое исследование как неинвазивный инструмент диагностики и динамического наблюдения. Обязательными компонентами ведения остаются исключение инфекции *Clostridioides difficile*, скрининг тревожно-депрессивных расстройств и междисциплинарный подход.

Выводы. Современная стратегия лечения ЯК носит риск-адаптированный характер: выбор и позиционирование «продвинутой» терапии определяются тяжестью заболевания и предшествующим лечением, а её эффективность контролируется по объективным биомаркерам в рамках подхода «лечение до цели». Внедрение новых классов препаратов (ингибиторов ИЛ-23, модуляторов С1Ф-рецепторов, ингибиторов янус-киназ) и неинвазивного мониторинга (фекальный кальпротектин, интестинальное УЗИ) открывает возможность достижения стойкой ремиссии и улучшения качества жизни больных. Адаптация мировых подходов к региональным условиям представляется перспективным направлением дальнейших исследований.

Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Мирзоев Х.Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ GINA 2026

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

Цель исследования. Систематизировать основные положения рекомендаций GINA 2026, современные представления об этиологии, патогенезе и эндотипах бронхиальной астмы, а также представить современные подходы к её фармакотерапии.

Материал и методы: Проведён обзор литературы с использованием данных PubMed/MEDLINE и официальных ресурсов профессиональных сообществ за 2015–2026 гг. Основным источником послужил стратегический отчёт GINA 2026. Проанализированы данные GBD 2021, современные исследования иммунопатогенеза и ремоделирования дыхательных путей, а также рандомизированные исследования противовоспалительной релиферной и биологической терапии.

Результаты исследования: Бронхиальная астма характеризуется гетерогенностью, обусловленной взаимодействием генетической предрасположенности и факторов окружающей среды. Существенное значение имеют аллергены, вирусные инфекции, табачный дым, загрязнение воздуха, профессиональные сенсибилизаторы и ожирение. Современная концепция патогенеза выделяет два основных эндотипа: воспаление 2-го типа (T2-high) и не-2-го типа (T2-low). При T2-high-воспалении ключевую роль играют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13 и эпителиальные алармины TSLP, ИЛ-25 и ИЛ-33. Эозинофилия, повышение FeNO и IgE могут использоваться для определения фенотипа и выбора таргетной терапии. Одним из принципиальных положений GINA 2026 является окончательный отказ от монотерапии короткодействующими β₂-агонистами. Все пациенты с бронхиальной астмой должны получать терапию, содержащую ингаляционные глюкокортикостероиды. Предпочтение отдаётся противовоспалительному релиферу на основе комбинации ИГКС–формотерол и стратегии AIR/MART.

GINA 2026 усиливает внимание к безопасности пациентов при обострениях. В рекомендации включены четыре алгоритма для первичного и неотложного звена, а также перечень «красных флагов», указывающих на высокий риск жизнеугрожающей астмы. Особое значение придаётся снижению суммарной потребности в системных глюкокортикостероидах. Важным направлением является развитие биологической терапии тяжёлой астмы. Используются препараты, воздействующие на IgE, ИЛ-5, ИЛ-5Rα, ИЛ-4/ИЛ-13 и TSLP. Новым положением GINA 2026 является включение депекомимаба — ультрапродолжительного анти-ИЛ-5-препарата с введением один раз в шесть месяцев. В исследованиях SWIFT-1 и SWIFT-2 препарат снижал частоту обострений у пациентов с тяжёлой эозинофильной астмой. Отдельное внимание уделено астме, ассоциированной с ожирением. Агонисты рецепторов ГПП-1 рассматриваются как перспективное направление, поскольку наблюдательные исследования показали возможное снижение частоты обострений. Однако доказательная база пока преимущественно наблюдательная и требует подтверждения в рандомизированных исследованиях.

Выводы. GINA 2026 закрепляет переход от преимущественно симптоматической терапии к противовоспалительной и персонализированной стратегии лечения бронхиальной астмы. Основными принципами являются обязательное применение ИГКС, отказ от монотерапии КДБА, приоритет ИГКС–формотерола в качестве противовоспалительного релифера, рациональное использование системных глюкокортикостероидов и расширение возможностей биологической терапии.

¹Рахмонов Дж.Э., ²Хамидов З.А., ¹Тошева Ш.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БОТУЛИЗМА В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ.

¹Кафедра инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра инфекционных болезней ГОУ ХГМУ. Таджикистан.

Цель исследования. Анализ клинико-эпидемиологических особенностей случаев пищевого ботулизма в Дангаринском районе Хатлонской области Республики Таджикистан за период 2022– 2026 годы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении Областной клинической инфекционной больницы г. Дангара с диагнозом Ботулизм в период с 2022–2026 гг. Диагноз пищевого ботулизма во всех случаях был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторными методами исследования.

Результаты исследования. Всего было госпитализировано 49 пациентов, из них один госпитализирован в 2022 г., трое – в 2023 г., 6 пациентов – в 2024 г., 24 пациента – в 2025 г. и 15 больных в 2026 году. По гендерному признаку подавляющее количество больных составили женщины – 27 (55,1%) человек, мужчин было 22 (44,9%). Сельских жителей среди больных было 46 (93,9%), городских – 3 (6,1%). По данным эпидемиологического анамнеза заражение пациентов во всех случаях происходило при употреблении домашних консервированных продуктов. Тщательно собранный анамнез причин заражения больных ботулизмом выявил, что наиболее часто виновниками инфицирования оказались продукты домашнего приготовления, как соленые, так и маринованные из различных овощей и зелени. Пищевой ботулизм протекал у наблюдаемых больных полиморфизмом клинических проявлений в основном гастроэнтеритическим и неврологическими вариантами. Из неврологических симптомов больные жаловались общую слабость, нарушения зрения в виде тумана перед глазами, диплопии, птоза, анизокории. Гастроэнтеритическая симптоматика проявлялась чаще в начале заболевания: больных беспокоили боли в эпигастральной области схваткообразного характера, тошнота, однократная или двукратная рвота, жидкий стул 2–3 раза без патологических примесей. У 35% больных жаловались на нарушения глотания и чувства комка в горле. При осмотре ротовой полости у больных нарушение, а в более тяжёлых случаях полное отсутствие подвижности мягкого нёба и языка, отсутствие глоточного рефлекса. Нужно отметить, что заболевание во всех случаях протекало без повышения температуры тела.

За время нахождения в стационаре лечебные мероприятия начинали с промывания желудка толстым зондом, проведена очистительная клизма кишечника. После проведения кожной аллергической пробы по Безредке, для нейтрализации токсина больным вводили противоботулиническую сыворотку типа А – 10000 МЕ, типа В – 5000 МЕ и типа Е – 10000 МЕ внутримышечно, однократно. Одновременно после введения сыворотки проводилась дезинтоксикационная терапия, включающая внутривенное капельное введение инфузионных растворов.

Выводы. Ботулизм характеризуется полиморфизмом клинической симптоматики, что требует повышенной настороженности со стороны офтальмологов, невропатологов, терапевтов, а достичь этого можно акцентируя внимание на пищевом ботулизме при обучении врачей различных специальностей на курсах обязательного повышения квалификации врачей. Своевременная постановка диагноза и экстренное начало специфической терапии являются залогом полного выздоровления больных.

Рахмонов Дж.Э., Боймуродов А.А.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ БОТУЛИЗМЕ

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

Цель исследования. Анализ ошибок при диагностике пищевого ботулизма.

Материал и методы. Несмотря на достаточно четко очерченные клинические проявления, при ботулизме зачастую встречается значительное число диагностических ошибок. Нами проанализированы 112 историй болезни пациентов с ботулизмом, из которых в 15 случаях первоначально были выставлены ошибочные диагнозы. Окончательный диагноз был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторными методами исследования.

Результаты исследования. При анализе 112 историй болезни пациентов с ботулизмом, госпитализированных в стационар, были выявлены следующие ошибочные диагнозы: пищевая токсикоинфекция – 10 (66,6%), острое нарушение мозгового кровообращения – 1 (6,7%), гайморит – 3 (20%), вирусный энцефалит – 1 (6,7%).

Приводим клиническое наблюдение. 18.06.2026 года в приёмное отделение Городской клинической инфекционной больницы г. Душанбе поступила больная Р.П., 30 лет, из Матчинского района Согдийской области со слов больной, заболевание началось остро 15.06.2026 г., когда она стала отмечать головную боль, мелькание мушек перед глазами, общую слабость, неприятное ощущение в горле, осиплость голоса. Дома пациентка не лечилась, состояние постепенно ухудшилось, появились двоение в глазах и небольшой птоз век. В связи с появлением вышеизложенных жалоб больную доставили в г. Душанбе 18.06.2026 г. на 4-й день болезни в одну из клиник города, где она была осмотрена врачом-офтальмологом и ей был выставлен диагноз: «Дальнозоркость, птоз». Однако врач-офтальмолог заметила гнусавый оттенок голоса и отправила больную на консультацию к врачу-оториноларингологу. Врач после осмотра связал её заболевание с гайморитом при этом выявил некоторые неврологические симптомы и направил больную к невропатологу. Невролог, видя симптомы со стороны нервной системы предположил наличие нарушения мозгового кровообращения и рекомендовал провести МРТ головного мозга. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга у пациентки данных за объёмный процесс, очаговые изменения головного мозга, а также признаки острого нарушения мозгового кровообращения не выявлено. Кости черепа без костно-травматических и деструктивных изменений.

При сборе эпидемиологического анамнеза, выяснилось, что пациентка употребляла консервированный овощной салат домашнего приготовления. Был поставлен диагноз «ботулизм» на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторными методами исследования. Пациентке выполнили промывание желудка и сифонную клизму. После внутрикожной пробы и десенсибилизации по Безредке внутримышечно были введены ПБС типа А и типа Е — по 10 000 МЕ, ПБС типа В — 5000 МЕ. Помимо специфической терапии проводилась

дезинтоксикационная терапия. На 3-й день госпитализации (21.06.2026) состояние пациентки улучшилось: уменьшилась слабость, исчезло ощущение комка в горле, однако неврологическая симптоматика сохранялась. Пациентка выписана с клиническим выздоровлением на 12-й день болезни.

Выводы. Своевременная диагностика ботулизма в настоящее время является важной медико-социальной проблемой. Увеличение заболеваемости ботулизмом в последние годы требует проведения **санитарно-просветительной работы среди врачей с целью ознакомления врачей с клинической картиной ботулизма, формирования настороженности в отношении ботулизма**, что в свою очередь позволит своевременно диагностировать это заболевание.

Розиков У.И., Розиков Ш.И., Рустамзода Ш.Дж.

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СКРИНИНГ

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

Цель исследования. Обобщить современные данные о факторах риска, профилактике и раннем выявлении туберкулёза у лиц, освобожденных из мест лишения свободы, и обосновать необходимость непрерывного медицинского обследования данной категории населения.

Материал и методы. Проведен анализ современных научных данных по эпидемиологии, факторам риска, профилактике и диагностике туберкулёза среди лиц, находящихся в местах лишения свободы и освобожденных из них. Оценены особенности периода после освобождения, эффективность активного скрининга, роль сопутствующих заболеваний и социальных факторов, а также проблема лекарственной устойчивости. Проанализированы результаты профилактических осмотров в исправительных учреждениях г. Душанбе за 2022–2023 гг.

Результаты исследования. Наиболее высокая частота выявления туберкулёза среди бывших заключенных отмечается в первые 1–2 года после освобождения, что позволяет рассматривать этот период как критическое окно для медицинского наблюдения. Отсутствие выраженной симптоматики не исключает наличия латентной инфекции или субклинического заболевания.

В 2022–2023 гг. в исправительных учреждениях Душанбинского региона в рамках профилактических осмотров обследовано 7223 человека, среди которых выявлены 31 случай туберкулёза. В структуре выявленных случаев 17 характеризовались сохраненной лекарственной чувствительностью, 8 — лекарственной устойчивостью, а в 6 случаях диагноз был установлен на основании клинической картины. Диагностическая результативность существенно зависела от наличия жалоб: туберкулёз выявлялся у 3,4% с пациентами с симптомами и лишь у 0,03% лиц без симптомов.

К основным факторам, повышающим риск активного туберкулёза, относятся ВИЧ-инфекция, дефицит массы тела, нестабильные жилищные условия и употребление психоактивных веществ. Дополнительную угрозу представляет циркуляция лекарственно-устойчивых, включая множественно лекарственно-устойчивых, штаммов микобактерии туберкулёза в пенитенциарной среде и их возможное дальнейшее распространение в общей популяции.

Выводы. Освобождение из мест лишения свободы не следует рассматривать как завершение медицинского наблюдения. Данный этап представляет собой период сохраняющейся повышенной уязвимости, требующий преемственности медицинской помощи. Эффективный контроль туберкулёза среди бывших заключенных предполагает интеграцию пенитенциарной и гражданской систем здравоохранения, своевременную передачу медицинской информации, активный скрининг до и после освобождения, раннее применение инструментальных и молекулярно-генетических методов диагностики, а также обеспечение непрерывности профилактического и противотуберкулезного лечения.

Романюк Д.Д., Бричковский А.И., Лакотко Т.Г.

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ

2-я кафедра внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет». Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить состояние ЛИ у пациентов с ОБ в разных возрастных группах.

Материал и методы. В исследование включены 158 пациентов с диагнозом ОБ (средний возраст 53 (40; 59) лет), находившиеся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно». Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 72 человека (20–50 лет), 2 группа – 86 человек (51–65 лет). Исходно проводили расчет ЛИ: индекс алергизации (ИА), индекс Гаркави, индекс Кребса, индекс ядерного сдвига (ИС), индекс резистентности (ИРО) и индекса лейкоцитарной интоксикации (ЛИИ). Также, анализировали соотношения, отражающие фазы иммунной системы: лейкоциты/СОЭ (Л/СОЭ), нейтрофилы/моноциты (СНкМ), лимфоциты/моноциты (СЛкМ), лимфоциты/эозинофилы (СЛкЭ) и нейтрофилы/лимфоциты (ЛИ). Данные обрабатывались при помощи непараметрических методов статистики.

Результаты исследования. Во всей выборке пациентов с ОБ медианные значений индексов Л/СОЭ (0,51 (0,32; 0,86), СНкМ (9,4 (6,8; 14,8), СЛкМ 3,8 (2,9; 5,3), ИА, (0,66 (0,38; 1,03), и ТЛИ (9,6 (6,3; 13,8) были ниже по сравнению с референсными значениями, а ИРО (0,12 (0,05; 0,27) и ЛИИ по Кальф-Калифу были выше нормы. Согласно полученным результатам у пациентов 1 группы по сравнению с 2 группой отмечены более высокие значения показателей ИРО (0,14 (0,06; 0,31) и 0,09 (0,03; 0,18) соответственно) и отношения Л/СОЭ (0,50 (0,30; 0,93) и 0,45 (0,27; 0,69). соответственно). По остальным параметрам достоверных различий получено не было. Более высокие значения ИРО в первой группе свидетельствуют о меньшей истощённости эффекторных механизмов фагоцитоза и достаточном уровне неспецифической резистентности. Более низкие значения ИРО и Л/СОЭ у пациентов второй группы по всей видимости обусловлено инволюционными изменениями иммунного ответа, влиянием накопленной сопутствующей патологии и нарушением равновесия между про- и противовоспалительными цитокинами.

Выводы. 1. При ОБ наблюдается дисбаланс клеточных звеньев воспалительного ответа, проявляющийся изменением ЛИ, что подтверждает наличие эндогенной интоксикации и позволяет предположить однотипность базовых патогенетических механизмов воспаления при ОБ вне зависимости от возраста.

2. У более молодых пациентов наблюдалось лучшая сохранная функциональная активность нейтрофильно-монитарного звена и лучшие адаптационные возможности.

3. У пациентов старшей возрастной группы снижение ИРО и Л/СОЭ отражает возраст-ассоциированную иммуносупрессию на фоне коморбидной патологии и преобладание провоспалительных механизмов, что создаёт менее благоприятный фон для купирования острого воспалительного процесса.

Рофизода Х.Ш., Бобоева М.С.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Кафедра внутренних болезней с курсом клинической кардиологии НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана». Таджикистан

Цель исследования. Изучение особенности вариабельности сердечного ритма у женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде.

Материал и методы. Проведен анализ холтеровского мониторирования у 195 женщин, условно разделенных на 4 группы: 1 группа – 35 (17,9 %) практически здоровые женщины; 2 группа – 45 (23,1 %) женщин в климактерическом периоде; 3 группа – 65 (33,3 %) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде без осложнений; 4 группа – 50 (25,7 %) женщин с острым инфарктом миокарда в климактерическом периоде с осложнениями. Холтеровское мониторирование проводилось в течение 24 часов с использованием аппарата «Astrocard-Holtersystem» по отведениям V4, V5, V6.

Результаты исследования. У женщин III и IV групп выявлялись различные нарушения ритма, включая суправентрикулярную экстрасистолию, пароксизмы наджелудочковой тахикардии, фибрилляцию и трепетание предсердий, полиморфную желудочковую экстрасистолию и эпизоды желудочковой тахикардии. Желудочковая экстрасистолия высоких градаций по Lown–Wolff (II–V) встречалась в 2 раза чаще у женщин IV группы (57 %) по сравнению с III группой (27 %). Фибрилляция предсердий составила 3 % в III группе и 9,0 % в IV группе.

Выводы. Исследование показало высокую частоту нарушений сердечного ритма у женщин III–IV групп. У женщин с острым инфарктом миокарда и осложнениями нарушения ритма были более выраженными, что указывает на высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Рубинштейн А.А.^{1,2}, Марченко В.Н.³, Галагудза М.М.¹

ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ИНГИБИТОРОВ ИЛ-17А НА 16 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

¹Кафедра патологической физиологии Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²СПб ГБУЗ «КРБ им. В.А. Насоновой», Санкт-Петербург, Российская Федерация

³Кафедра терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии имени академика М.В. Черноруцкого с клиникой ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования. Оценка и сравнение терапевтической эффективности ингибиторов интерлейкина-17А (ИЛ-17А) через 16 недель применения у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы. Субъектами исследования являлись пациенты с HLA-B27-позитивным анкилозирующим спондилитом без внескелетных поражений органов-мишеней (n=15). Все пациенты являлись бионаивными и имели показания к инициации биологической генно-инженерной терапии. Участникам инициировалась терапия ингибиторами ИЛ-17А – Секукинумабом (n=8) и Нетакимабом (n=7) согласно инструкции к препаратам. Кратность введения препарата на поддерживающем этапе составляла каждые 2 недели для Нетакимаба и каждые 4 недели для Секукинумаба. Первичной конечной точкой являлось достижение показателей ответа на терапию по критериям ASAS20, ASAS40, ASAS5/6, BASDAI50, а также показателя парциальной ремиссии ASAS PR через 16 недель после первого введения препарата.

Результаты исследования. На 16 неделе терапии ингибиторами ИЛ-17А все пациенты (n=15) отметили значимое улучшение в виде уменьшения боли, продолжительности и выраженности утренней скованности в позвоночнике и периферических суставах. При оценке критериев ответа на терапию в группе Секукинумаба: 6 из 8 пациентов (75%) достигли ответа ASAS20, 3 из 8 пациентов (37.5%) достигли ответа ASAS40, 4 из 8 пациентов (50%) достигли ответа ASAS5/6, 5 из 8 пациентов (62.5%) достигли ответа BASDAI50. При оценке критериев ответа на терапию в группе Нетакимаба: 6 из 7 пациентов (85.7%) достигли ответа ASAS20, 4 из 7 пациентов (57.1%) достигли ответа ASAS40, 4 из 7 пациентов (57.1%) достигли ответа ASAS5/6, 3 из 7 пациентов (37.5%) достигли ответа BASDAI50. При оценке критериев парциальной ремиссии, в группе Секукинумаба 2 из 8 пациентов достигли ASAS PR, в группе Нетакимаба 2 из 7 пациентов достигли ASAS PR.

Выводы. Пациенты с анкилозирующим спондилитом на терапии Нетакимабом быстрее достигают клинического ответа по сравнению с пациентами на терапии Секукинумабом. В свою очередь, в группе Секукинумаба отмечается более выраженное снижение активности согласно индексу BASDAI. Частота достижения парциальной ремиссии к 16-й неделе в обеих группах оказалась сопоставима.

Рузиева Амира Асроровна, Мавлянова Зилола Фархадовна
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ-ФУТБОЛИСТОВ.
Самаркандский государственный медицинский университет Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность персонализированного алгоритма контроля адаптации сердечно-сосудистой системы у подростков-футболистов на основании комплексной оценки variability сердечного ритма, восстановления частоты сердечных сокращений после физической нагрузки и эхокардиографических показателей.

Материалы и методы. Проведено проспективное 12-недельное исследование с участием 72 подростков-футболистов 13–17 лет со спортивным стажем не менее двух лет. ГС составили 42 практически здоровых подростка аналогичного возраста, регулярно занимающихся спортом. В ОГ тренировочный процесс проводился с применением персонализированного алгоритма контроля адаптации сердечно-сосудистой системы; в группе сравнения — без индивидуальной коррекции нагрузок. Всем участникам выполняли электрокардиографию в покое, анализ variability сердечного ритма, нагрузочный тест с оценкой восстановления пульса через 1, 3 и 5 минут, а также эхокардиографию с определением размеров левого желудочка, индекса массы миокарда, фракции выброса и показателей диастолической функции. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В основной группе частота сердечных сокращений в покое была ниже, чем в группе сравнения: $62,4 \pm 5,8$ против $68,7 \pm 6,2$ уд/мин, а синусовая брадикардия регистрировалась чаще — $38,9\%$ против $16,7\%$. При этом максимальная частота сердечных сокращений при нагрузочном тесте существенно не различалась: $186,3 \pm 8,7$ и $184,9 \pm 9,1$ уд/мин соответственно. Показатели BCP в основной группе также были более благоприятными: SDNN составил $162,3 \pm 25,1$ мс против $148,1 \pm 23,2$ мс, RMSSD — $64,2 \pm 12,1$ против $58,6 \pm 11,8$ мс, pNN50 — $29,7 \pm 6,4\%$ против $24,8 \pm 5,9\%$. Соотношение LF/HF было ниже в основной группе — $1,38 \pm 0,31$ против $1,63 \pm 0,35$, что свидетельствовало о снижении симпатического напряжения и усилении вагусной регуляции. Восстановление частоты сердечных сокращений после нагрузки происходило быстрее у спортсменов основной группы: через 1 минуту снижение пульса составило $34,6 \pm 6,8$ уд/мин против $27,3 \pm 6,1$ уд/мин, через 3 минуты — $58,4 \pm 8,9$ против $49,1 \pm 8,2$ уд/мин, через 5 минут — $72,6 \pm 9,5$ против $63,4 \pm 9,1$ уд/мин. По данным эхокардиографии у подростков основной группы отмечались признаки физиологического ремоделирования сердца: индекс массы миокарда левого желудочка увеличился с $84,6 \pm 8,1$ до $86,9 \pm 8,3$ г/м², показатель E/A — с $1,78 \pm 0,22$ до $1,88 \pm 0,23$, а индекс E/e' снизился с $6,3 \pm 1,0$ до $5,8 \pm 0,9$. Фракция выброса оставалась в пределах нормы и достоверно не различалась между группами.

Вывод. Персонализированный алгоритм комплексного контроля сердечно-сосудистой адаптации у подростков-футболистов позволяет объективно оценивать функциональное состояние спортсменов, своевременно выявлять признаки перенапряжения и индивидуализировать тренировочные нагрузки. Его применение способствует улучшению автономной регуляции, ускорению восстановления после физической нагрузки и поддержанию физиологического ремоделирования сердца без нарушения сократительной функции.

Русских О.Е., Бородин А.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кафедра фтизиатрии ФГБОУ ВО «Ижевский ГМУ» Минздрава России

Цель исследования. Изучение особенностей эпидемиологии, клинического течения и эффективности лечения туберкулеза органов дыхания у пациентов с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 60 пациентов, проходивших лечение в отделении дифференциальной диагностики бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская клиническая туберкулезная больница» в период с 2021 по 2025 годы. Основная группа (туберкулез органов дыхания (ТОД) + ХОБЛ) — 30 пациентов, группа сравнения (ТОД без ХОБЛ) — 30 пациентов. Критерии включения: возраст старше 18 лет, мониторинг лечения в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых» 2025 года в России. Критерий исключения — ВИЧ-инфекция. Были разработаны 3 формализованные карты для оценки эпидемиологических особенностей, клиничко-рентгенологических и функциональных характеристик, а также эффективности и безопасности лечения. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования. Установлено, что пациенты с сочетанной патологией (ТОД+ХОБЛ) значительно отличались: преобладали женщины старше 60 лет (70–79 лет — 43%), неработающие (93%), проживающие в сельской местности (57%), с высоким коморбидным фоном (100% против 77%). Туберкулез у них чаще выявлялся по обращаемости (80% против 33%), а ХОБЛ в 47% случаев предшествовала туберкулезу более чем на 10 лет. В основной группе у больных достоверно чаще наблюдались бактериовыделение (посев МБТ(+)) у 60% против 27%), деструктивные изменения (43% против 30%), а также лекарственная устойчивость (МЛУ — 17% против 7%). У всех пациентов с ТОД+ХОБЛ регистрировались вентиляционные нарушения (смешанный тип — у 70% , тяжелая и среднетяжелая обструкция — у 63%), тогда как в группе сравнения у больных с ТОД показатели спирометрии были в норме. Лечение в основной группе сопровождалось высокой частотой нежелательных лекарственных реакций — НЛР (93% против 77%), чаще требовало коррекции режима (временная отмена всех препаратов — у 33% против 27%) и характеризовалось меньшей эффективностью: эффективный курс завершили 73% пациентов против 93% в группе сравнения. Прервали лечение только больные в группе с коморбидностью (7%).

Выводы. Полученные данные показали, что наличие ХОБЛ у больных туберкулезом органов дыхания сопряжено с рядом неблагоприятных эпидемиологических характеристик, более тяжелым течением туберкулеза, высокой частотой

лекарственной устойчивости, выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, а также высокой частотой НЛР. Все это способствовало менее благоприятным результатам лечения и требовало особой тактики ведения данной категории больных.

Рустамкулова Г.Ш., Рустамкулова З.Ш., Миракова С.О.

УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА В ЧЕТЫРЁХ ДЖАМОАТАХ РАЙОНА ДЖ. БАЛХИ

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

Цель исследования. Изучить информированность населения о медицинских услугах учреждений первичной медико-санитарной помощи и оценить удовлетворённость качеством медицинской помощи среди жителей сельских джамоатов района Дж. Балхи.

Материал и методы. Исследование проведено в июле 2026 года среди жителей четырёх сельских джамоатов района Дж. Балхи: Максим Горький, Иттифок, Рохи Ленин и Коммунист. Всего обследовано 36 домохозяйств: в джамоатах Максим Горький и Иттифок - по 10, Рохи Ленин и Коммунист - по 8 домохозяйств. В каждом домохозяйстве опрошен один респондент.

Результаты исследования. Всего опрошено 36 жителей четырёх джамоатов. При оценке работы медицинской службы по пятибалльной шкале в джамоате Максим Горький 7 из 10 респондентов (70,0%) поставили 5 баллов и 3 (30,0%) - 4 балла. В Иттифок 9 из 10 (90,0%) поставили 5 баллов и 1 (10,0%) - 4 балла. В Коммунисте 6 из 8 (75,0%) оценили работу на 5 баллов и 2 (25,0%) - на 4 балла. В Рохи Ленине 5 из 8 (62,5%) поставили 5 баллов, 2 (25,0%) - 4 балла и 1 (12,5%) - 3 балла. В целом 27 респондентов (75,0%) оценили работу медицинской службы на 5 баллов, 8 (22,2%) - на 4 балла и 1 (2,8%) - на 3 балла; оценку 2 балла не поставил ни один участник. Большинство респондентов положительно оценивали доступность медицинской помощи, отношение медицинских работников и возможность получения консультации. Отмечалась также достаточная информированность об основных медицинских услугах и порядке обращения за помощью.

Выводы. Среди обследованных жителей сельских джамоатов района Дж. Балхи отмечен преимущественно высокий уровень удовлетворённости первичной медико-санитарной помощью. Три четверти респондентов (75,0%) дали максимальную оценку работе медицинской службы, ещё 22,2% оценили её на 4 балла. Полученные результаты свидетельствуют о преимущественно положительном восприятии доступности и качества медицинской помощи в обследованной группе.

Рухшонаи К., Шарифова Н. Дж., Воронецкая К.Р.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

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

Цель исследования. Изучить длительность интервала QTc у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материал и методы. Нами было обследовано 30 пациентов с диагнозом ХСНсФВ II–III функционального класса по NYHA, находившихся на лечении в отделении кардиологии ГУ Городской медицинский центр № 1 им. К. Ахмедова. Средний возраст составил $64,1 \pm 8,4$ года. Всем больным проводили регистрацию ЭКГ в 12 стандартных отведениях с оценкой частоты сердечных сокращений (ЧСС), длительности интервала RR и с расчетом длительности скорректированного интервала QT (QTc) по формуле Базетта. За критерий патологического удлинения QTc принимали значение > 480 мс. Статистическую обработку выполняли с вычислением средней арифметической (M), стандартного отклонения (SD), медианы (Me) и межквартильного размаха [Q1; Q3]. Для сравнения данных применяли t-критерий Стьюдента, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При анализе ЭКГ у обследованных больных средняя ЧСС составила $74,8 \pm 7,3$ уд/мин, а средняя продолжительность интервала RR - $808,2 \pm 80,4$ мс. По всей выборке среднее значение скорректированного интервала QTc составило $485,1 \pm 8,6$ мс при медиане 483,5 [478,0; 491,0] мс и индивидуальном диапазоне от 461 до 513 мс. Оценка межквартильного размаха показала, что у 50% больных значения QTc находились в интервале от 478,0 до 491,0 мс. Патологическое удлинение QTc (> 480 мс) зафиксировано у 63,3% (n=19) больных, у 36,7% (n=11) пациентов показатель оставался в пределах нормы (≤ 480 мс). В подгруппе лиц с удлиненным QTc среднее значение показателя равнялось $491,2 \pm 6,8$ мс (медиана 489,0 [484,0; 496,0] мс). В группе с нормальной длительностью реполяризации средний QTc составил $474,5 \pm 5,2$ мс (медиана 475,0 [470,0; 478,0] мс). По данным t-критерия Стьюдента, у пациентов с пролонгацией реполяризации значения QTc достоверно превышали показатели группы нормы ($p < 0,001$).

Выводы. У больных ХСНсФВ выявляется патологическое удлинение интервала QTc, обусловленное нарушениями процессов реполяризации желудочков. Эти изменения формируют устойчивую электрофизиологическую основу для развития аритмий и отражают высокую степень электрической нестабильности миокарда

Рухшонаи К., Таджиева З.А., Худоёрзода К.Х.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

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

Цель исследования. изучить особенности морфофункциональной перестройки сердца у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСНсФВ).

Материалы и методы. Нами было обследовано 25 пациентов с ХСНсФВ (ФВ ЛЖ $54,8 \pm 4,3\%$), находившихся на лечении в ГУ ГМЦ №1 им. К. Ахмедова. Средний возраст составил $64,1 \pm 8,4$ года; женщины составили 76,0% (n=19), мужчины - 24,0% (n=6). Всем больным проводилась антропометрия с расчетом индекса массы тела (ИМТ) и трансторакальная ЭхоКГ. Оценивали систолические объемы (УО, КДО, КСО), толщину стенок ЛЖ (ТМЖП, ТЗСЛЖ), индекс массы миокарда (ИММЛЖ), индекс объема левого предсердия (ИОЛП), параметры трансмитрального потока (Е/А) и типы диастолической дисфункции (I - замедленная релаксация, II - псевдонормальный). Статистический анализ проводился с использованием критериев Стьюдента, Пирсона/Спирмена и коэффициента Стьюарта ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Насосная функция ЛЖ оставалась сохраненной (средние значения: УО $63,2 \pm 9,5$ мл, КДО $112,4 \pm 15,6$ мл, КСО $49,2 \pm 8,1$ мл). Отмечались выраженные признаки концентрической гипертрофии ЛЖ (ТМЖП $13,4 \pm 1,8$ мм, ТЗСЛЖ $12,6 \pm 1,5$ мм, ИММЛЖ $124,5 \pm 28,4$ г/м²) на фоне избытка массы тела (ИМТ $28,9 \pm 4,1$ кг/м²; $p = +0,68$ с толщиной стенок). Соотношение скоростей трансмитрального потока Е/А составило 1,51 [1,27; 1,85]. Анализ диастолического наполнения выявил преобладание II (псевдонормального) типа дисфункции — 68,0% (n=17), тогда как I тип (замедленная релаксация) диагностирован у 32,0% (n=8). Нарушение диастолических свойств сопровождалось расширением левого предсердия (передне-задний размер $40,5 \pm 3,4$ мм, ИОЛП по группе — 46,1 [37,8; 51,7] мл/м²). При II типе отмечались более выраженный гипертрофический процесс (ИММЛЖ $152,4 \pm 14,2$ г/м² против $96,9 \pm 11,8$ г/м² при I типе, $p < 0,001$) и дилатация ЛП (ИОЛП $49,8$ [44,5; 61,1] мл/м² против $38,4$ [34,5; 41,5] мл/м², $p < 0,001$). Выявлена достоверная связь по шкале Стьюарта между степенью ожирения и риском формирования псевдонормального типа наполнения.

Выводы. У больных ХСНсФВ морфофункциональная перестройка левых отделов сердца характеризуется концентрической гипертрофией ЛЖ, дилатацией ЛП и преобладанием псевдонормального типа диастолической дисфункции, отражающего наиболее выраженное ремоделирование миокарда.

Рысбекова Г.Б., Мендигали Д. К.

КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ И АЛГОРИТМОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В РАННЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра патологической анатомии,
НАО «Астана медицинский университет», Казахстан.

Цель исследования. Оценить возможности комбинированного использования клинических, биофизических и биохимических показателей в алгоритмах машинного обучения для раннего прогнозирования преэклампсии, а также определить наиболее информативные предикторы, используемые в современных прогностических моделях.

Материал и методы. Проведен систематизированный анализ научных публикаций и клинических исследований из международных баз данных PubMed, Scopus, а также статистических отчетов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Поиск осуществлялся по ключевым запросам: «preeclampsia», «machine learning», «biomarkers», «PIGF», «PAPP-A». Анализировались исследования, оценивавшие возможность прогнозирования преэклампсии на сроке 11–13 недель гестации. Сравнивались клинические характеристики матери, биохимические и доплерометрические маркеры, применяемые алгоритмы машинного обучения, показатели дискриминационной способности моделей (AUC) и наличие внешней валидации.

Результаты исследования. Согласно данным ВОЗ, преэклампсия остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности во всем мире. Анализ показал, что изолированная оценка традиционных факторов риска выявляет не более 35–40% случаев заболевания. Включение в мультимаркерные модели характеристик матери, среднего артериального давления (МАР), пульсационного индекса маточных артерий (UtA-PI), плацентарного фактора роста (PIGF) и ассоциированного с беременностью протеина А (PAPP-A) существенно повышает точность прогноза за счет учета патофизиологических механизмов нарушений плацентации. В исследовании с участием 4644 беременных женщин комбинация данных параметров с алгоритмами машинного обучения (Voting Classifier) позволила достичь высокого показателя AUC 0,884 для преждевременной преэклампсии. Систематический обзор 11 исследований (116 253 беременности) продемонстрировал для моделей ансамблевого обучения (XGBoost и Random Forest) значения AUC в диапазоне 0,84–0,97. При этом среди наиболее значимых предикторов выделялись МАР, преэклампсия в анамнезе, сывороточный PIGF и UtA-PI. Лишь 3 из 11 исследований имели внешнюю валидацию, что подчеркивает необходимость их дополнительной проверки.

Выводы. Интеграция клинических параметров, показателей гемодинамики и биомаркеров I триместра с алгоритмами машинного обучения значительно повышает точность раннего прогнозирования преэклампсии по сравнению с классическими скрининговыми подходами. Наиболее высокой прогностической информативностью обладают комбинации PIGF, МАР и UtA-PI. Для успешного внедрения данных цифровых решений в реальную клиническую практику необходимы проведение многоцентровых проспективных исследований и внешняя валидация моделей в различных популяционных группах.

Санджамоллов К.М., Бобоходжаев О.И., Пирмахамдзода Б.П.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Кафедра офтальмологии и кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Провести анализ частоты и характер развития параспецифических реакций глаз при туберкулезе легких у детей.

Материал и методы. Нами анализирована частота развития параспецифических реакций глаз у 20 амбулаторных больных-детей с туберкулезом легких. Все дети были направлены врачом окулистом ГЦЗ №13 в Городской центр по защите населения от туберкулеза г. Душанбе с подозрением на туберкулезное поражение глаз. Дети ранее не состояли на учете в противотуберкулезных учреждениях. Нами с целью уточнения диагноза всем больным была проведена обзорная и боковая рентгенограмма и КТ легких, а также туберкулинодиагностика.

Результаты исследования. Среди 20 детей с направленным диагнозом туберкулезом глаз туберкулезно-аллергическое поражение глаз был у 4, кератоконъюнктивит - у 9, увеит туберкулезной этиологии - 3, у одного узловатая эритема неясной этиологии. У 3-х детей (15,0%) клинически и рентгенологически нами был исключен туберкулез, у 12 (60,0%) детей одновременно был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации и у 5 (25,0%) - первичный туберкулезный комплекс в фазе рассасывания и уплотнения. Указанные диагнозы были установлены впервые. Результаты пробы Манту с 2ТЕ были следующие: отрицательный у 3 (15,0%), сомнительная реакция - у 3 (15,0%), положительная - у 14 (70,0%), из числа положительных гиперергическая реакция - у 9 детей (64,3%). У наблюдаемых детей контакт с больными туберкулезом в семье установлен у 10 из 20 наблюдаемых детей (50,0%). Всем вновь выявленным больным назначено специфическое лечение противотуберкулезными препаратами.

Выводы. Поражение глаз у детей в основном отмечается при первичных формах туберкулеза: при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов разной стадии активности и при первичном туберкулезном комплексе. Поражение глаз протекает на фоне гиперсенсibilизации организма (гиперергическая туберкулиновая проба). При рецидивирующих заболеваниях глаз у детей необходимо дополнительно провести рентгенологическое исследование легких и исследование на наличие инфицированности.

Саидзода Б.И., Косимзода А.М., Гадоев М.А., Кулмадов А.Ш.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра дерматовенерологии имени профессора П.Т. Зоирова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней», Таджикистан

ГУ «Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней». Таджикистан

Цель исследования. Изучить основные этапы становления и развития дерматовенерологической службы в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. Проведён анализ архивных материалов и отчётной документации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, отражающих становление и развитие дерматовенерологической службы в различные исторические периоды.

Результаты исследования. Развитие дерматовенерологической службы Республики Таджикистан условно подразделяется на два основных периода: советский и период государственной независимости.

Становление специализированной дерматовенерологической помощи началось в 1920-х годах. В 1925 году в Душанбе была открыта городская больница, в которой были предусмотрены койки для лечения больных венерическими заболеваниями. В 1926 году начал функционировать первый венерологический пункт, а 21 декабря 1927 года был открыт кожно-венерологический диспансер – первое специализированное учреждение данного профиля в республике. К 1929 году действовали 9 кожно-венерологических учреждений, а к 1940 году их число достигло 22. В 1941 году на базе Республиканской больницы была организована кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино, сыгравшая важную роль в подготовке квалифицированных специалистов. К концу 1980-х годов специализированная помощь оказывалась в 56 учреждениях.

Первые годы государственной независимости сопровождались ростом заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП), и заразными заболеваниями кожи на фоне социально-экономических трудностей и сокращения финансирования здравоохранения. Для улучшения эпидемиологической ситуации были приняты государственные программы профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и ИППП.

Важным этапом развития службы стало совершенствование системы последиplomного медицинского образования. Открытие кафедры дерматовенерологии в Таджикском институте последиplomной подготовки медицинских кадров в 1993 году способствовало повышению квалификации специалистов. Дальнейшее развитие медицинского образования было связано с открытием медицинского факультета Таджикского национального университета, Хатлонского государственного медицинского университета в 2016 году и негосударственного образовательного учреждения «Медико-социальный институт Таджикистана» в 2018 году.

В настоящее время дерматовенерологическая служба республики располагает 68 специализированными учреждениями и 755 койками, в том числе 447 взрослыми и 308 детскими. В республике работают 216 врачей-дерматовенерологов, что соответствует 87,5% от предусмотренного штатного расписания. Из них 18 являются сотрудниками кафедры дерматовенерологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, а 8 – сотрудниками кафедры дерматологии и косметологии Института последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан. Среди специалистов 3 доктора и 21 кандидат медицинских наук. Квалификационные категории имеют 165 врачей (76,3%), из них 135 – высшую и 30 – первую. Звание «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан» присвоено 62 врачам.

Вывод. Дерматовенерологическая служба Республики Таджикистан прошла значительный путь развития – от первых специализированных кабинетов и диспансеров до разветвлённой системы лечебно-профилактических учреждений. Несмотря на трудности начального периода независимости, удалось сохранить и укрепить кадровый и научный потенциал службы. Дальнейшее развитие предполагает совершенствование лабораторной диагностики, расширение профилактических мероприятий и внедрение современных методов диагностики и лечения дерматовенерологических заболеваний.

Саидмуродова Ф.Л., Асомуродова Ш.Ш., Исоева Т.Н.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ
СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОГО РИСКА

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость велоэргометрии (ВЭМ) в комплексной оценке сердечно - сосудистого риска у пациентов амбулаторного и стационарного профиля.

Материал и методы. Обследовано 45 пациентов в возрасте от 35 до 74 лет, из них 23 женщины и 22 мужчины. В исследования включались пациенты, находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении, которые имели показания для проведения нагрузочного тестирования. Всем пациентам выполнялась велоэргометрия с использованием ступенчато – возрастающей физической нагрузки. В процессе исследования оценивались достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений, динамику артериального давления, изменения сегмента ST, появления нарушения ритма и проводимости, а также клиническую симптоматику.

Результаты исследования. При анализе результатов учитывались мощность выполняемой нагрузки, продолжительность теста, уровень достигнутой ЧСС, характер гемодинамических реакций, наличие аритмий и клинических симптомов. Особое значение имела оценка функциональной работоспособности пациентов, так как сниженная переносимость физической нагрузки может быть дополнительным маркёром неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза.

Выводы. Велоэргометрия является информативным и доступным методом исследования на амбулаторном этапе, позволяет оценить и провести дополнительную стратификацию сердечно-сосудистого риска. Этот метод тестирования целесообразно использовать как часть комплексного кардиологического обследования с учётом клинических данных и показаний к нагрузочному тестированию.

Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т., Ашурова С.П.
СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРИТМИЯМИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕ-
ДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

ГУ «Медицинский центр Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить частоту старческой астении и её клиническое значение у пациентов пожилого возраста с нарушениями ритма сердца и хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте от 65 до 86 лет, среди которых 37 мужчин (61,7%) и 23 (38,3%) женщин. Фибрилляция предсердий выявлена у 36 пациентов (60%), синдром слабости синусового узла – у 5 (8,3%), полная блокада левой ножки пучка Гиса на фоне постинфарктного кардиосклероза - у 12 (20%) пациентов. У пациентов клинически отмечались ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность 3-4 функционального класса. Оценка старческой астении проводилась с использованием опросника <<Возраст не помеха>> по балльной системе. Дополнительно оценивалась функциональная активность, способность к самостоятельной ходьбе и самообслуживанию, а также переносимость физической нагрузки.

Результаты исследования. Признаки старческой астении выявлены у 28 больных из 60 обследованных пациентов, что составило 46,7%. У пациентов с признаками астении отмечалось снижение активности и толерантности к физической нагрузке, также ограничение способности к самостоятельной ходьбе и самообслуживанию со снижением функциональных резервов организма. Четырём пациентам была имплантирована система постоянного контроля ритма сердца – кардиостимулятора. После имплантации отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение обмороков и повышение толерантности к физической нагрузке. В течении трёх лет наблюдения зарегистрирован один летальный исход с развитием геморрагического инсульта.

Выводы. Включение оценки признаков астении в комплексном обследовании пожилых кардиологических пациентов позволяет своевременно выявлять больных с выраженным снижением функциональных резервов организма. Коррекция нарушений ритма с имплантацией кардиостимулятора по показаниям, способствует улучшению качества жизни пациентов.

Саидов П.А., Исрофилзода М.О.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ

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

Цель исследования. Оценить когнитивные нарушения при различных формах эпилепсии.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с эпилепсией, находившихся на обследовании и лечении в неврологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш». В зависимости от формы эпилепсии пациенты были распределены на группы с фокальной (n=30) и генерализованной (n=20) эпилепсией. Когнитивные функции оценивали с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Анализировали общий балл MoCA и частоту когнитивных нарушений при пороговом значении <26 баллов. Статистическую значимость различий оценивали при p<0,05.

Результаты исследования. Средний показатель MoCA в общей группе составил 23,8±4,7 балла. Когнитивные нарушения выявлены у 28 (56,0%) пациентов, тогда как показатели, соответствующие сохранному когнитивному функционированию, отмечены у 22 (44,0%) обследованных.

У пациентов с фокальной эпилепсией средний балл MoCA составил 22,5±4,5 балла, при генерализованной эпи-

лепсии — $25,7 \pm 4,3$ балла. Различия между группами были статистически значимыми ($p=0,018$). Когнитивные нарушения выявлены у 20 (66,7%) пациентов с фокальной эпилепсией и у 8 (40,0%) пациентов с генерализованной эпилепсией ($p=0,061$).

Наиболее выраженные нарушения отмечались в сферах памяти, внимания и исполнительных функций. Нарушения памяти выявлены у 18 (60,0%) пациентов с фокальной эпилепсией и у 7 (35,0%) пациентов с генерализованной эпилепсией. Нарушения внимания и исполнительных функций зарегистрированы соответственно у 17 (56,7%) и 7 (35,0%) пациентов. Более выраженное когнитивное снижение при фокальной эпилепсии сопровождалось большей длительностью заболевания и более высокой частотой полипрагмазии.

Выводы. Когнитивные нарушения выявлены более чем у половины обследованных пациентов с эпилепсией. При фокальной эпилепсии отмечалось более выраженное снижение общего показателя МоСА по сравнению с генерализованной эпилепсией, преимущественно за счёт нарушений памяти, внимания и исполнительных функций. Полученные результаты указывают на необходимость оценки когнитивного статуса при комплексном обследовании пациентов с эпилепсией.

Сандов С.С., Хакимов В.Б., Маликов Н.В.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

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

Цель исследования. Определить половозрастные и социально-психологические паттерны, а также распространенность невротической симптоматики у лиц с диагнозом «хронический алкоголизм II стадии».

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Государственного учреждения «Республиканский клинический центр наркологии имени профессора М. Г. Гулямова» в г. Душанбе. Обследование было проведено на 7–8-е сутки пребывания в стационаре (после устранения острых проявлений абстиненции) у 150 больных (136 мужчин и 14 женщин, средний возрастной показатель — 39,2 года). Были применены клиничко-анамнестический, клиничко-патологический методы, а также заполнение анкет, оценки уровня табакокурения (тест Фагерстрема) и определения степени невротизации по методике К. К. Яхина и Д. М. Менделевича.

Результаты исследования. В группе женщин отмечена преобладающая частота наличия психиатрической и аддиктивной патологии у кровных родственников по сравнению с мужской когортой. У мужчин наблюдалось преобладание в анамнезе правонарушений, судимостей и перенесенных нейротравм, сопровождающихся более выраженной аддикцией к никотину и эпизодами приема каннабиноидов. Выявлен более выраженный уровень дезадаптации среди пациенток: трудоустроены лишь 38,0% из них, тогда как в мужской группе данный процент существенно выше; также женщины достоверно чаще не состояли в браке и проживали изолированно. Несмотря на более поздний возраст инициации злоупотребления спиртным и манифестации абстинентного синдрома у женщин, для них оказались характерны укороченные периоды ремиссии и высокая частота повторных госпитализаций в течение года. Исследование выявило, что у 100% женщин в постабстинентной фазе присутствовали субклинические или манифестные невротические нарушения, тогда как в мужской группе полностью сохранный эмоциональный профиль наблюдался у 22,7% обследованных.

Выводы. Для женщин, страдающих алкоголизмом II стадии характерно «телескопическое» развитие процесса. При относительно позднем начале заболевания наблюдается стремительная утрата социальных связей, высокая рецидивированность и полная сопряженность с невротической симптоматикой. Мужской профиль отличается ранним стартом аддикции, частым асоциальным анамнезом, сочетанной суррогатной или наркотической патологией и органическим фоном. Обнаруженные специфические черты свидетельствуют о необходимости внедрения персонально адаптированных схем фармакотерапии и психотерапевтического воздействия в ходе стационарной реабилитации.

Сандова Ф.И.

ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра анатомии и клинической анатомии БухГМИ им. Абу Али ибн Сино. Узбекистан

Цель исследования. Определить взаимосвязь состава тела и инсулинорезистентности у пациентов с сахарным диабетом 2-типа (СД 2-типа).

Материал и методы исследования. В исследование включены 36 больных СД 2-типа. 1-группу составили 17 пациентов с ожирением и 2-группу — 19 пациентов с саркопеническим ожирением. Исследование состава тела проводили методом биоимпедансометрии. У всех участников исследования проводился сбор жалоб, анамнестических данных, измерение антропометрических данных (рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ), артериального давления; исследование биохимического анализа крови (глюкоза в плазме натощак, липидный профиль сыворотки (общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), гликированный гемоглобин A1c (HbA1c), уровни аланинаминотрансфераз (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), инсулинорезистентности (НОМА-IR).

Полученные данные статистически обработаны на персональном компьютере с использованием статистического пакета прикладных программ «Statistica 10.0». Различия считали статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ выявил отсутствие существенных различий по возрасту, продолжительности СД 2-типа, уровню HbA1c, ОХ, ЛПНП, АЛТ и АСТ в группах. ИМТ составил в 1-группе для мужчин $27,3 \text{ кг/м}^2$, для женщин $28,5 \text{ кг/м}^2$, во 2-группе — $23,7 \text{ кг/м}^2$ и $25,2 \text{ кг/м}^2$ соответственно. Доля жировой массы составила в 1-группе для мужчин 32,4%, для женщин 40,5%, во 2-группе — 33,7% и 39,2% соответственно. Показатель

НОМА-IR составил в 1-группе для мужчин 1,9, для женщин 2,4, во 2-группе – 2,8 и 3,1 соответственно. У всех участников исследования группа с ожирением показала высокий ИМТ, чем группа с саркопеническим ожирением. Инсулинорезистентность, измеренная с помощью НОМА-IR, была выше в группе с саркопеническим ожирением, чем в группе с ожирением ($p = 0,045$). Доля жировой массы положительно коррелировала с НОМА-IR у всех участников исследования ($p < 0,01$). Таким образом, пациенты с СД 2-типа и саркопеническим ожирением имели более высокий риск инсулинорезистентности.

Выводы. Больные с СД 2-типа и саркопеническим ожирением, несмотря на низкие или нормальные показатели ИМТ, имеют более высокие показатели инсулинорезистентности, определенной по НОМА-IR. Более тесная связь саркопенического ожирения с инсулинорезистентностью, указывает на необходимость рассмотрения морфометрических параметров диагностики метаболических расстройств для более успешного раннего выявления контингента риска.

Сайдалиев А.Ф., Гуломов А.Х., Рахмонов Ч.Э.

ҲОДИСАҲОИ ПАЙДОИШИ БЕМОРИИ БОТУЛИЗМ ДАР ҲАҶ СОЛИ ОХИР ДАР ШАҲРИ НОРАК

Кафедраи бемориҳои сироятӣ МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Мақсади таъқиқот. Омӯзиши аломатҳои сарирӣ, воғирӣ ва натиҷаҳои таҳлилҳои озмоишгоҳии бемории ботулизм дар шаҳри Норақ.

Маводҳо ва усулҳо. Дар солҳои охир бемории ботулизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон бештар ба қайд гирифта шуда истодааст. Тибқи маълумоти омории Хадамоти давлатии санитарияи эпидемиологии ВТ ва ҲИА ҚТ, дар солҳои 2014–2025 дар шаҳри Норақ 5 ҳодисаи ботулизм ба қайд гирифта шудааст, ки дар натиҷа 12 нафар ба ин беморӣ гирифтӣ гардида, аз инҳо 2 нафар фавтидаанд. Ба ҳамаи беморон дар асоси аломатҳои сарирӣ, воғирӣ, шикоятҳои беморон ва натиҷаҳои таҳқиқоти озмоишгоҳӣ таъхиси ботулизм гузошта шудааст.

Натиҷаи таъқиқот. Ҳамаи бемороне, ки дар беморхона бистарӣ буданд, консерваҳои дар шароити хона омодашударо истеъмол кардаанд. Дар таркиби ин зарфҳои шишагии консервашуда пиёз, бодиринг, каду ва помидор мавҷуд буданд. Соли 2014 — 2 бемор, соли 2015 — 4 бемор, соли 2020 — 2 бемор, соли 2023 — 2 бемор ва соли 2025 — 2 бемор ба қайд гирифта шудаанд. Аз рӯи дараҷаи вазнинии ҷараёни беморӣ ҳолатҳои сабук — 3 нафар (25,0%), миёнавазнин — 1 нафар (8,3%), вазнин — 5 нафар (41,6%) ва ниҳоят вазнин — 3 нафар (25,0%)-ро ташкил доданд. Аз инҳо 6 нафар зан (50,0%) ва 6 нафар мард (50,0%) буданд. Аз рӯи муҳлати воридшавӣ ба беморхона чунин нишондиҳандаҳо ба қайд гирифта шуданд: дар рӯзи якуми беморӣ — 3 нафар (25,0%), дар рӯзи дуюми беморӣ — 5 нафар (41,6%), дар рӯзи сеюми беморӣ — 2 нафар (16,6%), дар рӯзи чоруми беморӣ — 1 нафар (8,3%) ва дар рӯзи панҷуми беморӣ — 1 нафар (8,3%). Қариб дар ҳамаи беморон беҳолӣ, бемадорӣ ва дилбехузурӣ дар анамнези беморӣ ба қайд гирифта шудааст. Инчунин, қайқунӣ ва дарди сар мушоҳида гардид. Дар ҳамаи беморон хирашавии пеши чашм, тағйирёбии овоз, мушкилии фурубарии ғизо, хушкшавии даҳон ва нафастангӣ мушоҳида карда шуданд. Дар 5 беморе, ки ҳолаташон вазнин арзёбӣ гардид, фалачи пилкҳои чашм мушоҳида шуд: дар 3 бемор — яктарафа ва дар 2 бемор — дугарафа. Дар 6 бемор ҳангоми нӯшидани об он аз бинӣ берун мешуд. Дар 8 бемор васеъшавии гавҳараки чашм мушоҳида гардид. Қариб дар ҳамаи беморон рефлексҳои ҳалқӣ мушоҳида намешуд. Дар 9 бемор сабти барқии дил гузаронида шуд, ки тағйироти ҷиддӣ мушоҳида нагардид. Таҳлилҳои умумии хун, биохимиявӣ, таҳлили умумии начосат ва пешоб сари вақт гузаронида шуданд, аммо тағйироти назаррас мушоҳида нагардид. Табобат тибқи протоколи бемориҳои сироятӣ гузаронида шуд. Аввал ба ҳамаи беморон ҳуқна гузаронида шуда, баъдан меъдаашон шуста шуд. Аз доруҳои зиддигистаминӣ, гормонӣ, маҳлулҳои безараргардонӣ ва махсусан зардобӣ зиддиботулиний намудҳои «А», «Е» ва «В» бо воияи муқаррарӣ истифода гардиданд. Ҳамаи 10 беморе, ки бистарӣ буданд, баъди табобат бо ҳолати қаноатбахш ба хона ҷавоб дода шуданд ва зерин назорати табиби оилавӣ қарор гирифтанд. Аммо ду беморе, ки фавтиданд, аз оризаи ин беморӣ, яъне аз шоки сироятии дараҷаи 4, дар натиҷаи норасоии фаъолияти дилу рағҳо ва роҳҳои нафас фавтиданд.

Хулоса. Дар он ҷойҳое, ки маҳсулоти ҳуққоворӣ ватанӣ истифода бурда мешавад, бояд одамон донанд, ки беэҳтиётӣ, яъне риоя накардани қоидаҳои гигиенӣ ва технологияи тайёр кардани консерваҳо, метавонад ба бемории ботулизм оварда расонад. Аз ин хотир, бояд дар байни аҳолии оид ба тарзи дурусти тайёр кардани консерваҳо ва нигоҳдорӣ онҳо дар шароити мувофиқ қорҳои ташвиқотию тарғиботӣ гузаронида шаванд, то роҳҳои пешгирии ин беморӣ ба одамон хуб фаҳмонида шаванд. Зарфҳои шишагии консервашуда, ки обашон каме хира шудааст ё дар зерин сарпӯшашон ҳаво пайдо шудааст, набояд истеъмол карда шаванд.

Сайфиева Н.М.

ХУСУСИЯТҲОИ СИНДРОМИ БАНДУБАСТӢ ҲАНГОМИ ГЕМОФИЛИЯҲО

Кафедраи бемориҳои дарунии №3-и ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, Тоҷикистон

Ҳадафи тадқиқот. Гузаронидани арзёбии маҷмӯии паҳншавӣ ва хусусиятҳои клиникаию функционалии синдроми бандубастӣ (бугумӣ) дар беморони гирифтӣ гемофилия ва бемории Виллебранд.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Ба интиҳоби намоёндагӣ 39 бемори синнашон аз 14 то 60-сола (синни миёна — 28 сол, медиана — 22 сол) шомил шуданд, ки 94,9%-и онҳоро мардон ташкил медоданд. Тасдиқи таъхисии коагулопатияҳо да расоси муайян кардани сатҳи факторҳои VIII ва IX, таҳлили АЧТВ ва коагулограмма сурат гирифт. Арзёбии ҳолати дастгоҳи таъяву ҳаракат бо истифода аз усулҳои тасвирсозии инструменталӣ (УЗИ, рентгенография) ва таҳлили объективии маълумоти клиникӣ (синдроми дард, синовит, ҳаҷми ҳаракат, басомади гемартрозҳо) гузаронида шуд.

Натиҷаҳо ва баррасӣ. Дар сохтори шаклҳои нозологӣ гемофилияи А (82%-и ҳолатҳо) бартарӣ дошт. Синдроми бандубастӣ дар 79%-и муоинашудагон таъхис карда шуд. Дар маҳалли осеб бештар бугумҳое, ки зерин бори зиёди механикӣ қарор доранд, бартарӣ доштанд: зону (56%), оринҷ (36%) ва бучулак (28%). Афзоиши басомади синдроми

бандубастӣ вобаста ба синну сол аз чихати оморӣ тасдиқ гардид — аз 67% дар гурӯҳи то 20-сола то 100% дар гурӯҳи болотар аз 50-сола. Чунин тамоюл дар ташаккули артропатияҳои бебозгашт низ мушоҳида шуд, ки нишондоди он дар гурӯҳи синну соли калон 100%-ро ташкил дод. Механизмҳои асосии патогенетики дегенератсия — гемартрозҳои такроршаванда эътироф шуданд, ки боиси синовити музмин ва харобшавии бофтаи тағояк мегарданд, хусусан дар ҳолати набудани табobati пешгирикунанда.

Хулоса. Синдроми бандубастӣ нишонаи ҳатмии клиникии чараёни авҷгирандаи гемофилия мебошад, ки бо синну сол ва давомнокии беморӣ алоқаманд аст. Омили асосии пешгирии артропатияи гемофилии маъюбкунанда — таъхиси барвақт ва пешгирии асосноки патогенетикии хунрезии дохилибугумӣ мебошад, ки сифати зиндагии беморонро ба таври назаррас муайян мекунад.

Сайфиева Н.М., Шамсов А.Т.

ИСХОД ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТА С ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Продемонстрировать особенности течения острого ишемического инсульта у пациента с эссенциальной тромбоцитемией.

Материалы и методы исследования. Представлен клинический случай пациента 62 лет с установленным диагнозом эссенциальной тромбоцитемии, получавшего нерегулярную циторедуктивную терапию. Пациент был госпитализирован в первые часы после появления слабости в правых конечностях, асимметрии лица и нарушения речи. Проведены клиническое обследование, общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, компьютерная томография головного мозга при поступлении с последующим контрольным исследованием, а также консультации невролога и гематолога.

Результаты исследования. При поступлении состояние соответствовало средней степени тяжести. Компьютерная томография исключила внутримозговое кровоизлияние, а контрольное исследование подтвердило ишемический очаг в бассейне левой средней мозговой артерии без признаков геморрагической трансформации.

В общем анализе крови выявлены гемоглобин 148 г/л, эритроциты $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11,8 \times 10^9/л$ с умеренным нейтрофилезом, тромбоциты $1285 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов 14 мм/ч. Биохимическое исследование крови показало уровень глюкозы 6,3 ммоль/л, креатинина 86 мкмоль/л, мочевины 5,7 ммоль/л, аланинаминотрансферазы 28 Ед/л, аспартатаминотрансферазы 31 Ед/л, общего билирубина 14 мкмоль/л и С-реактивного белка 12 мг/л. Коагулограмма не выявила выраженных нарушений свертывания.

Пациенту проводилась комплексная терапия, включавшая антитромбоцитарный препарат, статин, коррекцию факторов риска, инфузионную терапию по показаниям и раннюю медицинскую реабилитацию. С учетом выраженного тромбоцитоза была возобновлена циторедуктивная терапия гидроксимочевой с постепенным подбором дозы под контролем гемограммы. В течение стационарного лечения наблюдался отчетливый регресс неврологического дефицита: восстановилась сила в правых конечностях, значительно улучшилась речь, пациент стал самостоятельно передвигаться. К моменту выписки количество тромбоцитов снизилось до $620 \times 10^9/л$, новых тромботических и геморрагических осложнений не отмечено.

Выводы. Эссенциальная тромбоцитемия является важным фактором риска развития артериальных тромбозов, включая острый ишемический инсульт. Представленный клинический случай показывает, что ранняя диагностика инсульта, своевременное проведение стандартной сосудистой терапии в сочетании с адекватной коррекцией тромбоцитоза позволяют добиться благоприятного клинического исхода и существенно снизить риск повторных сосудистых осложнений. Комплексное ведение пациента с участием невролога и гематолога имеет ключевое значение для успешного лечения данной категории больных.

Сайфиева Н.М., Бобиева Н.Х., Абдуллоев Ф.Н.*

КОРРЕКЦИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

* ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», Центр нефрологии и гемодиализа

Цель исследования. Изучить микробиоту кишечника у больных хронической болезнью почек III- V стадии.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 58 больных с хронической болезнью почек III- V стадии находившихся на стационарном лечении в Центре нефрологии и гемодиализа ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Средний возраст больных составил $45,1 \pm 4,5$ лет. Больные разделены поровну на основную и контрольную группы. Все пациенты получали стандартную терапию в течение 10 дней согласно утвержденному клиническому протоколу. Пациенты основной группы дополнительно получали препарат Эфлора, по 1 капсуле 3 раза в день, внутрь, до приема пищи, ежедневно на 10 дней.

У всех больных наряду с общеклиническими и биохимическими анализами, исследовались параметры характеризующие бактериологическое исследование микрофлоры кишечника. Больные были обследованы до начала лечения и в конце курса стационарной терапии, средняя продолжительность которой составила $10,4 \pm 1,3$ дня.

Результаты исследования. Исследуя кишечную микробиоту при ХБП, выявили значительные изменения как в количественном, так и качественном её составе. В результате этого в кишечнике образуется большое количество аммония, который губительно действует на рост симбиотических бактерий.

Как показали результаты исследования, у всех больных хронической болезнью почек III–V стадии имелось выраженное нарушение в желудочно-кишечном тракте. При дисбалансе симбионт-бактерий усиливается уремия, повы-

шается риск развития местных и системных воспалительных процессов, что становится причиной расстройства питания пациентов с хронической почечной недостаточностью. Десятидневный курс стандартной терапии больных, не получавших Эфлору привёл к незначимым изменениям в желудочно-кишечной системе. При этом, у больных, получавших препарат Эфлора обнаружена более положительная динамика этих параметров снизилось с $48,2 \pm 2,9\%$ до $22,5 \pm 2,7\%$.

Выводы. У всех больных хронической болезнью почек III- V стадии имеется дисбаланс флоры кишечника, который проявляется его дисбактериозом. Стандартное лечение оказывает существенного влияния на данные нарушения этой системы и использование препарата Эфлора в стандартной терапии у больных хронической болезнью почек III–V стадии существенно приводит к более достоверному поддержанию кишечной микрофлоры.

Салихова А.Х., Нисанбаева З.Х., Хакимов В.Б.
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

Цель исследования. Оценить уровень тревожности у медицинских работников.

Материал и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 92 медицинских работников различных специальностей (врачи, медицинские сестры, преподаватели, студенты медицинского вуза). Для оценки уровня тревожности использовалась стандартизированная психологическая шкала Гамильтона

Результаты исследования. Анализ результатов, полученных при использовании шкалы тревоги Гамильтона (HARS), выявил наличие признаков тревожного расстройства различной степени выраженности у 42,36% исследуемых. Из них среднюю степень выраженности показали 26% ($n=24$ из 92). 16,36% соответствуют критериям тяжелой степени выраженности тревожного расстройства. В ходе гендерного анализа выявлена тенденция к более высокому уровню тревожности у респондентов женского пола (76,9%;), что согласуется с данными о большей распространенности тревожных расстройств среди женщин. Для подтверждения статистической значимости выявленных различий требуется проведение дальнейшего анализа. В последующем целесообразно рассмотреть влияние социокультурных факторов на особенности переживания тревоги у женщин, занятых в сфере здравоохранения. Наиболее высокий средний балл тревожности был зафиксирован в возрастной группе до 30 лет, что составляет 86,9% опрошенных. Данный факт может быть обусловлен периодом адаптации к профессиональной деятельности, повышенным уровнем ответственности на начальном этапе карьеры, недостаточной уверенностью в собственных компетенциях и трудностями в интеграции профессиональной и личной сфер жизни. Предполагается, что более опытные специалисты с течением времени формируют адаптивные стратегии совладения со стрессом или успешно адаптируются к условиям труда.

Выводы. Результаты проведенного исследования выявили высокую распространенность тревожных расстройств среди обследованной группы медицинских работников. Данные факты свидетельствуют об актуальности дальнейших исследований, направленных на углубленное изучение этиопатогенеза тревожности в данной профессиональной группе. Полученные знания необходимы для разработки и внедрения научно обоснованных стратегий, призванных оптимизировать психоэмоциональное благополучие и повысить устойчивость к профессиональному стрессу у медицинских работников.

Салихова А.Х., Нисанбаева З.Х., Абдуллохзода С.Дж.
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОСЛОЖНЁННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДАМИ

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

Цель исследования. С 2000-х гг. психиатры и наркологи начали отмечать рост количества психических расстройств, осложнённых употреблением каннабиноидами, что является глобальной проблемой. Оценить влияние употребления каннабиноидами (в том числе синтетическими) на развитие психических расстройств, что может вызвать шизофреноподобный психоз и привести к ошибочному диагнозу.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Республиканского клинического центра наркологии им. проф. М. Г. Гулямова. В исследование приняли участие 96 мужчин с зависимостью от каннабиноидов.

Результаты исследования. Состояние интоксикации, вызванное каннабиноидами, может спровоцировать развитие психотических эпизодов и может стать в некоторых случаях пусковым механизмом для развития шизофрении. Различают четыре варианта наркотической интоксикации: бредовая, шизофреническая, с псевдогаллюцинациями, с делирием. Сходство личностной характеристики зависимых от каннабиноидов пациентов определяется преобладанием черт эмоциональной нестабильности, ригидности, интроверсии и склонности к девиантному поведению. Пациенты, злоупотребляющие наркотиками с коморбидными расстройствами личности, отличались от таких форм поведения, как дезорганизованность, конфликтность, непредсказуемость, спонтанность, легкомыслие, импульсивность и несоблюдение норм и правил. Симптомы лёгкой абулии-апатии были стигматизирующими признаками шизофренического процесса у пациентов, зависимых от каннабиноидов. Пациенты с шизофренией, злоупотребляющие наркотиками, отличались от пациентов без наркотической зависимости отсутствием эмоционального дефекта, наличием эмоциональности и стремления к общению.

Выводы. Феномен употребления каннабиноидами становится триггером психотического эпизода как у больных шизофренией, так и у пациентов с расстройствами личности, среди которых преобладают антисоциальные, шизоидные и параноидные черты характера.

Салихова М.Х., Зубайдов Р.Н., Ятимова С.А.,
ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПО ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

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

Цель исследования. Оценить выраженность системного воспаления у больных ревматоидным артритом (РА) с использованием гематологических параметров и изучить их взаимосвязь с лабораторными показателями.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 70 пациентов с РА, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении при ГЦЗ №2 им. ак.К.Таджиева. Возраст больных от 22 до 58 лет. Средний возраст пациентов составил 52,6 года. Женщины — 42 (60%), мужчины — 28 (40%). Анализировались показатели общего анализа крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ), ревмофактор и активность определяли по индексу активности заболевания DAS28 (Disease Activity Score 28). На основании показателей общего анализа крови рассчитывались соотношение нейтрофилов и лимфоцитов (NLR), соотношение моноцитов и лимфоцитов (MLR), соотношение тромбоцитов и лимфоцитов (PLR), системный иммуновоспалительный индекс (SII) и индекс системной воспалительной реакции (SIRI). SII рассчитывали как произведение количества тромбоцитов и нейтрофилов, делённое на количество лимфоцитов; SIRI — как произведение количества нейтрофилов и моноцитов, делённое на количество лимфоцитов.

Результаты исследования. Повышение СОЭ выявлено у 52 (75%) пациентов, повышение СРБ — у 47 (67,5%). Высокая активность РА по DAS28 отмечалась у 42 (60%) больных, умеренная — у 19 (27,5%), низкая — у 8 (12,5%). При анализе гематологических параметров более высокие значения SII и SIRI преимущественно отмечались у пациентов с высокой активностью заболевания. У больных с выраженными лабораторными признаками воспаления отмечалось увеличение SII, что сопровождалось повышением СОЭ и СРБ. При сравнении показателей у пациентов с различной активностью РА наиболее заметные изменения наблюдались для SII (системный иммуновоспалительный индекс) и SIRI (индекс системной воспалительной реакции). Показатели NLR, MLR и PLR также изменялись в зависимости от выраженности воспалительного процесса, однако их взаимосвязь с активностью заболевания была менее выраженной. Полученные результаты показывают, что комплексная оценка гематологических показателей позволяет дополнить стандартные лабораторные исследований при оценки системного воспаления у больных РА.

Выводы. Гематологические показатели являются доступными и неинвазивными методами оценки системного воспаления при РА. Где наиболее перспективным отражаются показатели SII, в сочетании повышенные СОЭ, СРБ, ревмофактор и DAS28 может использоваться для дополнительного мониторинга определения активности воспалительного процесса у больных РА в условиях стационара.

Салихова М.Х Салихова М.Х., Ятимова С.А., Джаборов М.К.
ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ ERS-RA И ЕГО СВЯЗЬ С РАННИМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино., Таджикистан

Цель исследования. Оценить сердечно-сосудистый риск по шкале ERS-RA и определить его связь с ранними атеросклеротическими изменениями сонных артерий у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Обследовано 56 больных РА в отделении кардиоревматологии ГМЦ №2 имени ак. К.Тоджиева, г. Душанбе. Среди обследованных преобладали женщины – 46 (82,1%), мужчин было 10 (17,9%). Средний возраст пациентов составил 58,2±8,4 года. Длительность заболевания варьировала от 5 до 15 лет: у 30 (53,6%) пациентов – 5–10 лет, у 26 (46,4%) – 10–15 лет. Оценивали традиционные сердечно-сосудистые факторы риска, длительность и активность РА, функциональный статус и применение глюкокортикоидов. Сердечно-сосудистый риск рассчитывали по шкале ERS-RA. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима–медиа (КИМ) и наличия атеросклеротических бляшек.

Результаты исследования. По результатам оценки ERS-RA низкий сердечно-сосудистый риск выявлен у 14 (25,0%) больных, умеренный – у 24 (42,9%), высокий – у 18 (32,1%). Таким образом, у 42 (75,0%) пациентов определялся умеренный и высокий сердечно-сосудистый риск. Более высокий риск чаще наблюдался у пациентов старшего возраста, при длительности РА более 10 лет, повышенной активности заболевания и наличии функциональных ограничений.

При ультразвуковом исследовании сонных артерий признаки субклинического атеросклеротического поражения выявлены у 24 (42,9%) пациентов. Увеличение КИМ без формирования атеросклеротической бляшки выявлено у 13 (23,2%) больных, атеросклеротические бляшки – у 11 (19,6%). У пациентов с высоким риском по ERS-RA изменения сонных артерий выявлялись чаще: признаки субклинического атеросклероза отмечены у 12 (66,7%) из 18 больных данной группы, тогда как при умеренном риске – у 8 (33,3%) из 24, при низком – у 4 (28,6%) из 14 пациентов. Наиболее выраженные изменения сосудистой стенки отмечались у больных с длительностью РА более 10 лет. Полученные данные демонстрируют тенденцию к увеличению частоты субклинического атеросклеротического поражения сонных артерий по мере повышения категории сердечно-сосудистого риска по ERS-RA.

Выводы. У больных РА выявляется высокая частота субклинического атеросклеротического поражения сонных артерий. Повышение сердечно-сосудистого риска по ERS-RA сопровождается увеличением частоты патологических изменений КИМ и выявления атеросклеротических бляшек. Комплексная оценка ERS-RA и ультразвукового состояния сонных артерий может способствовать раннему выявлению пациентов с повышенным сердечно-сосудистым риском.

АНАМНЕЗ ВА ШИКОЯТҲОИ КЌДАКОН БО ПАТОЛОГИЯИ АДЕНОИДҲО: ТАҲЛИЛИ САБТҲОИ КЛИНИКӢ

Кафедраи фанҳои муолиҷавии № 2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Тавсиф кардани анамнез ва шикоятҳои дар таърихи бемории кўдакони синну солашон аз 4 то 14-сола бо патологияи аденоидҳо сабтшуда дар ноҳияи Данғара.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили тавсифии 60 таърихи беморӣ анҷом дода шуд: 40 писар (66,7%) ва 20 духтар (33,3%). Дар мавод муоинаи клиникӣ, назофарингоскопия, риноскопия ва таҳлили рентгенӣ зикр шудаанд. Воҳиди таҳлил сабти клиникӣ буд: маълумоти анамнез ва шикоятҳо ҳамбаста гардидаанд. Ҳолатҳо таҳти мафҳуми умумии патологияи аденоидҳо баррасӣ шудаанд; аз ин мавод ҷудокунии бозғатимоди аденоидити илтиҳобӣ аз гипертрофия анҷом дода нашуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Аз рӯи тадқиқоти мазкур муайян гардид, ки 28 (46,6%) нафар кўдакони синни аз 4 то 7 сола, 22 (36,6%) нафар кўдакони синни аз 7 то 10 сола ва 10 (16,6%) нафар кўдакони синни аз 11 то 14 сола аз калоншавии аденоидҳо азият мекашанд. Аз анамнези беморон муайян карда шуд, ки сабабҳои бемории аденоид (ғўшти зиёдагии бинӣ) дар 35 (58,33%) нафар сироятҳои тақрории роҳҳои нафас (зуком, грипп, тонзиллит, фарингит), дар 15 (25%) нафар дар натиҷаи иммунитетӣ паст доштан ва дар 10 (16,6%) нафар сирояти вирусӣ ва бактериявӣ давомдор дар бинӣ мебошад.

Хулоса. Дар 60 таърихи бемории баррасишуда шикоятҳои нафаскашӣ, ҳоб ва шунавоӣ яқоя зикр шуда, сироятҳои тақрории роҳҳои нафас дар анамнези 35 кўдак ҷой доштанд. Дар ҳамаи кўдакони дорои аденоидит аломатҳои душвории нафаскашӣ аз бинӣ, ҳобравии даҳонбоз, камшавии шунавоӣ ба назар мерасид.

Самиева Ш.Т., Шарифзода С.Г., Насриддинов Ф.М.

ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Медицинский центр исполнительного аппарата Президента РТ

Цель исследования. Оценить роль ожирения и сахарного диабета 2-го типа в формировании сердечно-сосудистой патологии у лиц пожилого возраста и определить основные механизмы их взаимосвязи.

Материал и методы. В медицинском центре исполнительного аппарата Президента РТ было обследовано 126 пациентов (мужчины и женщины в возрасте от 60 до 74 лет), разделённых на 2 группы в зависимости от уровня гликемии, индекса массы тела (ИМТ) и наличия абдоминального ожирения. **1-я группа — 64 пациента с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением; 2-я группа — 62 пациента без сахарного диабета и выраженного ожирения.** Всем больным проводились: антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), расчёт ИМТ. Лабораторно определялись уровни гликемии, гликолизированного гемоглобина, липидный спектр, АЛТ, АСТ, ГГТ. Для оценки структурных изменений печени применялось ультразвуковое исследование. **Всем пациентам проводилась электрокардиография (ЭКГ).**

Результаты исследования. В 1-й группе средний ИМТ составил $32,8 \pm 3,7$ кг/м², во 2-й $25,1 \pm 2,8$ кг/м² ($p < 0,001$). Абдоминальное ожирение выявлено у **55 (85,9%)** пациентов 1-й группы и у **18 (29,0%)** пациентов 2-й группы ($p < 0,001$). Средний уровень глюкозы натощак составил соответственно $8,2 \pm 1,9$ и $5,4 \pm 0,7$ ммоль/л, гликолизированный гемоглобин $7,6 \pm 1,2$ и $5,7 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$).

Нарушения липидного обмена в 1-й группе встречались чаще: повышение общего холестерина выявлено у **43 (67,2%)** пациентов против **21 (33,9%)** во 2-й группе; повышение ЛПНП — у **40 (62,5%)** и **19 (30,6%)** соответственно; гипертриглицеридемия — у **36 (56,3%)** и **14 (22,6%)** ($p < 0,01$). Снижение ЛПВП отмечалось у **24 (37,5%)** пациентов 1-й группы и у **10 (16,1%)** пациентов 2-й группы.

По данным УЗИ печени признаки стеатоза выявлены у **39 (60,9%)** пациентов 1-й группы и у **15 (24,2%)** пациентов 2-й группы ($p < 0,001$). Повышение уровня ГГТ отмечалось соответственно у **19 (29,7%)** и **8 (12,9%)** пациентов.

При проведении ЭКГ патологические изменения выявлены у **39 (60,9%)** пациентов 1-й группы и у **20 (32,3%)** пациентов 2-й группы ($p < 0,01$). Наиболее часто регистрировались признаки гипертрофии левого желудочка, нарушения ритма и неспецифические изменения процессов реполяризации.

Выводы. Ожирение и сахарный диабет 2-го типа у лиц пожилого возраста ассоциированы с более выраженными нарушениями углеводного и липидного обмена и увеличением частоты изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Абдоминальное ожирение, гипергликемия и дислипидемия формируют неблагоприятный кардиометаболический профиль и могут рассматриваться как значимые факторы сердечно-сосудистого риска. Комплексная оценка ИМТ, окружности талии, гликолизированного гемоглобина, липидного спектра, состояния печени и данных ЭКГ позволяет своевременно выявлять пациентов высокого риска и проводить профилактику сердечно-сосудистых осложнений.

Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Закария Э.К.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА

Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить особенности клинических, морфологических и иммунологических проявлений псориаза у детей в зависимости от выраженности коморбидного фона.

Материал и методы. Проведено обследование 64 детей с псориазом в возрасте 7–17 лет. В зависимости от выраженности коморбидной патологии пациенты были распределены на группы: низкой ($n=13$), средней ($n=41$) и высокой коморбидности ($n=10$). Оценку клинических форм заболевания проводили с учетом морфологических вариантов псориаза, тяжесть кожного процесса определяли по индексу PASI. Гистологические изменения кожи оценивали по степени выраженности патологических признаков. Исследование иммунного статуса включало определение показателей клеточного (CD3, CD4, CD8, CD16, CD25, CD32, CD95) и гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG).

Результаты исследования. Установлено, что структура клинических форм псориаза зависела от выраженности коморбидного фона. При низкой коморбидности преобладали лихеноидная (33,3%) и папуло-бляшечная формы (36,4%), при этом экссудативная форма не выявлялась. У пациентов со средней коморбидностью чаще встречались лихеноидная (66,7%) и каплевидная формы (70,6%). При высокой коморбидности отмечалось увеличение доли тяжелых вариантов заболевания с преобладанием экссудативной формы (46,7%).

По данным индекса PASI выявлено прогрессирующее увеличение тяжести псориаза при нарастании коморбидной нагрузки. У пациентов с низкой коморбидностью преимущественно отмечались низкие значения PASI ($6,3 \pm 5,5$ баллов), тогда как при высокой коморбидности они отсутствовали. Высокие значения PASI ($23,7 \pm 1,27$ баллов) выявлялись только у детей с высокой коморбидностью и составили 70,0% случаев.

Гистологическое исследование показало, что при низкой коморбидности преобладали слабовыраженные изменения (53,8%), при средней — умеренно выраженные нарушения (58,5%), а при высокой коморбидности наиболее часто регистрировались выраженные морфологические изменения (50,0%).

Иммунологический анализ выявил нарастание иммунного дисбаланса по мере увеличения коморбидного фона: снижение показателей клеточного иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD95, CD25) сочеталось с повышением активности гуморального звена (увеличение уровней IgA, IgM, IgG) и фагоцитарной активности (CD32). Нарушения иммунного статуса выявлялись у 69,2% детей с низкой, 87,8% со средней и 100% с высокой коморбидностью.

Выводы. Выраженность коморбидного фона у детей с псориазом является значимым фактором, определяющим клинические, морфологические и иммунологические особенности заболевания. Увеличение коморбидной нагрузки сопровождается преобладанием тяжелых клинических форм псориаза, повышением индекса PASI, усилением гистологических изменений и формированием выраженного иммунного дисбаланса, что свидетельствует о взаимосвязи системных нарушений с активностью и тяжестью псориазического процесса.

Серикова М.С., Исакова А.С., Садуақасова А.А.

ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Кафедра семейной медицины, НАО «Карагандинский медицинский университет», Казахстан.

Цель исследования. Разработать инструмент комплексной оценки функционирования пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа на амбулаторном этапе на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Материал и методы. При разработке инструмента проведён анализ научно-методических подходов к оценке функционирования пациентов с СД 2 типа и возможностей применения МКФ в клинической практике. Разработана «Экспертно-реабилитационная карта оценки функционирования пациентов с сахарным диабетом 2 типа на основе МКФ», включающая клиничко-функциональные показатели, данные о метаболическом контроле, осложнениях сахарного диабета, сопутствующей патологии, ограничениях активности и участия, а также влиянии факторов окружающей среды. Инструмент включает 17 категорий МКФ: функции организма (b540, b210, b265, b280, b455, b130), активность и участие (d450, d465, d510, d540, d570, d850, d920) и факторы окружающей среды (e110+, e310+, e355+, e570+). Выраженность нарушений функций организма и ограничений активности и участия оценивается с использованием квалификаторов 0–4, а факторы окружающей среды — с учётом их благоприятного влияния. Для отдельных категорий разработаны функциональные критерии, позволяющие соотносить клинические и функциональные характеристики пациента со степенью выраженности нарушений и ограничений. При оценке активности и участия учитывалась связь выявленных ограничений с сахарным диабетом и его осложнениями.

Результаты исследования. Разработан структурированный инструмент оценки функционирования пациентов с СД 2 типа, позволяющий дополнить традиционную клиническую оценку характеристикой нарушений функций организма, ограничений активности и участия и влияния факторов окружающей среды. Использование единой структуры оценки позволяет формировать индивидуальный функциональный профиль пациента и выявлять функциональные ограничения, которые не всегда отражаются при оценке только клинических показателей заболевания. Экспертно-реабилитационная карта прошла локальную этическую экспертизу (Протокол № 12 от 17.06.2026г.), оформлена как объект интеллектуальной собственности (Свидетельство №76871 от 27.07.2026 года) и внедрена в практическую деятельность КГП «Поликлиника №3 г. Караганды» (Акт внедрения от 27.06.2026). Разработанный инструмент может использоваться медицинскими работниками на амбулаторном этапе для выявления функциональных ограничений у пациентов с СД 2 типа независимо от наличия установленной инвалидности.

Выводы. Разработанный инструмент оценки функционирования пациентов с СД 2 типа на амбулаторном этапе на основе МКФ, предназначен для комплексной характеристики функционального состояния пациента независимо от наличия инвалидности. Сочетание клинических показателей с категориями МКФ позволяет структурировать информацию о нарушениях функций организма, ограничениях активности и участия и влиянии факторов окружающей среды. Разработанные функциональные критерии являются основой инструмента и требуют дальнейшей клинической апробации и валидации для оценки его надёжности, валидности и практической применимости.

Сиродждинова У.Ю., Нурова Г.М.
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА У ВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ
Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Определить влияние вакцинации БЦЖ и наличия поствакцинального рубчика на структуру выявленных клинических форм туберкулеза у детей.

Материал и методы исследования. Нами анализированы истории болезни 142 больных детей из очагов туберкулезной инфекции в возрасте от 1 года до 15 лет. В исследование были включены дети, имевшие эпидемиологический контакт с больными туберкулёзом. При изучении анамнестических данных установлено, что все обследованные дети получили вакцинацию БЦЖ при рождении.

В зависимости от наличия или отсутствия поствакцинального рубчика после проведения вакцинации БЦЖ дети были условно разделены на две группы:

1 группа - вакцинированы вакциной БЦЖ при рождении - 50 детей (35,2%) имеется рубчик; в второй группе - 92 (64,8%) детей вакцинированы, но нет рубчика.

Результаты исследования. У больных детей были установлены следующие клинические формы туберкулеза: первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностировано в 1 группе в 80 случаев, в 2 группе у 50 больных, диссеминированного туберкулеза легких не было в 1 группе, в 2 группе у 9 детей, туберкулезный менингит в 1 случае и 14 соответственно. У 14 детей 1 группы установлен диагноз первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у части детей внелегочный туберкулёз, в 2-ой группе - у 10 и в 12 соответственно;

Выводы. У вакцинированных детей с наличием рубчика после вакцинации БЦЖ диссеминированный туберкулез легких диагностируется почти в 6 раз реже и туберкулёзный менингит - в 10 раз реже, чем у детей, получивших вакцину БЦЖ при рождении (из анамнеза), но нет рубчика. Качественно проведенная вакцинация предохраняет детей даже из контакта с больным туберкулезом от таких тяжелых форм туберкулёза как диссеминированный туберкулез легких и туберкулезный менингит. Следовательно, наиболее тяжёлая внелёгочная форма туберкулёза — туберкулёзный менингит — значительно чаще наблюдалась среди детей без сформированного поствакцинального рубчика.

Сироджов С.М., Шарифова Н.Дж.
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ NT-proBNP У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И КАРДИОРЕНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Цель исследования. Оценить клинико-функциональную эффективность дапаглифлозина у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза и сопутствующими кардиоренальными нарушениями на основании динамики толерантности к физической нагрузке, качества жизни и маркеров гемодинамической нагрузки.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое когортное исследование на базе ГУ «Городской медицинский центр № 1 имени К. Ахмедова» (г. Душанбе). В исследование включены 60 пациентов с верифицированной ХСН ишемического генеза и признаками кардиоренальной дисфункции в возрасте 44–75 лет (средний возраст — 62,4±7,8 года). В зависимости от проводимой терапии сформированы две группы: основная (n=30), в которой пациенты получали дапаглифлозин в дозе 10 мг/сут в дополнение к базисной терапии ХСН, и группа сравнения (n=30), получавшая базисную терапию без ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ2). Продолжительность наблюдения составила 12 месяцев. Клинико-функциональное состояние оценивали по функциональному классу NYHA, результатам теста шестиминутной ходьбы, показателям качества жизни с использованием опросника Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) и концентрации NT-proBNP. Дополнительно учитывали частоту госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН.

Результаты исследования. По представленным данным, через 12 месяцев наблюдения у пациентов основной группы отмечена более благоприятная динамика клинико-функциональных показателей по сравнению с группой сравнения. Прирост дистанции шестиминутной ходьбы составил 46 м (18,4%) против 16 м (6,3%) соответственно. Показатель качества жизни по KCCQ увеличился на 12,6 балла (21,7%) в основной группе и на 5,1 балла (8,8%) в группе сравнения. Снижение концентрации NT-proBNP составило 30,2% (с 1245,6 до 869,4 пг/мл) в основной группе и 13,5% (с 1198,2 до 1036,4 пг/мл) в группе сравнения. Выявленные изменения характеризовали улучшение переносимости физических нагрузок, качества жизни и снижение выраженности гемодинамической нагрузки у пациентов, получавших дапаглифлозин.

Выводы. Применение дапаглифлозина в составе комплексной терапии ХСН ишемического генеза сопровождалось улучшением клинико-функционального состояния, повышением толерантности к физической нагрузке и качества жизни, а также снижением концентрации NT-proBNP. Полученные результаты согласуются с потенциальными клиническими преимуществами применения препарата у пациентов с ХСН и кардиоренальными нарушениями.

Сироджов С.М., Шарифова Н.Дж., Воронцовская К.Р.
РОЛЬ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Цель исследования. Оценить взаимосвязь продольной систолической функции правого желудочка с показателями почечной фильтрации и клинико-лабораторными характеристиками хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 45 пациентов с ХСН, находившихся на стационарном лечении в Городском медицинском центре №1 имени Ахмеда Каримова г. Душанбе в 2024–2026 гг. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от величины систолической экскурсии плоскости трикуспидального кольца (TAPSE): I группа — 27 пациентов с TAPSE ≥ 17 мм, II группа — 18 пациентов с TAPSE < 17 мм. Анализируемые параметры включали концентрацию NT-proBNP и креатинина сыворотки крови, расчётную скорость клубочковой фильтрации (pСКФ), систолическое давление в лёгочной артерии (СДЛА) и клинические признаки системного венозного застоя.

Результаты исследования. Средняя величина TAPSE в I и II группах составила $20,8 \pm 2,5$ и $14,9 \pm 1,6$ мм соответственно. У пациентов со сниженным TAPSE выявлены более низкие значения pСКФ ($51,4 \pm 13,6$ против $65,2 \pm 14,3$ мл/мин/1,73 м²) и более высокая концентрация креатинина сыворотки крови ($128,6 \pm 25,4$ против $105,3 \pm 22,1$ мкмоль/л). Снижение pСКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² отмечалось у 12 (66,7%) пациентов II группы и у 9 (33,3%) больных I группы. Показатели СДЛА составили $46,8 \pm 9,7$ и $35,4 \pm 8,6$ мм рт. ст., а концентрация NT-proBNP — 1540 [920; 2480] и 810 [460; 1360] пг/мл соответственно.

Выводы. Снижение продольной систолической функции правого желудочка сочетается с ухудшением почечной фильтрации, повышением концентрации NT-proBNP и увеличением давления в лёгочной артерии у пациентов с ХСН. Комплексная оценка TAPSE, СДЛА и показателей функции почек представляет интерес для выявления кардиоренальных нарушений и уточнения клинического риска. Полученные данные обосновывают дополнительную диагностическую значимость оценки правожелудочковой функции при ХСН.

Собиров М.С., Одинаев Б.С., Омонов Э.О.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДВУХ СХЕМАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

Цель исследования. Сопоставить изменения неврологического дефицита и показатели функционального состояния пациентов с ишемическим инсультом, получавших две схемы комплексного лечения.

Материал и методы. Выполнено описательное сопоставление групповых клинических показателей 165 пациентов 48–74 лет с острым ишемическим инсультом, находившихся в кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района в 2024–2026 гг. Первая группа включала 85 пациентов, получавших базисное лечение с Церебролизином и Мексидилом, вторая — 80 пациентов, получавших базисное лечение с Актовегином и Цераксоном. Продолжительность указанных курсов составляла 14 дней. Сопоставляли средние значения NIHSS в первые и 14-е сутки, индекс Бартел и число зарегистрированных исходов с mRS ≤ 2 на 90-е сутки. Доли таких исходов рассчитаны от исходной численности каждой группы.

Результаты исследования. В первой группе средний показатель NIHSS изменился с 13,6 до 5,1 балла, во второй — с 13,4 до 8,7 балла. Снижение составило соответственно 8,5 и 4,7 балла; разность этих изменений равнялась 3,8 балла. На 90-е сутки средний индекс Бартел составлял 86,4 и 68,2 балла. Исход mRS ≤ 2 зарегистрирован у 61 из 85 пациентов первой группы (71,8%) и у 35 из 80 второй (43,8%); разность долей составила 28,0 процентного пункта.

Выводы. Наблюдаемые различия относятся к комплексным схемам. Они не позволяют выделить самостоятельный эффект препаратов или их взаимодействие. В первой группе зарегистрирована более выраженная положительная динамика NIHSS и более высокая доля функционально благоприятных исходов.

Сохибов Р.Г., Боймуродов П.А., Шарифбоев А.Х.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ОКС ПО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И МАССЕ ТЕЛА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 1-ГО (2009–2012 ГГ.) И 2-ГО (2019–2022 ГГ.) ПЕРИОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Цель исследования: изучить структуру больных ОКС по полу, возрасту и индексу массы тела на госпитальном этапе в разные периоды исследования.

Материал и методы. Проведён ретроспективный сравнительный анализ историй болезни пациентов с ОКС, госпитализированных в 1-й период (2009–2012 гг.) — 182 больных и во 2-й период (2019–2022 гг.) — 161 больной. Изучалась структура пациентов по полу, возрасту и индексу массы тела (ИМТ). Возрастные категории определялись согласно классификации ВОЗ: молодой возраст — 18–44 года, средний — 45–59 лет. ИМТ рассчитывался по формуле Кетле (вес/рост²): нормальная масса тела — ИМТ < 25 кг/м², избыточная масса тела и ожирение — ИМТ ≥ 25 кг/м². Статистическая обработка проводилась с использованием критериев Стьюдента и χ^2 ; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст в 1-й период (182 пациента) — $52,4 \pm 5,3$ года; во 2-й (161 пациент) — $45,2 \pm 7,5$ года, то есть снизился на 7,2 года (13,7 %), что указывает на «омоложение» контингента. Доля молодых возросла с 27 (14,8 %) до 79 (49,1 %) — на 34,3 п.п. (в 3,3 раза), доля среднего возраста снизилась с 155 (85,2 %) до 82 (50,9 %); соотношение молодые/средний возраст изменилось с 1:5,8 до 1:1,04.

По полу: мужчин в 1-й период – 116 (63,7 %), во 2-й – 88 (54,7 %); женщин – 66 (36,3 %) и 73 (45,3 %) соответственно. Соотношение мужчины/женщины снизилось с 1,76:1 до 1,21:1, доля женщин выросла на 9,0 п.п.

По ИМТ: <25 кг/м² – 47 (25,8 %) и 45 (28,0 %); ≥25 кг/м² – 135 (74,2 %) и 116 (72,0 %) соответственно. Различия минимальны (±2,2 п.п.), преобладание лиц с ИМТ ≥25 кг/м² сохраняется в оба периода (2,87:1 и 2,58:1). Таким образом, за 10 лет отмечены снижение среднего возраста, рост доли молодых и женщин; распределение по ИМТ остаётся стабильным с преобладанием ИМТ ≥25 кг/м².

Выводы. Таким образом, со временем (через 10 лет) отмечается снижение среднего возраста («омоложение») пациентов с ОКС; заметный рост доли женщин, госпитализируемых с ОКС. Значимое преобладание мужчин и пациентов с ИМТ ≥25 кг/м², характерное для первого периода, сохраняется и во втором, в связи с чем их различия в сравниваемых периодах незначимы. Как в I, так и во II период исследования пациенты с ИМТ ≥25 кг/м² значимо чаще поступали в стационар, чем с ИМТ менее 25 кг/м².

Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Нурализода А.Н.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С МЕЛАТОНИНОМ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования: изучить влияние мелатонина на когнитивные функции больных ИСАГ пожилого возраста.

Материал и методы. Обследовано 44 больных гипертонической болезнью, находившихся в кардиологическом отделении Городского медицинского центра г. Душанбе: 12 – с мягкой, 22 – с умеренной, 10 – с тяжелой АГ; возраст 40–68 лет (48 ± 4,2 года). Пациенты разделены на 2 сопоставимые по возрасту и полу группы: 1-я (n=24) – лизиноприл 10–20 мг/сут + гидрохлоротиазид 12,5 мг + мелатонин 3 мг на ночь за 30 мин до сна; 2-я (n=20) – лизиноприл 10–20 мг/сут + гидрохлоротиазид 12,5 мг. Когнитивные функции оценивали до и после 12-недельного курса по MMSE, шкале общего ухудшения, пробе Шульте, FАВ, шкале Хачинского и критериям лёгких когнитивных нарушений (Яхно Н.Н. и соавт., 2005).

Результаты исследования. Исходно САД составило 158,4 ± 3,5 мм рт. ст., ДАД – 90,4 мм рт. ст. До лечения когнитивная недостаточность разной степени диагностирована у всех больных. После лечения целевой уровень АД (САД < 140 мм рт. ст., ДАД < 90 мм рт. ст.) был достигнут у 75 % пациентов 1-й группы, получавших гипотензивную терапию с мелатонином; признаки когнитивной недостаточности значительно улучшились. Во 2-й группе, получавшей гипотензивную терапию без мелатонина, когнитивная дисфункция у больных с умеренной и тяжелой формами АГ значительно ухудшилась. Статистически значимое снижение АД сопровождалось существенным улучшением общего самочувствия пациентов. Улучшился сон, появился интерес к своему здоровью, повысилась приверженность больных к лечению. Отмечена положительная динамика со стороны когнитивных функций больных, что подтверждалось результатами MMSE, шкалы общего ухудшения, пробы Шульте, FАВ, шкалы Хачинского и диагностических критериев легких когнитивных нарушений (Яхно Н.Н.).

Вывод. Применение гипотензивной терапии с мелатонином при лечении пожилых больных ИСАГ способствует существенному улучшению когнитивных функций у данной категории больных.

Субханова З.И.

ЗАТЯЖНЫЕ ПНЕВМОНИИ: ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

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

Цель исследования. Изучить особенности этиологии, клинического течения, преморбидного фона и результатов стационарного лечения больных с затяжной внебольничной пневмонией в сравнении с пациентами, имеющими обычное течение заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней 60 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу внебольничной пневмонии в пульмонологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» за 2022-2026 г. Из них мужчин 28 (46,7%), женщин 32 (53,3%). Все пациенты были распределены на две группы. В первую группу включены 30 больных с затяжным течением заболевания, во вторую – 30 пациентов с обычным течением внебольничной пневмонии. Оценивали возраст больных, сопутствующую патологию, предполагаемый спектр возбудителей, клинические проявления, лабораторные показатели, сроки регресса клинических симптомов и рентгенологических изменений, а также эффективность проводимой терапии.

Результаты и их обсуждения. Средний возраст пациентов с затяжной пневмонией составил 64,8±8,2 года, что было выше, чем у больных с обычным течением заболевания (55,6±9,1 года). В первой группе значительно чаще встречались сопутствующие заболевания как ХОБЛ (40% против 16,7%), сахарный диабет (26,7% против 10%), хроническая сердечная недостаточность (30,5 против 13,3%) и курение (36,7% против 16,7%), что свидетельствует о значительной роли коморбидной патологии в формировании затяжного течения заболевания. При анализе предполагаемой этиологии установлено, что у пациентов с обычным течением заболевания преобладала *Streptococcus pneumoniae*, тогда как при затяжной пневмонии *Streptococcus pneumoniae* + *Haemophilus influenzae*. Затяжное течение заболевания чаще наблюдалось у больных с локализацией патологического очага в верхних долях легких. Клиническое течение затяжной пневмонии характеризовалось более продолжительным сохранением лихорадки до 9-10 дней, продуктивного кашля 18–20 дней, одышки, интоксикационного синдрома, а также более медленным снижением показателей воспалительной активности и замедленным рассасыванием инфильтративных изменений в легочной ткани. В первой группе

пациентов значительно чаще возникала необходимость коррекции первоначальной антибактериальной терапии в 43,3% случаев, во второй – 13,3%, что было связано с недостаточной эффективностью стартового лечения и особенностями клинического течения заболевания. Средняя продолжительность госпитализации составила 16 суток у больных с затяжной пневмонией и 9 суток у пациентов с обычным течением заболевания.

Выводы. Затяжное течение внебольничной пневмонии наиболее часто наблюдается у пациентов пожилого возраста с выраженной коморбидной патологией и характеризуется более длительным сохранением клинических симптомов, замедленным регрессом воспалительных изменений и необходимостью коррекции антибактериальной терапии.

Субханова З.И.

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТНОСИТЕЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ КРОВИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

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

Цель исследования. Изучить клиничко–лабораторные особенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в зависимости от относительного содержания эозинофилов периферической крови и оценить их значение при выборе ингаляционной терапии.

Материал и методы. Нами наблюдались 60 больных ХОБЛ II - III стадии в возрасте 48–75 лет, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» за 2021-2026 г. Из них мужчин 28 (46,7%), женщин 32 (53,3%). Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 32 больных с умеренным повышением относительного содержания эозинофилов 2–4%, во вторую группу – 28 пациентов с эозинофилией 5 % и выше. Проводились клиническое обследование, общий анализ крови с определением относительного содержания эозинофилов, спирометрия (ОФВ1, индекс Тифно), подсчет числа обострений за последний год, анализ проводимой ингаляционной терапии.

Результаты и обсуждения. У больных первой группы среднее содержание эозинофилов составило $3,2 \pm 0,6\%$, во второй группе – $6,8 \pm 1,1\%$. Частота обострений в течение года в первой группе составила $1,4 \pm 0,5$, во второй – $2,8 \pm 0,7$. Приступообразное усиление одышки отмечалось у 30% больных первой группы и у 70% больных второй группы. По данным спирометрии средний показатель ОФВ1 составил 59,4% от должного в первой группе и 48,7% во второй группе. Индекс Тифно был ниже у больных с более высоким уровнем эозинофилов – $56,3 \pm 5,8\%$ против $63,5 \pm 6,1\%$. В общем анализе крови у пациентов второй группы чаще выявлялись умеренный лейкоцитоз и повышение СОЭ, однако наиболее значимым отличием являлось увеличение относительного содержания эозинофилов. Анализ проведенной терапии показал, что в первой группе чаще назначалась комбинированная бронхолитическая терапия длительно действующими β_2 – агонистами и антихолинэргическими препаратами (LABA-формотерол, сальмотерол/LAMA – тиотропий) в 73,3% случаев, тогда как комбинация с ингаляционными глюкокортикостероидами (ICS/LABA или тройная терапия LABA/LAMA/ICS) применялась у 26,7% больных. Во второй группе препараты, содержащие ингаляционные глюкокортикостероиды, назначались 80,0% пациентам, что сопровождалось уменьшением частоты последующих обострений и улучшением контроля симптомов. Полученные результаты подтверждают, что повышенное относительное содержание эозинофилов крови является важным предиктивным биомаркером ответа на терапию ингаляционными глюкокортикостероидами и помогают выбрать оптимальную терапию с ХОБЛ.

Выводы. Повышение относительного содержания эозинофилов крови у больных ХОБЛ ассоциируется с более тяжелым течением заболевания. Определение содержания эозинофилов периферической крови позволяет прогнозировать вероятность ответа на ИГКС и способствует обоснованному выбору противовоспалительной составляющей ингаляционной терапии у больных ХОБЛ.

Субханова З.И., Субханова Г.С.

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

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

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности бронхиальной астмы (БА) у пациентов с дебютом заболевания в пожилом возрасте.

Материал и методы. В исследование были включены 32 пациента, находившиеся на лечении в пульмонологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2020–2026 гг. Из них мужчин 14 (43,75%), женщин 18 (56,28%). Все пациенты были распределены на две группы. Первую группу составили 15 (46,88%) пациентов с дебютом БА в 55-60 лет и старше. Вторая группа составила 17 (53,12%) пациентов с дебютом до 55 лет. Проведен анализ клинических, лабораторных и функциональных показателей. Всем пациентам проводилось клиническое обследование с оценкой выраженности дневного и ночного кашля, частоты приступов удушья. При исследовании использованы общеклинические методы, рентгенография легких, определение ФВД, проводились обследования сопутствующих патологий. Все пациенты получали базисную терапию БА.

Результаты и их обсуждения. Установлено, что БА с дебютом в пожилом возрасте характеризуется рядом особенностей. В клинической картине преобладала одышка, ночной кашель, снижение толерантности к физической нагрузке, тогда как типичные приступы удушья встречались реже. Заболевание нередко начиналось постепенно, что приводило к поздней диагностике. Значительная часть пациентов (73%) длительное время наблюдалась по поводу хронического бронхита, ХОБЛ или заболеваний сердечно – сосудистой системы. Для большинства пациентов характерно наличие сопутствующей патологии, прежде всего артериальной гипертензии -8 случаев, ИБС-5, СД 2. Коморбид-

ные состояния способствовали более тяжелому течению БА, увеличивали частоту обострений и осложняли выбор медикаментозной терапии. При исследовании ФВД выявились стойкие нарушения бронхиальной проводимости, снижение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и менее выраженная обратимость бронхиальной обструкции после применения бронхолитиков по сравнению с пациентами молодого возраста. Лабораторные исследования свидетельствуют о возрастных изменениях иммунной системы, т.е. повышение уровня иммуноглобулинов Е и G. У части пациентов выявилась умеренная эозинофилия, однако ее выраженность была меньше чем при БА с дебютом в молодом возрасте. Таким образом, поздняя БА представляет собой клинический вариант заболевания, отличающийся особенностями иммунологических нарушений, меньшей выраженностью аллергического компонента и высокой распространенностью сопутствующих заболеваний. **Выводы.** БА с дебютом в пожилом возрасте характеризуется постепенным развитием симптомов и поздней диагностикой. Клиническая картина отмечается преобладанием одышки и ночного кашля при менее типичных приступах удушья. Этим больным характерны стойкие нарушения бронхиальной проходимости и менее выраженная обратимость бронхиальной обструкции. Высокая частота коморбидной патологии требует комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов пожилого возраста с БА.

Султонова С.С., Зондбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У РАБОЧИХ ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Цель исследования. Изучить основные показатели иммунологического ответа у рабочих с профессиональной бронхиальной астмой на цементном производстве.

Материал и методы исследований. В ходе проведения периодического медицинского осмотра на АО «Таджикцемент» обследовано 34 рабочих с бронхиальной астмой со средней степенью тяжести течения. Для оценки специфической сенсибилизации у пациентов проводилось количественное определение уровня специфических IgE антител в образцах венозной крови к стандартизированным смесям аллергенов методом иммуноферментного анализа (ИФА). Все исследования выполнялись в лаборатории "Диамед" в соответствии с унифицированными протоколами. Результаты выражались в Международных Единицах на миллилитр (МЕ/мл). **Интерпретация результатов и нормативы (МЕ/мл):** <0,35 – сенсибилизация не обнаружено; 0,35-0,5 – очень низкий уровень сенсибилизации; 0,51-1,0 – низкий уровень сенсибилизации; 1,1-5,0 – положительный уровень сенсибилизации; 5,1-25 – высокий уровень сенсибилизации; 25,1-75 – очень высокий уровень (резко выраженная сенсибилизация); >75-Крайне высокий уровень (чрезвычайно выраженная сенсибилизация). Данные исследования выполнены в плане выявления пищевых, бытовых сенсибилизаторов. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. В наших исследованиях нами сделан основной упор на изучение показателей иммунологического ответа основанный на количественном изменении антител класса (IgA), (IgE), (IgM), (IgG) в сыворотке крови. Именно данным видам иммуноглобулинов отводится основная роль в сенсибилизации организма. Исследования проведены всем обследованным рабочим, с верифицированным диагнозом бронхиальной астмы (34 человека) и 10 практически здоровым лицам (контрольная группа).

В контрольной группе (сыворотка крови доноров) средний уровень общего IgE равнялся (303,1±6,5) нг/мл с индивидуальными колебаниями от 98,0 до 430 МЕ/мл. У обследованных рабочих с бронхиальной астмой и высокими показателями сенсибилизации к различным аллергенам средний уровень общего иммуноглобулина Е составил (881,5±12,1) нг/мл с индивидуальными колебаниями от 131 МЕ/мл до 1347 нг/мл (различия с нормой высоко достоверны). Следовательно, содержание общего иммуноглобулина Е у рабочих с полисенсибилизацией в 2-2,5 раза выше контрольных показателей.

Следовательно, полиаллергия сопровождалась резким увеличением содержания в крови обеих групп больных общего IgE, особенно при сочетанной полиаллергии. Изменения этого показателя носили статистически достоверный характер ($p < 0,001$) и отмечались у большинства (68,0%) больных. Исходя из этого, уровень IgE в сыворотке больных может рассматриваться как один из важных критериев, подтверждающих высокую гиперчувствительность в условиях посенсибилизации.

Результаты исследований уровня иммуноглобулинов IgG у рабочих с полисенсибилизацией соответствует нормативным показателям, составляя в среднем $12,1 \pm 0,9$ ($p > 0,05$). Несмотря на определённую вариабельность этого показателя (от 3,1 до 19 г/л) полученные сведения, на наш взгляд, могут свидетельствовать о дифференциальном признаке между формами полиаллергии – по уровню IgG в крови.

В плане барьерной защиты органов дыхания от внешних и внутренних воздействий, инфекционных, бактериальных агентов важная роль отводится секреторному иммуноглобулину А. Результаты уровня иммуноглобулина А показали статистически значимые снижения в сравнении с контрольными показателями, составляя в среднем $1,43 \pm 0,14$ нг/мл (контроль $2,41 \pm 0,05$ нг/мл).

Заключение. Профессиональная бронхиальная астма формируется на фоне влияния токсических соединений цементной пыли с последующей полисенсибилизацией организма. Иммунологический ответ организма характеризуется по типу секреторной иммунологической недостаточности иммуноглобулинов А. Это обстоятельство может свидетельствовать о хронизации процесса. С другой стороны, именно секреторная недостаточность IgA может явиться патогенетическим началом формирования аллергии, что обусловлено снижением защитного барьера верхних дыхательных путей у рабочих цементного производства. Последующая гиперглобулинемия в результате IgE-сенсибилизации способствует возникновению полисенсибилизации организма к пищевым, бытовым аллергенам.

Таджидинов Т.Б., Мирализода А.Х., Тоджидинов Х.А.
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ВЕДУЩИЙ КОМОРБИДНЫЙ ФОН ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН: ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и структуру метаболического синдрома (МС) у женщин, перенёсших ишемический инсульт (ИИ), для обоснования эндокринологического компонента вторичной профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективно-проспективное клинико-эпидемиологическое исследование 647 больных ишемическим инсультом (ИИ) (364 женщины, 283 мужчины), жителей Гиссарского района Республики Таджикистан. Диагностика ИИ проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, верификация типа инсульта методами нейровизуализации (КТ, МРТ, МР-ангиография, УЗДГ/УЗДС сосудов головы и шеи), уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. Учитывались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкин. Лабораторно определялись уровни глюкозы, липидного профиля, показатели коагулограммы и КЩС крови. Статистическая обработка выполнена с расчётом критерия χ^2 и уровня значимости p .

Результаты исследования. Метаболический синдром выявлен у 254 женщин с ИИ (69,8%), что почти вдвое чаще, чем у мужчин (36,7%). У всех пациенток с МС определялся абдоминальный тип ожирения (окружность талии $112,3 \pm 3,7$ см против $102,7 \pm 2,3$ см у мужчин; средний ИМТ $32,3 \pm 1,4$ кг/м²). Артериальная гипертензия $\geq 140/90$ мм рт. Ст. зарегистрирована у 62,2% женщин с МС (САД $151,5 \pm 8,2$, ДАД $98,3 \pm 7,6$ мм рт. Ст.), дислипидемия — у 100% обследованных (ТГ $2,44 \pm 0,32$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,86 \pm 0,21$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,69 \pm 0,74$ ммоль/л). Наиболее частым сочетанием компонентов МС было «абдоминальное ожирение + АГ + дислипидемия» (34,3%) и «абдоминальное ожирение + АГ + нарушение толерантности к глюкозе» (19,3%). Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 37,1% женщин с ИИ.

Выводы. Метаболический синдром является ведущим коморбидным состоянием у женщин с ИИ в Гиссарском районе и существенно отягощает клиническое течение заболевания. Ведение таких пациенток требует обязательного участия эндокринолога в составе мультидисциплинарной команды по вторичной профилактике инсульта с коррекцией массы тела, артериального давления и липидного обмена.

Таджидинов Т.Б., Давлатмирова Г.Ш., Давлатов Э.Х.
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРЕДИАБЕТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оценить распространённость нарушений углеводного обмена у женщин с ишемическим инсультом (ИИ) по данным перорального глюкозотолерантного теста и глюкозы крови натощак.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективно-проспективное клинико-эпидемиологическое исследование 647 больных ишемическим инсультом (ИИ) (364 женщины, 283 мужчины), жителей Гиссарского района Республики Таджикистан. Диагностика ИИ проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, верификация типа инсульта методами нейровизуализации (КТ, МРТ, МР-ангиография, УЗДГ/УЗДС сосудов головы и шеи), уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. Учитывались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкин. Лабораторно определялись уровни глюкозы, липидного профиля, показатели коагулограммы и КЩС крови. Статистическая обработка выполнена с расчётом критерия χ^2 и уровня значимости p .

Результаты исследования. По результатам перорального глюкозотолерантного теста нарушенная толерантность к глюкозе выявлена у 19,3% женщин с ИИ (средний уровень глюкозы после нагрузки — $9,1 \pm 3,7$ ммоль/л), нарушенная гликемия натощак — у 10,2% (глюкоза натощак $6,83 \pm 2,1$ ммоль/л), а их сочетание — у 7,5% пациенток. Сахарный диабет 2 типа в целом зафиксирован у 37,1% женщин с ИИ, что превышает показатели, приводимые для смешанных постинсультных популяций (11,9–15,9%).

Выводы. Среди женщин Гиссарского района, перенёсших ИИ, широко распространены как манифестные, так и скрытые нарушения углеводного обмена. Необходим обязательный скрининг гликемии и глюкозотолерантного теста у женщин старше 40 лет с формированием индивидуального «паспорта сосудистого риска» в рамках эндокринологического наблюдения.

Таджидинов Т.Б., Оймахмадов Ш.Р.
СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оценить сроки поступления, полноту нейровизуализационной диагностики и показатели госпитальной летальности у больных ишемическим инсультом (ИИ) для обоснования мероприятий по совершенствованию интенсивной терапии в остром периоде заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективно-проспективное клинико-эпидемиологическое исследование 647 больных ишемическим инсультом (ИИ) (364 женщины, 283 мужчины), жителей Гиссарского района Республики Таджикистан. Диагностика ИИ проводилась в три этапа: сбор анамнеза и осмотр, верификация типа ин-

сульты методами нейровизуализации (КТ, МРТ, МР-ангиография, УЗДГ/УЗДС сосудов головы и шеи), уточнение подтипа по клинико-лабораторным данным. Учитывались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Глазго, NIHSS и модифицированной шкале Рэнкин. Лабораторно определялись уровни глюкозы, липидного профиля, показатели коагулограммы и КЩС крови. Статистическая обработка выполнена с расчётом критерия χ^2 и уровня значимости p .

Результаты исследования. В первые 6 часов от начала заболевания госпитализированы лишь 25,0% женщин и 26,9% мужчин, тогда как 17,3% и 16,6% соответственно поступили позже 10 часов от дебюта симптомов. Бригадами скорой медицинской помощи доставлено 78,6% пациентов; доля врачебных бригад за анализируемый период снизилась с 82,7% до 73,2% в пользу фельдшерских. КТ головного мозга в первые 6 часов выполнена лишь у 3,3% женщин и 2,5% мужчин, а у 24,5% и 22,3% пациентов КТ не проводилась вовсе, что исключало возможность тромболитической терапии, в целом доступной не более чем 10–15% больных ИИ. Госпитальная летальность составила 23,5% (24,5% у женщин, 22,3% у мужчин), возрастая до 36,1% в старческой возрастной группе; 52,0% летальных исходов пришлось на острый период (первые 5 суток заболевания).

Выводы. Поздние сроки госпитализации и недостаточная доступность экстренной нейровизуализации ограничивают возможности реперфузионной терапии и определяют высокую госпитальную летальность при ИИ. Необходимо внедрение системы «инсультного кода» с доставкой пациентов в специализированные центры в течение 6 часов, сокращение интервала «дверь–КТ» до 25 минут, обучение персонала скорой помощи алгоритму FAST и развитие эндоваскулярных методов реперфузии в региональных центрах интенсивной терапии.

Таджиева З.А., Воронцовская К.Р., Муминова Д.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Цель исследования. Оценить влияние искусственного интеллекта и цифровых технологий на приверженность к антигипертензивной терапии и контроль артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 40 пациентов с АГ на базе Городского медицинского центра №1 им. Ахмеда Каримова. Средний возраст составил $61,8 \pm 8,4$ года. Среди обследованных было 22 мужчины (55,0%) и 18 женщин (45,0%). Оценивали приверженность к антигипертензивной терапии, регулярность самоконтроля АД и использование цифровых инструментов. Анализировали применение мобильных приложений для контроля артериального давления, электронных напоминаний о приёме лекарственных препаратов, цифровых дневников самоконтроля и систем поддержки пациентов на основе алгоритмов искусственного интеллекта. Оценивали частоту достижения целевых значений АД и уровень приверженности к терапии.

Результаты исследования. Цифровые технологии использовали 23 (57,5%) пациента, не использовали – 17 (42,5%). Регулярный контроль АД осуществляли 19 (82,6%) пациентов, использовавших цифровые инструменты, и 9 (52,9%) пациентов без их применения. Высокая приверженность к терапии выявлена у 17 (73,9%) и 8 (47,1%) пациентов соответственно. Наиболее востребованными цифровыми инструментами были мобильные приложения для контроля АД – 16 (69,6%), электронные напоминания о приёме лекарственных препаратов – 14 (60,9%) и цифровые дневники самоконтроля – 11 (47,8%). У пациентов, использовавших цифровые технологии, отмечалась более высокая регулярность самоконтроля и меньшая частота пропусков приёма лекарственных препаратов. Целевые значения АД были достигнуты у 16 (69,6%) пациентов, применявших цифровые технологии, и у 7 (41,2%) пациентов, не использовавших их. Использование алгоритмов искусственного интеллекта обеспечивало автоматизированный анализ показателей артериального давления, формирование уведомлений и персонализированной обратной связи, что сопровождалось повышением вовлечённости пациентов в процесс лечения и самоконтроля.

Выводы. Использование искусственного интеллекта и цифровых технологий ассоциировалось с более высокой приверженностью к терапии и лучшим контролем АД у пациентов с АГ. Цифровые инструменты могут использоваться как дополнительный компонент комплексного ведения пациентов.

Талабова М.М., Хайдарова Ф., Асламова М.М.

СПЕКТР И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

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

Цель исследования. Изучить спектр и распространенность электрокардиографических изменений у больных активным развернутым РА в зависимости от наличия системных проявлений заболевания.

Материал и методы. Обследованы 102 пациента с активным развернутым РА: 43 больных без системных проявлений (I группа) и 59 больных с системными проявлениями заболевания (II группа). Всем пациентам проводилась регистрация ЭКГ в 12 отведениях на исходном этапе и при завершении исследования, а по показаниям — в динамике. Пациентам II группы дополнительно выполнялось 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты исследования. Сравнительный анализ выявил более высокую частоту электрокардиографических изменений у пациентов с системными проявлениями РА. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 78,0% пациентов II группы против 20,9% в I группе ($p < 0,001$). Желудочковые экстрасистолы I–II градации по Лауну–Вольфу регистрировались соответственно у 37,3% и 11,6% больных ($p < 0,01$), III–V градации — у 15,3% и 2,3% ($p < 0,05$). Предсердные экстрасистолы выявлены у 55,9% пациентов II группы против 18,6% в I группе ($p < 0,001$).

Постинфарктный кардиосклероз по ЭКГ-признакам выявлен у 20,3% больных с системными проявлениями РА и

у 2,3% больных без них ($p<0,01$). Безболевая ишемия миокарда регистрировалась у 42,4% пациентов II группы против 9,3% в I группе ($p<0,001$). Признаки острого инфаркта миокарда выявлены у 8,5% пациентов II группы, тогда как в I группе они не регистрировались.

При 24-часовом холтеровском мониторинге у пациентов с системными проявлениями РА выявлялись изменения, которые значительно чаще не определялись при стандартной ЭКГ, включая предсердные и желудочковые экстрасистолы, эпизоды безболевого ишемии миокарда, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии, включая фибрилляцию предсердий, а также транзиторные атриовентрикулярные блокады I–II степени.

Выводы. У больных РА с системными проявлениями выявляется более широкий спектр и высокая частота электрокардиографических нарушений по сравнению с пациентами без системных проявлений. Наиболее распространенными изменениями являются гипертрофия левого желудочка, предсердные и желудочковые экстрасистолы, а также безболевая ишемия миокарда. Холтеровское мониторирование позволяет выявлять дополнительные, преимущественно транзиторные нарушения ритма, проводимости и ишемические эпизоды, не всегда диагностируемые при стандартной ЭКГ. Полученные результаты указывают на необходимость расширенного электрокардиографического обследования пациентов с системными проявлениями РА.

Талабова М.М., Хайдарова Ф., Асламова М.М.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

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

Цель исследования. Оценить особенности структурно-функционального ремоделирования сонных артерий и левых отделов сердца у больных активным развернутым РА в зависимости от наличия системных проявлений заболевания.

Материал и методы. Обследованы 102 больных активным развернутым РА: 43 пациента без системных проявлений (I группа) и 59 пациентов с системными проявлениями заболевания (II группа). Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц. Всем пациентам проводились дуплексное сканирование общих сонных артерий с определением комплекса интима-медиа (КИМ) и β -индекса жесткости, а также эхокардиографическое исследование.

Результаты исследования. Увеличение толщины КИМ выявлено у 46,4% пациентов I группы и более чем у 86,5% пациентов II группы. В II группе у 88% больных отмечалось увеличение КИМ, у 66% — изменения КИМ с наличием атеросклеротических бляшек. Средняя толщина КИМ составила $0,84\pm 0,07$ мм в I группе и $0,96\pm 0,08$ мм во II группе против $0,68\pm 0,03$ мм в контрольной группе ($p<0,001$). β -индекс жесткости также был выше у пациентов с системными проявлениями РА — $6,6\pm 0,08$ против $3,9\pm 0,06$ в I группе и $3,5\pm 0,3$ в контроле ($p<0,001$).

По данным эхокардиографии, у больных II группы значительно чаще выявлялись гипертрофия левого желудочка (81,4% против 23,3%; $p<0,001$), диастолическая дисфункция левого желудочка (50,8% против 18,6%; $p<0,01$), расширение/уплотнение аорты (83,1% против 14,0%; $p<0,01$) и гемодинамически незначимые клапанные нарушения (40,7% против 20,9%; $p<0,05$). Клинически манифестная сердечная недостаточность вследствие систолической дисфункции левого желудочка выявлена у 20,3% пациентов II группы и у 4,7% пациентов I группы ($p<0,05$).

Морфофункциональные показатели также свидетельствовали о более выраженном ремоделировании сердца при системных проявлениях РА: индекс массы миокарда левого желудочка составил $138,6\pm 12,4$ г/м² против $116,8\pm 9,4$ г/м² в I группе и $98,6\pm 8,3$ г/м² в контроле ($p<0,001$), фракция выброса — $53,2\pm 4,4\%$, $64,6\pm 5,2\%$ и $66,3\pm 5,4\%$ соответственно ($p<0,001$). Нормальная геометрия левых отделов сердца сохранялась лишь у 6,4% пациентов II группы против 54,2% в I группе.

Выявлены корреляционные связи толщины КИМ с СОЭ ($r=0,3$; $p<0,01$), СРБ ($r=0,4$; $p<0,01$), TNF- α ($r=0,5$; $p<0,01$), а также β -индекса жесткости с анти-ЦЦП ($r=0,4$) и СРБ ($r=0,6$).

Выводы. У больных активным развернутым РА с системными проявлениями выявляются более выраженные признаки структурно-функционального ремоделирования сонных артерий и сердца по сравнению с пациентами без системных проявлений. Увеличение КИМ, повышение жесткости сосудистой стенки, гипертрофия левого желудочка, диастолическая дисфункция и снижение фракции выброса отражают прогрессирование кардиоваскулярных изменений. Полученные данные подтверждают необходимость раннего выявления субклинических сердечно-сосудистых нарушений у пациентов с системными проявлениями РА.

Толибзода А.Н., Ниязова Н.Ф.

ХУСУСИЯТҲОИ ВОБАСТА БА СИННИ ПРОФИЛИ АУТОАНТИТЕЛАҲО ҲАНГОМИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ I ДАР КӮДАКОН ВА НАВРАСОНИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ

Кафедраи эндокринологияи МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Ҳадафи таҳқиқот. Омӯзиши басомади ошкоршавӣ ва хусусиятҳои вобаста ба синни профили аутоантителаҳои қазирачаҳои ғадуди зерӣ меъда дар кӯдакон ва наврасони гирифтори диабети қанди навъи I (ДҚ I) дар шаҳри Душанбе.

Мавод ва усулҳо. 150 кӯдак ва навраси то 18-солаи гирифтори ДҚ I, ки ба се гурӯҳи синӣ (то 6 сола, 6–11 сола, 12–18 сола) тақсим шудаанд, таҳқиқ карда шуданд. Бо усулҳои иммуноферментӣ ва иммунохемилюминесентӣ бо истифода аз тест-системаҳои стандартишуда панҷ намуди аутоантителаҳои қазирачаҳо муайян карда шуданд: ба инсулин (IAA), ба ҳуҷайраҳои қазирачаҳо (ICA), ба глутаматдекарбоксилаза (GADA), ба тирозинфосфатаза (IA-2A) ва ба интиқолдиҳандаи рух 8 (ZnT8Ab), инчунин сатҳи C-пептид.

Таҳлили омори санҷиши χ^2 (хи-квадрат), муқоисаи сатҳҳои миёна (медиана) ва таҳлили коррелясионии Спирмена ($p<0,05$) дар бар гирифт.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Бештар аз ҳама IAA (63,3%) ва GADA (62,7%), баъдан IA-2A (51,3%), ZnT8Ab (46,7%) ва ICA (34,7%) ошкор карда шуданд. Стратификасияи (табақабандии) синнии профили иммунологӣ муайян карда шуд: сатҳи миёнаи IA-2A ва ZnT8Ab дар кӯдакони синнии хурдсол ба таври назаррас баландтар буд (мутаносибан $p < 0,05$ ва $p < 0,01$), ICA дар кӯдакони то 6-сола (57,1%; $p < 0,05$) ва дар писарон (44,9% бар зидди 25,9%; $p < 0,05$) ба таври назаррас бештар ошкор гардид, дар ҳоле ки басомади GADA бо зиёд шудани синну сол афзоиш ёфт. Позитивии сершумор (≥ 3 намууди аутоантителаҳо) дар 53,3%-и беморон ошкор шуда, бо ҷараёни шадидтари беморӣ алоқаманд буд. Коррелятсияи аз ҷиҳати омӯри назаррас байни миқдори аутоантителаҳои мусбат ва сатҳи C-пептид ($r_s = +0,180$; $p < 0,05$) муайян карда шуд.

Хулосаҳо. Профили аутоантителҳо ҳангоми диабетии қанди навъи 1 (ДҚ-1) дар кӯдакон ва наврасони шахри Душанбе бо басомади баланди IAA ва GADA ва табақабандии возеҳи синнусолӣ тавсиф мешавад. Дар кӯдакони синнии хурдсол ҳангоми зуҳуроти ДҚ-1 муайян кардани панели васеи аутоантителҳо (IAA, ICA, GADA, IA-2A, ZnT8Ab) мақсаднок аст ва мавҷудияти яқинанд намууди антителҳо бояд ҳамчун нишондиҳандаи ҷараёни шадиди беморӣ баррасӣ гардад, ки назорати пуршиддатро талаб мекунад.

Уахитова Ж.Т., Плясовская С.В.

ИСХОДНЫЙ ПРОФИЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА ДЛЯ ЦИФРОВОЙ СТРАТИФИКАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА

Школа общественного здоровья, НАО «Карагандинский медицинский университет», Республика Казахстан.

Цель исследования. Оценить исходный антропометрический и лабораторный профиль метаболического риска у взрослого трудоспособного населения Центрального Казахстана и определить набор показателей для последующей разработки цифровой модели ранней стратификации риска.

Материал и методы. Проведен промежуточный анализ базового этапа проспективного когортного наблюдательного исследования. После первичной проверки качества данных в анализ включены 98 участников в возрасте 18-60 лет (61 женщина и 37 мужчин), проживающих в Центральном Казахстане. Оценивали индекс массы тела (ИМТ), глюкозу, триглицериды (ТГ), общий холестерин (ОХС) и холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Количественные показатели представлены как медиана и межквартильный интервал Ме [Q1; Q3], категориальные - как абсолютные и относительные величины. Импутация не применялась; расчеты выполнялись по доступным наблюдениям.

Результаты исследования. Медиана возраста составила 54 [46; 58] года. ИМТ был доступен у 94 участников; его медиана составила 27,2 кг/м². Избыточная масса тела или ожирение выявлены у 61 человека (64,9%). Медиана глюкозы составила 5,13 [4,70; 5,85] ммоль/л ($n=83$), ТГ - 1,35 [0,95; 1,84] ммоль/л ($n=32$), ОХС - 5,27 [4,45; 6,27] ммоль/л ($n=71$), ЛПНП - 3,45 [2,61; 4,38] ммоль/л ($n=41$). Неодинаковая полнота лабораторных данных указывает на необходимость явного учета пропусков при построении цифровой модели.

Выводы. В исходной выборке установлена высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения, сочетающаяся с неблагоприятным липидным профилем. ИМТ, возраст, пол, показатели гликемии и липидного обмена могут составить базовый набор признаков цифровой стратификации, который на следующем этапе должен быть дополнен индивидуальными данными питания. До внедрения алгоритма в первичную медико-санитарную помощь необходимы завершение лабораторного блока, анализ механизма пропусков и внешняя валидация модели.

Узаков Ж.Б.

КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ

Свободный соискатель кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины и народной медицины, Самаркандский государственный медицинский университет. Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинические и нейросонографические особенности лицевого нерва у пациентов с гемифациальным спазмом, включая оценку его диаметра и признаков нейроваскулярного конфликта.

Материалы и методы. Обследовано 188 пациентов с гемифациальным спазмом. С учётом данных нейросонографического исследования пациенты были распределены на две группы. В ОГ вошли 102 пациента, у которых были выявлены признаки нейроваскулярного конфликта, то есть сосудистого контакта или компрессии лицевого нерва. ГС составили 86 пациентов без выраженных признаков сосудистой компрессии лицевого нерва. Клиническое обследование включало оценку стороны поражения, длительности заболевания, частоты и выраженности непроизвольных сокращений мимической мускулатуры. Дополнительно анализировали последовательность распространения спазма: вовлечение круговой мышцы глаза, щёчной области, носогубной зоны и околоушной мускулатуры. Также учитывали наличие провоцирующих факторов, таких как эмоциональное напряжение, утомление, зрительная нагрузка, разговор и мимическая активность. Отдельно оценивали влияние симптомов на повседневную активность, социальное общение и КЖ пациентов. Нейросонографическое исследование включало измерение диаметра лицевого нерва на стороне поражения и противоположной стороне, оценку асимметрии, экоструктуры, локального утолщения и периневральных изменений. Особое внимание уделяли выявлению сосудистого контакта в зоне выхода лицевого нерва как возможного признака нейроваскулярного конфликта.

Результаты исследования. У большинства пациентов гемифациальный спазм имел односторонний характер. В типичных случаях заболевание начиналось с периодических непроизвольных сокращений круговой мышцы глаза, которые по мере прогрессирования распространялись на щёчную область, носогубную зону и мышцы угла рта. У пациентов ОГ, у которых были выявлены признаки нейроваскулярного конфликта, клинические проявления были более выраженными. Спазмы возникали чаще, имели большую интенсивность и чаще провоцировались эмоциональным

напряжением, зрительной нагрузкой, утомлением, разговором и мимической активностью. По данным нейросонографии у пациентов основной группы диаметр лицевого нерва на стороне поражения был достоверно больше и составил $1,94 \pm 0,23$ мм, тогда как на противоположной стороне — $1,47 \pm 0,18$ мм. В ГС эти показатели были менее выраженными — $1,64 \pm 0,20$ мм и $1,45 \pm 0,17$ мм соответственно. Асимметрия диаметра лицевого нерва в основной группе достигала 31,9%, тогда как в группе сравнения составила 13,1%, что указывает на более значимые морфофункциональные изменения нерва при нейроваскулярном конфликте. Признаки сосудистого контакта в проекции лицевого нерва были выявлены у 102 пациентов, что составило 54,3% от общего числа обследованных. У данной категории больных чаще определялись локальное утолщение нерва, изменение его эхогенности и усиление периневрального сосудистого сигнала. Выраженность гемифациального спазма имела прямую связь с увеличением диаметра лицевого нерва, длительностью заболевания и наличием нейроваскулярного конфликта.

Вывод. У пациентов с гемифациальным спазмом нейроваскулярный конфликт сопровождается более выраженными клиническими проявлениями и изменением нейросонографических параметров лицевого нерва. Увеличение диаметра нерва, его асимметрия и признаки сосудистого контакта могут рассматриваться как важные диагностические критерии, позволяющие уточнить механизм заболевания и определить дальнейшую тактику лечения и реабилитации.

Укуматшоева Л.Ш., Пирмахмадзода Б.П., Курбоналиева Т.М.

СТРУКТУРА И ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЁЗА В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ В 2025 ГОДУ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить структуру и основные причины рецидивов туберкулёза, зарегистрированных среди населения города Душанбе в 2025 году.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с установленным рецидивом туберкулёза, зарегистрированных в городе Душанбе в течение 2025 года. Были проанализированы количество случаев рецидива и причины их возникновения с учётом предшествующей формы туберкулёза, возрастная и социальная структура пациентов, клинические формы заболевания и характера проведённого лечения. Полученные данные представлены в абсолютных и относительных показателях.

Результаты исследования. В 2025 году в городе Душанбе было зарегистрировано 26 случаев рецидива туберкулёза лёгких среди 288 пациентов с туберкулёзом лёгких, что составила **9,2%**. Анализ возрастной структуры показал, что рецидивы преимущественно регистрировались среди лиц трудоспособного возраста. Из 26 пациентов 15 (57,7%) были в возрасте от 18 до 50 лет. В возрастной группе 51–60 лет находились 7 пациентов (26,9%), а старше 60 лет — 4 пациента (15,4%).

При изучении половой структуры отмечено некоторое преобладание мужчин. Из общего числа пациентов с рецидивом 14 (53,8%) составляли мужчины, а 12 (46,2%) — женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1,2:1. Изучение социального статуса показало, что все 12 женщин, включённых в исследование, являлись домохозяйками. Среди мужчин, 8 (57,1%) на момент обследования временно не работали, 4 (28,6%) имели постоянную работу, а 2 (14,3%) являлись пенсионерами. Полученные данные свидетельствуют о необходимости учитывать социально-экономические факторы при организации лечения больных и последующего наблюдения за ними. Особое значение имел анализ рецидивов в зависимости от предшествующего лечения. Установлено, что подавляющее большинство пациентов с рецидивами — 20 человек (76,9%) — ранее проходили лечение по поводу лекарственно-чувствительного туберкулёза и 6 пациентов (23,1%) — лекарственно-устойчивого туберкулёза. Все эти данные представляют особую эпидемиологическую и клиническую значимость, поскольку наличие лекарственной устойчивости существенно ограничивает возможности стандартной терапии, и требует подбора соответствующей схемы лечения. Анализ клинической структуры рецидивов показал выраженное преобладание инфильтративной формы туберкулёза лёгких. Данная форма диагностирована у 22 пациентов, что составило 84,6% всех зарегистрированных случаев рецидива. Туберкулома лёгких была выявлена у 2 пациентов (7,7%). Ещё у 2 пациентов (7,7%) были диагностированы кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких. Таким образом, в структуре рецидивов преобладали формы заболевания, сопровождающиеся деструктивными изменениями лёгочной ткани и обсеменением. Это всё свидетельствует о позднем выявлении рецидива либо о быстром прогрессировании патологического процесса у отдельных пациентов.

Выводы. Полученные результаты подчёркивают необходимость повышения эффективности лечения больных туберкулёзом, тщательного контроля результатов терапии, регулярного диспансерного наблюдения после завершения лечения, а также строгого соблюдения пациентами назначенного режима противотуберкулёзной терапии. Важным направлением профилактики рецидивов является обеспечение высокой приверженности пациентов к лечению.

Укуматшоева Л.Ш., Мирзоева М. Б., Шарвонова Г.Б.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В Г. ДУШАНБЕ ЗА 2025 ГОД

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Провести анализ половозрастную структуру и клинические особенности лёгочных форм туберкулёза среди населения города Душанбе за 2025 год.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации и статистических данных о больных туберкулёзом, зарегистрированных в Городском центре защиты населения от туберкулёза города Душанбе в течение 2025 года. В исследование были включены 288 пациентов с туберкулёзом лёгких.

Анализировались клинические формы туберкулёза лёгких, наличие бактериовыделения, лекарственная чувствительность микобактерий туберкулёза, возрастная-половая структура пациентов и режимы противотуберкулёзного лечения. Полученные данные подвергались статистической обработке с определением абсолютных и относительных

показателей.

Результаты исследования. Среди зарегистрированных 288 больных туберкулёзом лёгких, в структуре клинических форм туберкулёза преобладал инфильтративный туберкулёз лёгких — 239 случаев (82,2%). Очаговая форма туберкулёза лёгких диагностирована у 16 больных (5,5%), диссеминированная — у 9 пациентов (3,1%), туберкулома — у 7 пациентов (2,4%), первичный туберкулёзный комплекс 12 случаев (4,2%) зарегистрирована другие формы туберкулёза лёгких кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулёз — у 5 пациентов (1,7%). По режимам лечения 238 больных (82,6%) получали лечение по 1-му режиму, 50 пациентов (17,4%) — по 2-му режиму.

Бактериовыделение выявлено у 20 пациентов, что составило 6,9 % от общего числа больных. По половозрастной структуре преобладали мужчины — 157 человек (54,5%), женщины составили 131 (45,4%). Таким образом, доля мужчин среди больных туберкулёзом лёгких была выше, чем доля женщин. По половозрастной структуре преобладали в основном больные в возрастной группе 18-50 лет и чаще выявлялось у мужчин что составило 61 %. Летальные исходы зарегистрированы у 9 больных, что составило 3,1%. Наличие летальных исходов подчёркивает необходимость ранней диагностики туберкулёза лёгких, своевременного начала лечения, постоянного клинического наблюдения и контроля эффективности проводимой химиотерапии.

Наиболее часто бактериовыделение отмечалось при инфильтративных и деструктивных формах туберкулёза, что подчёркивает их эпидемиологическую значимость. Наличие бактериовыделения требует своевременного выявления пациентов, проведения микробиологического исследования и определения лекарственной чувствительности возбудителя для выбора оптимальной схемы лечения.

Выводы. В структуре лёгочных форм туберкулёза в городе Душанбе в 2025 году преобладал инфильтративный туберкулёз лёгких, составивший 82,2% всех зарегистрированных случаев. Среди больных преобладали мужчины — 54,5%. Бактериовыделение выявлено у 6,9% пациентов, преимущественно при инфильтративных и деструктивных формах заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования раннего выявления туберкулёза, своевременного проведения лабораторной диагностики с определением лекарственной чувствительности микобактерий и раннего начала адекватной противотуберкулёзной терапии.

Умаров А.А., Умарова С.А., Елназарова Ш.О.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

Цель исследования. Выявить значимость дисфункции эндотелия при формировании артериальной гипертензии (АГ)

Материал и методы. Обследованы 80 больных АГ в возрасте 65-78 лет (средний возраст 71,5) Средняя продолжительность АГ $6,6 \pm 1,3$ лет. Группа сравнения была представлена лицами без АГ тех же возрастных категорий, что и пациенты, включенные в основную группу. В суточном профиле АД рассчитали усреднённые по времени значения САД и ДАД за 24 часа, день, и ночь. «Нагрузку давлением» оценивали по 2 показателям: индексу времени (ИВ) и нормированному индексу площади (НИП) для САД и ДАД. Выраженность двухфазного ритма АД оценивали по суточному индексу (СИ). Оценка сосудодвигательной функции эндотелия с помощью доплерометрического измерения диаметра плечевой артерии (ПА) в покое и во время пробы с реактивной и нитроглицериновой гиперемией (РГ и НГ). Изменения диаметра сосудов и оценка толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ ОСА) выполнялась по стандартной методике в В-режиме с линейным датчиком. Оценка состояния эластических свойств сосудов с помощью сфигмографической приставки Эластические свойства ОСА оценивались с использованием коэффициента поперечной растяжимости, коэффициента поперечного комплайенса, модуля эластичности Юнга (Young E, кПа/см), индекса жесткости, податливости,

Результаты исследования. Определена роль дисфункции эндотелия при артериальной гипертензии у лиц старших возрастов. Выявлены признаки эндотелиальной дисфункции и определены диагностическая значимость маркеров прогрессирования дисфункции эндотелия при артериальной гипертензии, проявляющаяся в уменьшении прироста диаметра плечевой артерии, утолщении комплекса интима/медиа, Сопоставлены показатели функционального состояния эндотелия сосудов с параметрами суточного мониторингирования артериального давления у лиц старших возрастов.

Выводы. Одним из ранних критериев развития дисфункции эндотелия и становления гипертензии является нарушение эластических свойств артерий: уменьшение коэффициента растяжимости, уменьшение коэффициента эластичности, увеличение Модуля Юнга, увеличение скорости распространения пульсовой волны артерий мышечного и эластического типа, который нарастает с возрастом.

Умаров А.А., Умарова С.А., Таджиева З.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить характер когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого возраста и оценка влияния лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы. Под наблюдением находились 80 больных АГ в возрасте 65-78 лет (средний возраст 71,5) Средняя продолжительность АГ $6,6 \pm 1,3$ лет. Группа сравнения (КГ) была представлена лицами без АГ тех же возрастных категорий, что и пациенты, включенные в основную группу. В исследование включались пациенты с АГ, принимающие стандартные гипертензивные препараты. Были получены информированное согласие исследуемых на

обследование. Отбор больных осуществлялся с использованием методики стратифицированной рандомизации с применением критериев включения и исключения. Всем пациентам проводили стандартное терапевтическое, неврологическое, нейропсихологическое исследования.

Результаты исследования. Тяжесть когнитивных нарушений у больных АГ оценивалась путем комплексной оценки суммарных показателей основных нейропсихологических тестов. Результаты были статистически значимо выше у пациентов АГ по сравнению с КГ ($p < 0,001$). При тщательном анализе данных проведенных тестов было убедительно показано, что у больных АГ преимущественно страдали функции лобной и теменной доли. При этом были выявлены значимые отличия в виде нарушения серийного счета, памяти (вербальной, невербальной). При количественном анализе состояния когнитивных функций по шкале MMSE все пациенты с АГ статистически достоверно отличались от КГ по результатам субтестов «счет» (КГ - $4,0 \pm 1,6$ балла, АГ - $2,7 \pm 1,9$ балла), «память» (КГ - $1,7 \pm 1,0$ балла, АГ - $1,3 \pm 1,1$ балла), «повторение фразы» (КГ - $0,7 \pm 0,4$ балла, АГ - $0,4 \pm 0,5$ балла), «праксис» (КГ - $0,9 \pm 0,1$ балла, АГ - $0,8 \pm 0,3$ балла).

Выводы. Выраженность КН у больных АГ значимо нарастала в зависимости от стадии развития заболевания и формирования энцефалопатии. Проявлялось это достоверным отличием от КГ суммарных показателей основных нейропсихологических тестов, включая нарушения регуляции произвольной деятельности, динамические нарушения памяти и пространственных функций. Тяжесть КН у больных АГ зависит как от стажа АГ, так и от качества и сбалансированности проводимой гипотензивной терапии.

Умарова М.Ф., Миршарофов М.М.

МИРМЕД — ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА С ИНТЕГРИРОВАННЫМИ ИИ-ПОМОЩНИКАМИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

Центр ментального здоровья «Insight». Таджикистан.

Цель исследования. Разработать медицинскую информационную систему, объединяющую электронную карту пациента, инструменты поддержки клинических решений и помощников на основе искусственного интеллекта (ИИ), и оценить её функциональные возможности в условиях здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы. Система МирМед разработана как веб-приложение, работающее в браузере и на мобильном телефоне без установки, в том числе без подключения к интернету. Клиническое содержание сформировано на основе международных и национальных клинических протоколов, классификаций МКБ-10 (ВОЗ), МКБ-11 и DSM-5-TR. Приём пациента построен по структуре SOAP. ИИ-модули (MirMed AI-1 – AI-4) реализованы по принципу «второго мнения»: ответ формируется только по данным карты, каждый факт сопровождается ссылкой на источник (визит, дату). Данные хранятся на устройстве врача и шифруются (AES-GCM); при внешних консультациях досье обезличивается. Апробация проведена в клинической практике Центра ментального здоровья «Insight».

Результаты исследования. Система охватывает более 40 специальностей и включает 21 пакет специальности с 207 клиническими состояниями (критерии, обследование, «красные флаги», первая линия терапии). Реализованы 198 шкал и калькуляторов с автоматическим подсчётом и динамикой (PHQ-9, GAD-7, C-SSRS, MMSE, CHA2DS2-V_A, HAS-BLED, qSOFA, NEWS2, CURB-65 и др.), которые пациент может заполнить самостоятельно через Telegram. Справочник из 606 препаратов содержит дозы для взрослых и детей с автоматической проверкой взаимодействий и противопоказаний в момент назначения. ИИ-помощники выполняют: ответы на вопросы по карте с цитированием, виртуальный консилиум специалистов с составом по диагнозам пациента и итоговым заключением модератора (что упущено, что опасно, что проверить, кого привлечь очно), анализ назначений, контроль качества диагноза, извлечение структуры из свободного текста жалоб и голосовую диктовку. Модуль «Между визитами» обеспечивает напоминания о приёме и лекарствах, контроль самочувствия и подсветку тревожных сигналов в сообщениях пациента, в том числе на таджикском языке. Научный модуль позволяет вести исследовательские проекты на обезличенных данных.

Выводы. МирМед объединяет в одной системе документирование приёма, стандартизированную оценку по шкалам, контроль безопасности фармакотерапии и связь с пациентом между визитами, что снижает объём рутинной работы врача и риск пропуска клинически значимой информации. Использование ИИ в формате «второго мнения» со ссылками на источник сохраняет ответственность за решение за врачом. Локальное хранение и шифрование данных отвечают требованиям конфиденциальности. Дальнейшим этапом является проспективная оценка клинической эффективности и валидация ИИ-модулей.

Умарова С. А. Умаров А.А., Шарифова Н.Дж.

ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

Цель исследования: изучить влияние бисопролола на вегетативный статус больных артериальной гипертонией.

Материал и методы исследования: в работу включены 66 пациента с артериальной гипертонией. Возраст больных от 60 до 74 лет (средний $66,4 \pm 5,4$). Женщин было 30, мужчин – 36. Оценку вариабельности ритма сердца проводили по записи ЭКГ в течение 5 минут. Определялись следующие параметры вариабельности ритма сердца: LF- мощность спектра низких частот, HF- мощность спектра области высоких частот, LF/HF- показатель симпатико-парасимпатического баланса. SDNN-стандартное отклонение интервалов R-R, RMSSD-корень квадратной суммы квадратов разности величин последовательных пар нормальных интервалов R-R, pNN50- процент соседних интервалов R-R, отличающихся друг от друга более чем на 50 мс;

Бисопролол назначался в начальной дозе 5 мг/сутки с последующим увеличением до 7,5мг. Исследование вариабельности ритма сердца проводили до и после 8 недельного курса лечения.

Результаты исследования: до начала приема бисопролола у больных артериальной гипертонией отмечен исходно повышенный тонус симпатической части (низкие SDNN, RMSSD, pNN50 и HF) и пониженный тонус парасимпатической части вегетативной нервной системы (повышение LF и LF/HF). К концу курса лечения отмечалось достоверное повышение показателя SDNN в среднем на 24,8%, pNN50-на 62,2%. Снижение LF (на 19%) и нормализация соотношения LF/HF (симпато-парасимпатический баланс), а также увеличение HF (на 20,8%) свидетельствовали о снижении активности симпатической части вегетативной нервной системы. Отрицательный хронотропный эффект бисопролола существенно влияет на вариабельность ритма сердца. Частота сердечных сокращений с 88 уд. в мин. уменьшился до 52 уд. в мин., что существенно меняет вегетативный статус в лучшую сторону

Вывод. Установлено, что моно-терапия бисопрололом положительно влияет на симпато-парасимпатический баланс у больных артериальной гипертонией. Реализация данного эффекта основана на отрицательное хроно- и инотропное влияние бисопролола.

Умарова С. А., Умаров А.А., Шарифова Н.Дж.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛАЗАРТАНОМ

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

Цель исследования. Оценить ортостатическую реакцию у больных артериальной гипертонией (АГ) при гипотензивной терапии лазартаном.

Методы исследования. Обследовано 62 больных с артериальной гипертонией. Возраст больных от 60 до 74 лет (средний 66,4±5,4). Женщин было 30, мужчин – 32.с АГ II стадии. Критерии включения: больные с систолической АГ. Критерии исключения: больные с вторичной симптоматической АГ

Лазартан назначался в суточной дозе 50 мг. 1 раз в сутки. До начала и после 7 – 8 недельного курса лечения исследовали центральную и мозговую гемодинамику методом тетраполярной импедансной реографии. Для оценки постуральных реакций использовалась активная ортостатическая проба. Определяли следующие показатели: ударный и минутный объемы крови и соответствующие индексы, объемная скорость выброса, общее периферическое сопротивление сосудов, процентное отношение объемной скорости церебрального кровотока к минутному объему крови и абсолютная величина объемной скорости церебрального кровотока.

Результаты исследования: в конце курса лечения сдвиги в реакциях системной и мозговой гемодинамики при ортостатической пробе характеризовались менее выраженным, чем до лечения уменьшения ударного (на 22,6% против 23,2%) и сердечного индекса (на 0,5% против 6,4%), а также объемной скорости выброса (на 4,3% против 13,7%). Выявленная лабильности сердечных сокращений сменилась вполне адекватной (на 18,7% против 23,7% до лечения). Что касается общего периферического сопротивления, то различия их до и после пробы были незначительными. Такая перестройка способствовала тому, что величины систолического и диастолического артериального давления существенно не изменились. Колебания абсолютной величины объемной скорости церебрального кровотока были незначительными, т.е. переход в вертикальное положение существенно не отразился на характере мозгового кровообращения.

Выводы: полученные результаты исследования дают основание полагать, что применение гипотензивного препарата лазартана при артериальной гипертонии не ухудшает функционально – приспособительные реакции при переходе из горизонтального положения в вертикальное и может быть использован в комплексной терапии данной категории больных.

Умарова Ф.З¹., Нуруллозода З.Х¹., Сайдахмадова О.З².

ТАҲЛИЛИ СОҲТОРИ БЕМОРИҲОИ ЧАШМ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА, КИ ДАР САТҲИ АМБУЛАТОРӢ БА ҚАЙД ГИРИФТА ШУДААНД

1.Кафедраи тибби оилвӣи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”. Тоҷикистон.

2. МД “Маркази саломатии шахрии № 12”. ш.Душанбе Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши дараҷаи миопия дар занони ҳомила, ки дар сатҳи амбулаторӣ аз муоинаи офталмологӣ гузаштаанд.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти ретроспективӣ дар асоси таҳлили ҳисоботи тиббӣ оид ба занони ҳомила, ки дар 6 моҳи аввали соли 2026 дар МД «МСШ №12»-и шаҳри Душанбе аз муоинаи офталмологӣ гузаштаанд, гузаронида шуд. Дар маҷмӯъ маълумоти 341 зани ҳомила таҳлил гардид. Синну сол, мавҷудияти бемориҳои чашм ва дараҷаи миопия арзёбӣ карда шуданд. Дар рафти таҳқиқот аз усулҳои клиникӣ-оморӣ ва ретроспективӣ истифода шуда буд.

Натиҷаи таҳқиқот. Натиҷаи таҳлилҳо нишон дод, ки шумораи умумии занҳои ҳомила, ки ба муоинаи табиби офталмолог муроҷиат намудаанд 341 нафарро ташкил дод. Пас аз муоина ба мо маълум гардид, ки ба 308 нафари онҳо солим буда, ба 33 (9,7%) нафарашон бошад, таъхиси миопия гузошта шуда аст. Аз ин шумора бо таъхиси миопияи дараҷаи паст 28-нафар (8,2%), астигматизми дараҷаи оддӣ 3-нафар (0,9%), миопияи дараҷаи баланд 1- нафар (0,3%) ва миопияи дараҷаи миёна 1- нафар (0,3%) ташкил намуд.

Синну соли ҳомиладорони бо таъхиси миопия аз 18 сола то 30 сола мебошанд, ки шумораи онҳо ба 29 нафар баробар аст. Инчунин синну соли 34, 36 ва 47 сола низ воমেҳурат, ки шумораи онҳо 4 нафарро ташкил медиҳад. Таҳқиқот ба мо маълум гардонд, шумораи зиёди ҳомиладороне, ки гирифтори миопия шудаанд, дар 2 ва 3-юм ҳомилагашон таъхисгузорӣ шудаанд. Аз онҳо 4- нафарашон модарзодӣ мебошад.

Хулоса. Хамин тарик, таҳлили маълумоти 6 моҳи аввали соли 2026 нишон дод, ки аз 341 зани ҳомиладор, ки аз муоинаи офталмологӣ гузаштаанд, дар 33 нафарашон (9,7%) таъхиси миопия гузошта шудааст, ки дар онҳо миопия дараҷаи паст бартарӣ дошта, 28 нафар (84,8%) беморонро ташаққул меод. Аҳамияти муоинаи саривактии офталмологӣ ва ҳамкориҳои табибони оилавӣ бо муттаҳасисони соҳаашон маҳдуд аз ҷумла офталмологҳо, барои назорати ҳолати биноӣ ва интиҳоби тактикаи дурусти пешгирии миопатия дар давраи ҳомиладорӣ муҳим ба ҳисоб меравад.

Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шоназарова М.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ

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

Цель исследования. Провести анализ клинических проявлений острого лимфобластного и острого миелобластного лейкоза в дебюте заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 48 больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и 33 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ). Проведен анализ данных историй болезни пациентов с ОЛЛ и ОМЛ, госпитализированных в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ “Шифобахш” за период с января по декабрь 2018г. Диагноз ОЛЛ и ОМЛ был выставлен на основании клинических проявлений, анамнеза заболевания, лабораторных исследований (развернутого общего анализа крови с подсчетом количества тромбоцитов, стерильной пункции с цитохимическим исследованием костного мозга). Всем пациентам проводились биохимические анализы крови (мочевина, креатинин), общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Результаты исследования. Анемический синдром выявлен у 95,8% больных ОЛЛ и у 97,0% больных ОМЛ ($\chi^2 = 0,08$; $p > 0,05$). Интоксикационный синдром встречался у 75,0% пациентов с ОЛЛ и у 87,9% с ОМЛ ($\chi^2 = 2,12$; $p > 0,05$). Геморрагический синдром отмечен у 89,6% больных ОЛЛ и у 78,8% больных ОМЛ ($\chi^2 = 1,97$; $p > 0,05$). Гиперпластический синдром диагностирован у 70,8% пациентов с ОЛЛ и у 63,6% с ОМЛ ($\chi^2 = 0,52$; $p > 0,05$). Различия по иммунодефицитному и костно-суставному синдромам статистически незначимы.

При ОЛЛ лимфобласты имеют выраженную склонность к инфильтрации лимфоидных органов (лимфатические узлы, селезенка, печень). Это приводит к генерализованной лимфаденопатии и гепатоспленомегалии, что клинически проявляется как гиперпластический синдром. При ОМЛ миелобласты преимущественно поражают костный мозг и периферическую кровь. Их способность к инфильтрации лимфоидных органов ниже, поэтому гиперпластические проявления встречаются реже и менее выражены. Дополнительно при ОМЛ чаще доминируют анемический и интоксикационный синдромы, что отражает глубокое угнетение нормального кроветворения и массивное поступление токсических продуктов распада клеток в кровь.

Полученные данные свидетельствуют о том, что анемический синдром является ведущим при обоих типах лейкоза, однако при ОМЛ он имеет тенденцию к более тяжёлому течению. Интоксикационный синдром также чаще встречается при ОМЛ, что отражает массивное поступление токсических продуктов распада клеток в системный кровоток. В то же время гиперпластический синдром более характерен для ОЛЛ, что связано с биологической склонностью лимфобластов к инфильтрации лимфоидных органов (лимфатические узлы, печень, селезенка).

Вывод. Таким образом, при ОМЛ ведущими синдромами являются анемический и интоксикационный, тогда как при ОЛЛ диагностический акцент смещается в сторону гиперпластического и геморрагического синдромов. Эти особенности необходимо учитывать при клинической оценке состояния пациентов и выборе терапевтической тактики.

Ураков К.З., Куватзода Г.Х., Ходжиева Г.Б.
ПОСТУПЛЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Изучить характеристику и динамику поступления пациентов с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ), поступивших за 2023 г. по 2025 г.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ХЛЛ, первично поступивших и повторно поступивших в гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ г. Душанбе за 3 года. Рассмотрены 68 историй болезни первичных поступивших с пациентом с ХЛЛ из них мужчин было 39, женщин 29. Повторно поступивших оказалось 31 пациентом с ХЛЛ. Диагноз был выставлен на основании клиники, общего анализа крови, стерильной пункции с цитохимическим исследованием.

Результаты исследования. За период наблюдения в 2023 г. первично поступивших пациентов с ХЛЛ было 32 человек, повторно поступивших 13. В 2024 г. первично поступивших пациентов с ХЛЛ было 21 человек, повторно поступивших 12. В 2025 г. первично поступивших пациентов с ХЛЛ было 15 человек, повторно поступивших 6. Общее количество впервые поступивших было 68 пациентов, повторно поступивших 31 пациентом с ХЛЛ. Самое большое поступление было в 2023 г. Были рассмотрены поступление пациентов по местностям: г. Душанбе 8 (11,7%) пациентов, район Дж. Балхи 7 (10,2%), Вахш 7 (10,2%), Рудаки 6 (8,8%), Кабадиян 5 (7,3%), Джайхун 4 (5,8%), Турсунзаде 3 (4,4%), Фархор 3 (4,4%), Балджуван 2 (2,9%), Норак 2 (2,9%), Ховалинг 2 (2,9%), Яван 1 (1,4%), Муминабад 1 (1,4%), Исфара 1 (1,4%), Канибадам 1 (1,4%), Дангара 1 (1,4%), Леваканд 1 (1,4%), Гиссар 1 (1,4%), Нуробод 1 (1,4%), Хамадони 1 (1,4%), Пенджикент 1 (1,4%), Деваштич 1 (1,4%), Ш. Шохин 1 (1,4%), Кушониён 1 (1,4%), Дарвоз 1 (1,4%), Куляб 1 (1,4%), Восеъ 1 (1,4%), А. Джами 1 (1,4%), Шахринав 1 (1,4%), Рушон 1 (1,4%).

Наибольшая доля поступлений отмечается из г. Душанбе — 8 случаев (11,7%) далее район Дж. Балхи и Вахш по 7 случаев (10,2%), Рудаки – 6 случаев (8,8%), средний показатель оказался в Джайхун — 4 случая (5,8%). Остальные

районы представлены единичными случаями (1–2 пациента).

Вывод. Структура поступлений при ХЛЛ относительно стабильна, но наблюдается преобладание повторных госпитализаций. В 2023 г. отмечается рост как первичных, так и повторных случаев, что указывает на расширение контингента пациентов.

Поступления распределены широко по регионам, но с концентрацией в г. Душанбе, р-н Рудаки и в южных районах (Балхи, Вахш, Кабадиян). Это отражает как доступность медицинской помощи в крупных центрах, так и выявляемость в периферийных районах.

Таким образом, при ХЛЛ за 2023-2025гг. отмечается умеренный рост числа пациентов, с уменьшением повторных госпитализаций. Структура поступлений остаётся стабильной, без резких колебаний, что свидетельствует о равномерной выявляемости и ведении пациентов. Географически контингент распределен широко, но с акцентом на Душанбе, р-н Рудаки и южные районы, что требует дальнейшего анализа доступности специализированной помощи в регионах.

Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П., Аюбов Х.Ш.
КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИСТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить кардио-васкулярную систему у пациентов с острым лимфобластным и острым миелобластным лейкозом.

Материал и методы исследования. Обследовано 113 больных с ОЛЛ и 38 больных с ОМЛ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ “Шифобахш” г. Душанбе. В течении всего 2015 года, с ОЛЛ мужчин было 86, женщин - 27. Возраст больных составил 17-56 лет, медиана возраста 39 лет. С ОМЛ мужчин было 28, женщин 10, возраст больных составил 17-35 лет, медиана возраста 32 года. Всем больным проведены клинические и лабораторные методы исследования: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, стерильная пункция, электрокардиография, эхокардиография, рентгенография легких.

Полученные Результаты исследования. Из 113 больных с ОЛЛ у 73 отмечаются поражения сердечно-сосудистой системы. На ЭКГ отмечалась: синусовая тахикардия у 31 больного (42,4%), брадикардия у 2-х больных (2,7%) блокада правой ножки пучка Гисса у 7 больных (9,6%), снижение процессов реполяризации у 65 больных (89,0%), гипертрофия левого желудочка у 6 больных (8,2%), ИБС диффузный кардиосклероз как сопутствующая патология была у 1-го больного (1,4%), гипертоническая болезнь у 6-х больных (8,2%). Миокардит развивался у 2-х больных (2,7%).

Из 38 больных с ОМЛ у 24 зарегистрированы изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. На ЭКГ отмечалась: синусовая тахикардия у 7 больных (29,2%), снижение процессов реполяризации у 24 больных (100,0%), блокада правой ножки пучка Гисса у 4-х больных (16,6%), гипертрофия левого желудочка у 1-го больного (4,2%), сопутствующая патология – НЦД наблюдалась у 1-го больного (4,2%), миокардит также развивался у 1-го больного (4,2%).

В результате проведения ЭхоКГ отмечалось снижение фракции выброса до 52,6% и снижение ударного объема до 71,28% при нормальных показателях размеров аорты, левого предсердия, правого желудочка, левого желудочка, размеров межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка у больных с ОЛЛ. У больных с ОМЛ эти показатели ниже, фракция выброса снизилась до 48,16%, ударный объем снизился до 68,26% при остальных нормальных показателях.

Вывод. У пациентов с острыми лейкозами выявлена высокая частота кардио-васкулярных нарушений, преимущественно в виде изменений процессов реполяризации и синусовой тахикардии. По данным ЭхоКГ отмечалось снижение сократительной функции миокарда, более выраженное при ОМЛ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости регулярного кардиологического мониторинга и ЭКГ/ЭхоКГ -контроля у больных острыми лейкозами, особенно при проведении полихимиотерапии, с целью раннего выявления и профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Косимов С.С.
МИГРЕНЬ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оценить клинико-неврологические особенности и возможную связь мигрени с развитием ишемического инсульта у пациентов с цереброваскулярной патологией.

Материал и методы. Исследование проведено в отделении сосудистой неврологии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Проведён ретроспективный клинико-неврологический анализ 32 пациентов с мигренью, находившихся под наблюдением в условиях неврологического отделения.

В исследование включались пациенты с подтверждённым диагнозом мигрени согласно критериям ICHD-3. Анализировались случаи с наличием и отсутствием ишемического инсульта.

Оценивались: тип мигрени (с аурой / без ауры), частота и длительность приступов, наличие сосудистых факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, ожирение), наличие ишемического инсульта в анамнезе, клинические особенности инсульта, выраженность неврологического дефицита по шкале NIHSS, функциональный исход по шкале mRS.

Диагноз ишемического инсульта подтверждался данными нейровизуализации (КТ/МРТ головного мозга). Статистический анализ включал описательные методы и корреляционный анализ ($p < 0,05$).

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил $45,6 \pm 10,8$ лет, преобладали женщины — 65,6%. Мигрень с аурой встречалась чаще у пациентов с ишемическим инсультом по сравнению с пациентами без сосудистых событий. Ишемический инсульт выявлен у 10 из 32 пациентов (31,3%).

У пациентов с инсультом чаще отмечались сосудистые факторы риска: артериальная гипертензия — 70,0%, дислипидемия — 50,0%, курение — 40,0%. Отмечена тенденция к более выраженному неврологическому дефициту у пациентов с сочетанием мигрени и сосудистых факторов риска.

Корреляционный анализ выявил связь между мигренью с аурой и развитием ишемического инсульта ($r \approx 0,4$; $p < 0,05$), а также между количеством сосудистых факторов риска и тяжестью клинических проявлений.

Выводы. Мигрень, особенно форма с аурой, ассоциируется с повышенным риском ишемического инсульта у пациентов с сосудистыми факторами риска.

Сочетание мигрени и модифицируемых факторов риска способствует более неблагоприятному течению цереброваскулярных событий.

Полученные данные подтверждают необходимость ранней стратификации пациентов с мигренью по сосудистому риску и проведения профилактических мероприятий.

Усинская О.А., Смирнов Г.В., Кульгашова М.А.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ ГЕАНГИОМА ГОРТАНИ, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница имени Святого Владимира» Департамента здравоохранения г. Москвы. Россия

Цель исследования. Демонстрация особенностей диагностики и тактики лечения инфантильной гемангиомы подскладкового отдела гортани у ребёнка грудного возраста.

Материалы и методы. Материалом данной работы явился клинический случай младенческой гемангиомы гортани у ребенка 1,5 месяцев. Продемонстрированы клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования, а также хирургические и консервативные методы лечения младенческих гемангиом.

Результаты исследования. В рамках работы был продемонстрирован атипичный дебют и сложности верификации диагноза при изолированной гемангиоме гортани, описан алгоритм дифференциальной диагностики образования, проиллюстрирована роль мультидисциплинарного консилиума в принятии тактических решений в условиях диагностической неопределённости, показана эффективность консервативной терапии, подчеркнута важность динамического наблюдения и своевременной деканюляции трахеостомы при редукции образования.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай подчёркивает необходимость включения инфантильной гемангиомы гортани в дифференциально-диагностический поиск у всех детей первых месяцев жизни с необъяснимой дыхательной недостаточностью, стридором и осиплостью голоса, особенно при отсутствии эффекта от противовоспалительной терапии. Активная клиническая гипотеза, мультидисциплинарная оценка и раннее назначение патогенетической терапии позволяют предотвратить фатальные осложнения и достичь оптимальных функциональных и отдалённых результатов.

Файзиева Д.Ш.

ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

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

Цель исследования. Оценить характер сдвигов сывороточного содержания высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) при последовательном утяжелении клинических вариантов ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Сравнительным одномоментным исследованием охвачено 30 больных с верифицированной ИБС — 18 мужчин и 12 женщин, средний возраст выборки $63,4 \pm 1,5$ года. Наблюдаемые разделены на три равные по численности когорты (по 10 человек): стенокардия напряжения II функционального класса; мелкоочаговое повреждение миокарда в остром периоде; крупноочаговый инфаркт с развившимися осложнениями. Группу сравнения образовали 10 лиц без признаков сердечно-сосудистой патологии, подобранных по полу и возрасту. Диагноз подтверждали по рекомендациям ВНОК (2007) с учётом клинических, электрокардиографических и биохимических данных, клинические варианты разграничивали по классификации ВОЗ (1979) в редакции ВКНЦ АМН (2004). Не включались лица с ранее проведённой реваскуляризацией, перенесённым нарушением мозгового кровообращения, рефрактерной артериальной гипертензией, злокачественными новообразованиями, болезнями крови и иммунной системы, активным воспалением либо декомпенсацией лёгочной, печёночной и почечной патологии. Забор материала из локтевой вены проводили натощак, после 6–8-часовой пищевой паузы, на отрезке 18–28 ч от дебюта клинических проявлений. Содержание ИЛ-6 устанавливали иммуноферментным способом (реагенты «Вектор-Бест», Россия) с фотометрией на приборе Multiskan FC при 450 нм; вч-СРБ — высокочувствительной иммунонефелометрией с антисыворотками «Behring» (Германия). Градацию сосудистого риска давали по шкале Ridker P.M. (2000). Расчёты выполнены в пакете «Statistica 10.0». Работа одобрена этическим комитетом университета, участники подписали информированное согласие.

Результаты исследования. Подъём обоих показателей обнаруживался уже на ишемическом этапе, до формирования зоны некроза. Сывороточная концентрация ИЛ-6 в группе сравнения удерживалась на отметке $5,6 \pm 0,55$ пг/мл, при стенокардии напряжения достигала $7,8 \pm 0,36$ пг/мл, при мелкоочаговом повреждении — $21,7 \pm 0,62$ пг/мл, при осложнённом крупноочаговом инфаркте — $24,2 \pm 0,34$ пг/мл, превосходя контроль в 3,1 раза ($p < 0,01$). Динамика вч-СРБ повторяла ту же направленность: $1,9 \pm 0,45$ мг/л у лиц без кардиальной патологии, что отвечает зоне минимального

риска по Ridker, $3,2 \pm 0,26$ мг/л при стенокардии, $7,7 \pm 0,44$ мг/л и $8,2 \pm 0,25$ мг/л при мелко- и крупноочаговом инфаркте соответственно ($p < 0,01$). Наибольшая величина сдвига — 331,5% — зафиксирована у больных, чей инфаркт сопровождался кардиогенным шоком, что соответствует 3,3-кратному превышению контрольного уровня.

Выводы. 1. Активация неспецифического воспалительного ответа при ИБС начинается на ишемическом этапе: достоверный подъём вЧ-СРБ и ИЛ-6 фиксируется уже у больных стенокардией напряжения II функционального класса. 2. Величины обоих маркёров возрастают параллельно утяжелению клинической формы, достигая максимума при крупноочаговом осложнённом инфаркте — $8,2 \pm 0,25$ мг/л и $24,2 \pm 0,34$ пг/мл, с превышением контроля в 3,3 и 3,1 раза. 3. Наиболее выраженный прирост показателей соответствует переходу от ишемии к формированию некроза и присоединению осложнений, прежде всего кардиогенного шока. 4. Одновременное измерение вЧ-СРБ и ИЛ-6 целесообразно применять в кардиологической практике при стратификации риска прогрессирования ИБС и развития сосудистых осложнений.

Файзиева Д.Ш.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ И ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ СДВИГ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

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

Цель исследования. Оценить содержание десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) и активность фактора Виллебранда у больных с различными клиническими формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 90 больных с документированной ИБС, средний возраст $60,1 \pm 2,2$ года; мужчин — 56 (62,3%), женщин — 34 (37,7%). Сформированы три группы по 30 человек: стенокардия напряжения II функционального класса; мелкоочаговый инфаркт миокарда (ИМ) в остром периоде; крупноочаговый осложнённый ИМ. Контрольную группу составили 15 лиц без сердечно-сосудистой патологии, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз устанавливали по критериям ВНОК (2007) на основании клинических, электрокардиографических и биохимических данных, клинические формы разграничивали по классификации ВОЗ (1979) в редакции ВКНЦ АМН (2004). Не включались пациенты после эндоваскулярных вмешательств, с цереброваскулярными событиями, неконтролируемой артериальной гипертензией, онкологическими, гематологическими и иммунными заболеваниями, обострением воспалительных процессов, а также получавшие нитраты и другие ангиопротекторы, влияющие на функцию эндотелия. Активность фактора Виллебранда определяли функциональным ристомидиновым методом, содержание ДЭК в крови локтевой вены — по методике Н.Н. Петрищева (2001). Обработку данных вели в программе «Statistica 10.0». Протокол одобрен этическим комитетом университета, все обследованные подписали информированное согласие.

Результаты исследования. Содержание ДЭК в контрольной группе составило $5,5 \pm 0,2 \times 10^4$ /л, при стенокардии напряжения — $10,2 \pm 0,4 \times 10^4$ /л (прирост 85,4%), при мелкоочаговом ИМ — $14,1 \pm 0,3 \times 10^4$ /л, в 2,6 раза выше контроля ($p < 0,001$), при крупноочаговом осложнённом ИМ — $22,3 \pm 0,3 \times 10^4$ /л, что отвечает четырёхкратному превышению контрольного уровня и приросту на 305,4% ($p < 0,001$). Половых различий внутри групп не установлено ($p > 0,05$): у мужчин и женщин соответственно $10,2 \pm 0,2$ и $10,1 \pm 0,4 \times 10^4$ /л при стенокардии, $14,0 \pm 0,2$ и $13,7 \pm 0,3 \times 10^4$ /л при мелкоочаговом ИМ, $21,4 \pm 0,3$ и $20,2 \pm 0,1 \times 10^4$ /л при осложнённом ИМ. Активность фактора Виллебранда изменялась однонаправленно: 89,5 $\pm$ 2,5% в контроле, 129,9 $\pm$ 2,0% при стенокардии напряжения (+45,1%), 162,2 $\pm$ 1,5% при мелкоочаговом ИМ (+81,2%) и 174,0 $\pm$ 2,0% при крупноочаговом осложнённом ИМ (+94,1%).

Выводы. 1. Повреждение сосудистой выстилки при ИБС регистрируется уже на ишемической стадии: у больных стенокардией напряжения II функционального класса количество ДЭК превышает контроль на 85,4%, активность фактора Виллебранда — на 45,1%. 2. Переход к некротическому повреждению миокарда сопровождается кратным нарастанием обоих показателей с максимумом при крупноочаговом осложнённом инфаркте — $22,3 \pm 0,3 \times 10^4$ /л и 174,0 $\pm$ 2,0%. 3. Половая принадлежность на выраженность десквамации эндотелия не влияет ($p > 0,05$). 4. Совместное определение ДЭК и фактора Виллебранда применимо для оценки глубины эндотелиальной дисфункции и обоснования профилактики тромбоэмболических осложнений.

Файзов Р.К., Файзов Ф.Р.

ДИНАМИКА СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С УВЧ-ТЕРАПИЕЙ

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

Цель исследования. Описать динамику клинических симптомов у пациентов с хроническим бронхитом при медикаментозном лечении и при его сочетании с УВЧ-терапией.

Материал и методы. Сопоставлены результаты наблюдения 42 пациентов с хроническим бронхитом в физиотерапевтическом отделении Республиканской клинической больницы Дангаринского района с января по май 2025 года. В выборке было 15 мужчин (35,7%) и 27 женщин (64,3%); средний возраст составлял 39 лет. Одна группа из 21 пациента получала медикаментозное лечение, другая, также из 21 пациента, дополнительно проходила УВЧ-терапию. Использовали аппарат УВЧ-80 с частотой 40,68 МГц; продолжительность сеанса составляла 10 минут, курса - 7 дней. Для описательного сравнения использовали зарегистрированное клиническое улучшение на 3-й день и наличие жалоб к 7-му дню. Рассчитаны доли пациентов в каждой группе.

Результаты исследования. На 3-й день в группе медикаментозного лечения улучшение зарегистрировано у 13 из 21 пациента (61,9%); у 8 (38,1%) сохранялись жалобы на кашель и затруднённое отхождение мокроты. При сочетании медикаментозного лечения с УВЧ улучшение отмечено у 19 из 21 пациента (90,5%), остаточные симптомы - у 2

(9,5%). Разность долей зарегистрированного улучшения составила 28,6 процентного пункта. К 7-му дню в первой группе кашель сохранялся у одного пациента (4,8%); во второй жалоб не отмечено у всех 21 пациента.

Выводы. Таким образом, межгрупповые различия были заметнее на 3-й день, тогда как к окончанию недельного наблюдения остаточные жалобы встречались редко в обеих группах. В группе с дополнительной УВЧ-терапией улучшение на 3-й день регистрировалось чаще.

Файзов Ф.Р., Азимов Ч.Т., Собиров М.С.

ҲИССАИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНӢ ДАР СОҲТОРИ ТАШХИСҲОИ БЕМОРХОНАВИИ ДИЛУ РАҒҲО

Кафедраи фанҳои муолиҷавии № 2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани ҳиссаи фишорбаландии шараёнӣ дар гурӯҳбандии ташхисҳои беморони бистаришуда бо бемориҳои дилу рағҳо ва тавсифи таркиби чинсии ин гурӯҳ.

Маъод ва усулҳо. Маълумоти таърихи бемории 365 нафаре таҳлил шуд, ки дар давоми 9 моҳи соли 2025 дар шӯъбаи бемориҳои дили Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникӣ ноҳияи Данғара бистарӣ буданд. Ташхисҳои сабтшуда, чинс ва синну соли беморон ҷамъбаст гардиданд. Барои гурӯҳҳои ташхисӣ ҳисса нисбат ба 365 бемор ва барои таркиби чинсии гурӯҳи фишорбаландӣ нисбат ба 179 бемор ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Дар тақсимои омӯрӣ фишорбаландии шараёнӣ ба 179 бемор (49,0%), стенокардияи вобаста ба фаъолияти қисмонӣ ба 154 (42,2%), сактаи шадиди аввалини миокард ба 15 (4,1%), стенокардияи ноустувор ба 3 (0,8%), кардиосклероз ба 9 (2,5%) ва кардиомиопатия ба 5 бемор (1,4%) рост омад. Ҷамъи ин шаш гурӯҳ 365 нафарро ташкил дод. Гурӯҳҳои фишорбаландӣ ва стенокардияи вобаста ба фаъолияти қисмонӣ якҷоя 333 нафар ё 91,2%-и тақсимои пешниҳодшударо фаро гирифтанд. Аз ҳамаи беморон 220 нафар (60,3%) зан ва 145 нафар (39,7%) мард буданд. Синну сол аз 38 то 90 сол ва синни миёна 60 сол буд. Дар гурӯҳи фишорбаландии шараёнӣ 115 нафар (64,2%) зан ва 64 нафар (35,8%) мард буданд. Бештар будани шумораи занон дар ин гурӯҳ бояд бо назардошти бартарии шумораи занон дар тамоми намуна тафсир шавад.

Хулоса. Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки фишорбаландии шараёнӣ дар гурӯҳбандии ташхисҳои ин намуна ҳиссаи калонтарин - 49,0%-ро дошт. Занон ҳам дар тамоми намуна ва ҳам дар гурӯҳи фишорбаландӣ бештар буданд.

Файзуллоев А.Х., Исоева М.Б., Ибрагимова Р.Ш.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико-функциональный статус пациентов с постинсультной спастичностью в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта для обоснования дифференцированного подхода к медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное контролируемое сравнительное клиническое исследование с шестимесячным динамическим наблюдением 125 пациентов с постинсультной спастичностью в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Основную группу (ОГ) составили 63 пациента, получавшие ботулинический токсин типа А в сочетании с комплексной программой ранней медицинской реабилитации; группу сравнения (ГС) — 62 пациента, получавших аналогичную программу без ботулинотерапии. Основная группа дополнительно стратифицирована по срокам её начала: ОГ-1 (n=32) — 3–7 недель, ОГ-2 (n=31) — 8–12 недель после инсульта. Оценка проводилась исходно, через 1, 3 и 6 месяцев с использованием шкал NIHSS, Modified Ashworth Scale (MAS), Modified Tardieu Scale (MTS), Fugl-Meyer Assessment (FMA-UE/FMA-LE), индекса Бартел, mRS, Goal Attainment Scaling (GAS), EQ-5D-5L и EQ-VAS. Статистическая обработка включала описательную и сравнительную статистику, корреляционный, одно- и многофакторный логистический регрессионный анализ с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов, а также ROC-анализ.

Результаты исследования. Исходный уровень неврологического дефицита по NIHSS составил $8,4 \pm 2,3$ балла в основной группе и $8,6 \pm 2,5$ балла в группе сравнения ($p=0,642$), что соответствовало инсульту средней степени тяжести у 81,0% и 80,6% пациентов соответственно. Выраженность спастичности по MAS верхней конечности составила $2,8 \pm 0,6$ и $2,7 \pm 0,7$ балла, нижней конечности — $2,4 \pm 0,5$ и $2,5 \pm 0,6$ балла ($p>0,05$); исходные показатели FMA-UE ($29,8 \pm 9,6$ и $30,5 \pm 10,1$ балла) и индекса Бартел ($56,4 \pm 12,7$ и $57,1 \pm 13,2$ балла) также были статистически сопоставимы между группами. В структуре двигательных нарушений преобладал гемипарез (95,2%), чувствительные нарушения выявлены у 80,8%, речевые — у 56,8% пациентов. По локализации спастичности преобладала гемиспастичность с вовлечением верхней и нижней конечностей — у 53,6% больных; изолированная спастичность верхней конечности отмечена у 28,0%, нижней — у 18,4%. Среди клинических паттернов верхней конечности чаще встречались сгибание кисти (72,0%), сгибание пальцев (69,6%) и сгибание в локтевом суставе (65,6%); нижней конечности — эквинусная (61,6%) и эквиноварусная (51,2%) установка стопы.

Выводы. Постинсультная спастичность в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта характеризуется сочетанием умеренно выраженного неврологического дефицита, клинически значимого повышения мышечного тонуса, двигательных нарушений и ограничения функциональной самостоятельности пациента. Преобладание

гемиспастичности с сочетанным поражением верхней и нижней конечностей обосновывает необходимость комплексной стандартизированной клинико-функциональной оценки (NIHSS, MAS, MTS, FMA, индекс Бартел, mRS) на этапе планирования индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Файзуллоев А.Х., Исоева М.Б., Рахимзода О.Ш.

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ БОТУЛИНОТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТЬЮ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Оценить влияние сроков начала ботулинотерапии на выраженность постинсультной спастичности, двигательную функцию и функциональную независимость пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное контролируемое сравнительное клиническое исследование с шестимесячным динамическим наблюдением 125 пациентов с постинсультной спастичностью в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Основную группу (ОГ) составили 63 пациента, получавшие ботулинический токсин типа А в сочетании с комплексной программой ранней медицинской реабилитации; группу сравнения (ГС) — 62 пациента, получавших аналогичную программу без ботулинотерапии. Основная группа дополнительно стратифицирована по срокам её начала: ОГ-1 (n=32) — 3–7 недель, ОГ-2 (n=31) — 8–12 недель после инсульта. Оценку проводили исходно, через 1, 3 и 6 месяцев с использованием шкал NIHSS, Modified Ashworth Scale (MAS), Modified Tardieu Scale (MTS), Fugl–Meyer Assessment (FMA-UE/FMA-LE), индекса Бартел, mRS, Goal Attainment Scaling (GAS), EQ-5D-5L и EQ-VAS. Статистическая обработка включала описательную и сравнительную статистику, корреляционный, одно- и многофакторный логистический регрессионный анализ с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов, а также ROC-анализ.

Результаты исследования. У пациентов подгруппы раннего начала ботулинотерапии (ОГ-1, 3–7 недель после инсульта) уменьшение спастичности по MAS верхней конечности через 6 месяцев составило $-1,72 \pm 0,44$ балла против $-1,28 \pm 0,47$ балла в подгруппе отсроченного лечения (ОГ-2, 8–12 недель; $p < 0,001$), нижней конечности — $-1,18 \pm 0,39$ и $-0,92 \pm 0,36$ балла ($p = 0,008$). По шкале MTS уменьшение динамического компонента спастичности также было более выраженным в ОГ-1 (верхняя конечность $26,1 \pm 8,4^\circ$ против $21,5 \pm 7,9^\circ$, $p = 0,029$; нижняя конечность $10,8 \pm 4,3^\circ$ против $8,2 \pm 3,8^\circ$, $p = 0,014$). Прирост FMA-UE составил $24,9 \pm 5,8$ балла в ОГ-1 против $20,2 \pm 5,9$ балла в ОГ-2 ($p = 0,002$), FMA-LE — $12,5 \pm 3,6$ против $9,8 \pm 3,4$ балла ($p = 0,004$). Функциональная независимость по индексу Бартел увеличилась на $31,2 \pm 8,5$ балла в подгруппе раннего лечения против $25,1 \pm 7,9$ балла при отсроченном начале ($p = 0,004$), степень инвалидизации по mRS снизилась на $1,8 \pm 0,6$ и $1,2 \pm 0,5$ балла соответственно ($p < 0,001$); показатель GAS увеличился на $38,1 \pm 6,4$ против $32,6 \pm 5,8$ балла ($p < 0,001$), EQ-5D-5L — на $0,39 \pm 0,10$ против $0,31 \pm 0,09$ ($p = 0,002$).

Выводы. Проведение ботулинотерапии в сроки 3–7 недель после ишемического инсульта обеспечивает достоверно более выраженное уменьшение постинсультной спастичности, лучшее восстановление двигательной функции верхней и нижней конечностей, более значимый прирост функциональной независимости, снижение степени инвалидизации и повышение качества жизни по сравнению с началом лечения через 8–12 недель. По данным многофакторного анализа раннее начало ботулинотерапии является самостоятельным модифицируемым предиктором благоприятного исхода (OR=3,05; 95% ДИ 1,18–7,86; $p = 0,021$), что обосновывает интервал 3–7 недель после инсульта как оптимальный для проведения ботулинотерапии у пациентов с соответствующими клиническими показаниями.

Файзуллоев А.Х., Зоидова С.М., Сарвинози Боймурод

РАЗРАБОТКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ И АЛГОРИТМА ВЫБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Разработать прогностическую модель и алгоритм отбора пациентов с ишемическим инсультом для проведения ботулинотерапии на основе независимых клинико-функциональных предикторов эффективности лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное контролируемое сравнительное клиническое исследование с шестимесячным динамическим наблюдением 125 пациентов с постинсультной спастичностью в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Основную группу (ОГ) составили 63 пациента, получавшие ботулинический токсин типа А в сочетании с комплексной программой ранней медицинской реабилитации; группу сравнения (ГС) — 62 пациента, получавших аналогичную программу без ботулинотерапии. Основная группа дополнительно стратифицирована по срокам её начала: ОГ-1 (n=32) — 3–7 недель, ОГ-2 (n=31) — 8–12 недель после инсульта. Оценку проводили исходно, через 1, 3 и 6 месяцев с использованием шкал NIHSS, Modified Ashworth Scale (MAS), Modified Tardieu Scale (MTS), Fugl–Meyer Assessment (FMA-UE/FMA-LE), индекса Бартел, mRS, Goal Attainment Scaling (GAS), EQ-5D-5L и EQ-VAS. Статистическая обработка включала описательную и сравнительную статистику, корреляционный, одно- и многофакторный логистический регрессионный анализ с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительных интервалов, а также ROC-анализ.

Результаты исследования. По данным многофакторного логистического регрессионного анализа включение ботулинотерапии в комплексную реабилитацию увеличивало шансы благоприятного функционального исхода в 3,42 раза ($OR=3,42$; 95% ДИ 1,48–7,90; $p=0,004$). Независимыми положительными предикторами являлись более высокий исходный уровень FMA-UE ($OR=1,38$ –1,43 на каждые 5 баллов) и индекса Бартел ($OR=1,39$ на каждые 10 баллов), тогда как увеличение возраста ($OR=0,94$ –0,95), исходного NIHSS ($OR=0,76$ –0,78) и выраженности спастичности по MAS ($OR=0,58$) снижали вероятность благоприятного результата; среди пациентов, получавших ботулинотерапию, наиболее значимым модифицируемым фактором было её раннее начало ($OR=3,05$). Разработанная модель показала хорошую дискриминационную способность: $AUC=0,862$ (95% ДИ 0,768–0,956), чувствительность — 82,2%, специфичность — 76,5%, общая точность классификации — 79,4%. На основе выявленных предикторов сформирована балльная шкала, объединяющая шесть параметров (срок начала ботулинотерапии, возраст, NIHSS, MAS, FMA-UE, индекс Бартел) с диапазоном 0–13 баллов и стратификацией на категории низкой (0–4 балла), умеренной (5–8 баллов) и высокой (9–13 баллов) вероятности эффективности лечения.

Выводы. Разработанный алгоритм, основанный на последовательной клинико-функциональной оценке пациента, расчёте суммарного прогностического балла и определении категории вероятности эффективности лечения, обеспечивает объективизацию отбора пациентов для ботулинотерапии и выбора оптимальных сроков её проведения. Интеграция алгоритма в персонализированную программу ранней медицинской реабилитации, предусматривающую динамический контроль через 1, 3 и 6 месяцев и коррекцию тактики по результатам наблюдения, позволяет повысить обоснованность врачебного решения и эффективность восстановления пациентов после ишемического инсульта.

Фаттоева Н.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРИПАЗИМА ПРИ ШЕЙНО-ГРУДНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Целью данной работы является изучение влияния физиотерапевтической процедуры, в частности электрофореза с Карипазимом, в комплексном лечении больных шейно-грудным остеохондрозом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось **20 больных — женщин в возрасте от 28 до 50 лет** с диагнозом остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. Пациентки были разделены на две группы: **основную — 10 больных**, которым проводилось комплексное лечение с применением электрофореза с Карипазимом, и **контрольную — 10 больных**, получавших аналогичное комплексное лечение без применения Карипазима. Больные предъявляли жалобы на боли в области шеи и затылка, головокружение, шум в ушах, ухудшение зрения, боли в плече и надплечье, онемение пальцев и физическую слабость рук. В комплекс реабилитационных мероприятий, включавший медикаментозную терапию, у больных основной группы входило применение электрофореза с Карипазимом на область шейно-грудного отдела позвоночника паравертебрально. Лечение проводилось курсами. Продолжительность одного курса составляла 20 процедур. При необходимости проводили 2–3 курса с перерывами между ними.

В ходе сеанса электрофореза силу тока постепенно увеличивали с учётом индивидуальной чувствительности больного. Продолжительность процедуры составляла 10–20 минут. Карипазим является протеолитическим ферментным препаратом растительного происхождения, получаемым из сырья папайи. Основными активными компонентами препарата являются протеолитические ферменты папаин, химопапаины и пептидазы, а также лизоцим. Препарат обладает протеолитической активностью и применяется в физиотерапевтических методиках.

Перед процедурой препарат разводили в физиологическом растворе; в соответствии с применяемой методикой к раствору добавляли 2–3 капли Димексида. Раствор Карипазима вводили с положительного полюса электрода. С отрицательного электрода вводили Эуфиллин, обладающий сосудорасширяющим действием.

Результаты исследования. Результаты восстановительного лечения оценивали по динамике основных жалоб и функционального состояния больных. В основной группе, получавшей электрофорез с Карипазимом, после курса лечения отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома в области шеи и затылка, уменьшение головокружения, шума в ушах, онемения пальцев и слабости в руках. Также отмечалось увеличение объёма движений в шейно-грудном отделе позвоночника и повышение работоспособности.

В контрольной группе, получавшей комплексную терапию без Карипазима, также отмечалась положительная динамика, однако субъективно она была менее выраженной и наступала медленнее. Наиболее выраженный эффект наблюдался после проведения полного курса лечения. Это позволяет предположить, что длительное курсовое применение физиотерапевтического воздействия может способствовать более выраженному уменьшению клинических проявлений заболевания.

Выводы. Таким образом, применение электрофореза с Карипазимом в составе комплексного лечения больных с шейно-грудным остеохондрозом сопровождалось положительной клинической динамикой: уменьшением болевого синдрома и неврологических жалоб, увеличением подвижности позвоночника и восстановлением работоспособности. По сравнению с контрольной группой у больных, получавших Карипазим, отмечалась более выраженная положительная динамика. Полученные результаты позволяют рассматривать электрофорез с Карипазимом как дополнительный метод комплексной реабилитации больных с данной патологией.

Фаттоева Н.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (УВЧ + ЭЛЕКТРОФОРЕЗ) ПРИ ПНЕВМОНИИ В СТАДИИ РАЗРЕШЕНИЯ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Целью данной работы является сравнительная оценка эффективности монотерапии УВЧ и

комбинированного лечения (УВЧ + электрофорез лекарственных препаратов) на продолжительность воспалительного процесса, динамику рассасывания инфильтрации и восстановление функции внешнего дыхания у пациентов с пневмонией в стадии разрешения.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов с неосложнённой внебольничной пневмонией в стадии разрешения. Возраст пациентов составлял от 35 до 65 лет. Все больные получали базисную медикаментозную терапию в соответствии с клинической ситуацией, после чего при стабилизации общего состояния им назначалось физиотерапевтическое лечение. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы по 15 человек. Основная группа (n=15) получала комбинированное физиотерапевтическое лечение, включавшее УВЧ-терапию и лекарственный электрофорез. В качестве лекарственного препарата для электрофореза использовался раствор кальция хлорида. Процедуры проводились курсом, продолжительность которого определялась индивидуально с учётом клинического состояния пациента и переносимости лечения. Группа сравнения (n=15) получала только УВЧ-терапию в сопоставимом режиме и в течение аналогичного периода наблюдения. Основными критериями оценки эффективности проводимого лечения являлись: сроки полного рентгенологического рассасывания воспалительной инфильтрации; динамика показателей функции внешнего дыхания; скорость нормализации СОЭ; сроки исчезновения остаточных клинических проявлений; общая продолжительность периода восстановления.

Результаты исследования. В ходе наблюдения в обеих группах отмечалась положительная динамика клинических, лабораторных и рентгенологических показателей. Однако у пациентов, получавших комбинированную физиотерапию, восстановительные процессы протекали быстрее.

Рентгенологическая динамика: в основной группе полное рассасывание воспалительной инфильтрации наблюдалось в среднем через $18,4 \pm 2,1$ дня от начала физиотерапевтического лечения, тогда как в группе сравнения данный показатель составлял $21,1 \pm 2,4$ дня. Полное рассасывание инфильтрации в течение первых 18 дней наблюдения было отмечено у 9 пациентов основной группы (63,3%), тогда как в группе монотерапии УВЧ аналогичный результат наблюдался у 5 пациентов (36,7%).

Динамика показателей функции внешнего дыхания: до начала физиотерапевтического лечения у большинства пациентов сохранялись умеренные нарушения вентилиционной функции лёгких.

В основной группе среднее значение ЖЕЛ увеличилось с $78,6 \pm 4,8\%$ до $91,7 \pm 4,2\%$ от должных величин. В группе сравнения данный показатель увеличился с $79,1 \pm 5,1\%$ до $87,3 \pm 4,7\%$.

Динамика СОЭ: в начале наблюдения среднее значение СОЭ составляло $28,7 \pm 4,6$ мм/ч в основной группе и $29,1 \pm 4,8$ мм/ч в группе сравнения. К 14-му дню лечения в основной группе СОЭ снизилась в среднем до $12,4 \pm 2,8$ мм/ч, тогда как в группе сравнения данный показатель составил $16,8 \pm 3,1$ мм/ч. Нормализация СОЭ в течение периода наблюдения была зарегистрирована у 12 пациентов (80,0%) основной группы и у 9 пациентов (60,0%) группы сравнения.

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют предположить, что сочетание двух физиотерапевтических методов может обеспечивать более выраженную положительную динамику в периоде разрешения пневмонии по сравнению с применением только УВЧ.

Филатова К.М., Немчанинова О.Б.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 755 НМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ СИСТЕМНЫМ ИЗОТРЕТИНОИНОМ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет». Россия

Цель исследования. Оценить возможности безопасного проведения процедур с использованием монохромного когерентного коллимированного неаблятивного излучения (МККНИ) длиной волны 755 нм с применением тактики пробных импульсов пациентам с акне на фоне лечения системным изотретиноином (СИ).

Материал и методы. В исследование включено 20 пациентов в возрасте 18-35 лет с акне средней и тяжелой степени, из них основная группа (n=8) получала СИ 1 мг/кг/сутки в комбинации с МККНИ с проведением 2-х пробных импульсов за 2 дня до основной процедуры, контрольная группа (n=12) находилась на монотерапии МККНИ. Для оценки результатов лазерного воздействия проводилась спектрофотометрия (спектрофотометр 3nh SC-10, Китай) с анализом окраски кожи в международном цветовом пространстве CIE L*a*b*. Критерием определения выраженности эритемы служил хроматический показатель α^* , отражающий положение цвета на координатной оси от зеленого (отрицательные значения) до красного (положительные значения). Повышение значения α^* интерпретировалось как усиление эритемы. Интенсивность поствоспалительной гиперпигментации оценивалась по показателю L^* , снижение которого расценивалось как усиление пигментации, а повышение — как регресс пигментных пятен и выравнивание общего тона кожи. Для дополнительной оценки гиперпигментации и динамики желтого-коричневого пигментного компонента фиксировался хроматический показатель b^* (ось «синий–желтый»). Измерения проводились исходно (до начала МККНИ), через 2 дня после проведения пробных импульсов и через 4 недели лазеротерапии, в анатомических зонах с наиболее выраженными проявлениями акне.

Результаты исследования. До начала МККНИ средние значения хроматического показателя α^* , характеризующего степень эритемы в зоне воспалительных элементов акне, были сопоставимы в основной и контрольной группах и составляли, соответственно, 7,2 и 6,5, что соответствует низкой степени интенсивности воспалительной эритемы. Через 2 дня после пробных импульсов в обеих группах не отмечалось статистически значимого повышения показателя α^* ; через 4 недели МККНИ как в основной, так и в контрольной группах показатель α^* не изменился, что свидетельствует об отсутствии триггерного влияния лазерного излучения с длиной волны 755 нм на усиление эритемы на фоне

приема СИ. Исходный средний спектрофотометрический показатель пигментации кожи (L^*) в зонах гиперпигментации поставке в основной группе был значимо ниже, чем в контрольной (54,1 против 62,4), что подтверждает профилактический эффект СИ на развитие симптомокомплекса поставке. Через 2 дня после пробных импульсов, а также через 4 недели МККНИ в обеих группах не отмечалось статистически значимого изменения показателя L^* , что говорит об отсутствии стимулирующего воздействия лазера с длиной волны 755 нм на меланоциты. Динамика среднего показателя b^* у пациентов основной группы от исходного 12,6 до 12,8 после пробных импульсов указывает на регресс стойких пятен поставке, что, вероятно, связано с положительным влиянием лазера на микроциркуляцию и, следовательно, с уменьшением локальной гипоксии.

Выводы: Полученные спектрофотометрические данные демонстрируют, что сочетание МККНИ длиной волны 755 нм и СИ не провоцирует усиление воспалительной эритемы и гиперпигментации. Однако, учитывая актуальность изучаемого вопроса как с лечебной, так и с эстетической точки зрения, необходима оценка более отдаленных результатов (через 8 и 12 недель), поэтому данное исследование продолжается.

Хайдарова С.Ф., Ёдгорова М.Дж., Рахматуллоева З.Р.

КОМОРБИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

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

Цель исследования. Изучить структуру коморбидной патологии у женщин с избыточной массы тела и ожирением.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинских карт 45 женщин (ф.№24 амбулаторных карт) в возрасте от 30 до 55, обратившихся за медицинской помощью в ГУ ГЦЗ №12 (Государственное учреждения Городской центр здоровья №12), г.Душанбе. Анализ проведен 2024 году. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, общий анализ крови, мочи, кала. Биохимия крови (сахар крови, HbA1c гликированный гемоглобин, ферменты АЛАТ, АСАТ, билирубин). Инструментальное исследование (ЭКГ, УЗИ), по показаниям рентгенография грудной клетки и суставов. Определение индекса массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. Из 45 обследованных 8 (17,8%) женщин были в возрасти до 30 лет, 10 (22,2%) от 30 до 40 лет, 15 (33,3%) от 40 до 50 лет, 12 (26,7%) женщины старше 50 лет. По ИМТ у 9(20%) больных показатель составлял до 30 кг/м², у 25(55,6%) женщин от 30 до 35кг/м², у 11(24,5) пациентов свыше 35кг/м². Метаболический синдром выявлен у 9(20%) женщин, гепатоз у 8 (17%), сахарный диабет у 7(15,6%), артериальное гипертензия у 19 (42,2%), артрит у 4 (8,9%), первичное бесплодие 2(4,4%). Наиболее выраженное коморбидность отмечалось у женщин старше 50 лет: у всех 12 пациенток этой возрастной группы выявлялось сочетание 2-х и более заболеваний. У 6 женщин отмечалось сочетание ожирения, артериальное гипертензия и гепатоз. Ожирение, сахарный диабет и артериальное гипертензии у 4, сочетание двух заболеваний у 2 женщин.

Выводы. У женщин с избыточной массой тела и ожирением выявлено высокая распространенность коморбидной патологии. Наиболее выраженное сочетание заболеваний наблюдалось у женщин старше 50 лет, у которых во всех случаях отмечалось мультиморбидность. Полученные результаты подчеркивают необходимость комплексного обследования, раннего выявления факторов риска и диспансерного наблюдения, а также профилактических работ среди населения с целью предупреждения избыточной массы тела и ожирения, семейными врачами и врача эндокринолога.

Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р., Умарова Ф.З.

ЗНАЧЕНИЕ ПУНКТА ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИАРЕЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПМСП

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

Цель исследования. Изучить значение пункта оральной регидратации в лечении детей с диарейными заболеваниями в ПМСП.

Материал и методы. Проведен анализ работы пункта оральной регидратации (ПОР) за 2023 год на базе ГУ ГЦЗ №12 города Душанбе. Изучены результаты лечения 321 ребёнка в возрасте до 5 лет. Оценивались возраст пациентов, распределения по схемам лечения в зависимости от степени дегидратации, сроки обращаемости и наличие отягощающих факторов.

Результаты исследования. В возрасте до 1 года было 57(17,7%) детей, от 1 до 2 лет 100(31,2%), от 2 до 5 лет 164(51,1%). По схеме «А» диарея без обезвоживания пролечены 164(51,1%) ребёнка с последующим наблюдением семейными врачами и медицинскими сестрами до полного выздоровления. По схеме «Б» диарея с умеренным обезвоживанием 126(39,3%) детей, которым проводилась оральная регидратация в течении 4 часов в ПОР с повторной оценкой состояния и дальнейшего наблюдения. У 31(9,7%) ребёнка отмечалось более тяжёлое состояние, требующее дальнейшего лечения по схеме В и госпитализации в детскую инфекционную больницу. Первые сутки заболевания обратились 92(28,7%) ребёнка, на второй день 146(45,6%), на 3-й день 73(22,7%), более чем через 3 дня 10(3,1%). В течении первых трёх суток за медицинской помощью обратились 311(96,9%) детей, преимущественно на второй день заболевания. Среди 31-го госпитализированного у 3(9,7%) детей не имели постоянного места жительства (дети прибыли из других районов к родственникам и заболели) У 7(22,6%) детей имелись отягощающие фоновые состояния, включая острое расстройство питания средней тяжести, анемию и аномалии конституции (ЛГД), один ребёнок был из двойни. Искусственное вскармливание отмечалось у 13(41,9%) детей, частые эпизоды диареи в анамнезе у 4(12,9%), желание родителей продолжить лечение в стационаре у 5(16,1%). Результаты проведённого анализа свидетельствуют о значении ПОР в организации медицинской помощи детям с диарейными заболеваниями. Установлено, что 96,9% пациентов обратились за медицинской помощью в течение первых трёх суток заболевания.

Выводы. У большинства пациентов 90,3% лечения проводилось амбулаторно по схеме А и Б, что позволило своевременно осуществить регидратацию и предупредить развитие тяжёлых осложнений. Полученные данные свидетельствуют о важности своевременного выявления детей с диареей, проведения оральной регидратации, динамического наблюдения и своевременного направления детей с тяжёлыми состояниями на стационарное лечение. Результаты анализа могут быть использованы для дальнейшего совершенствования работы ПОР и организации медицинской помощи детям с диарейными заболеваниями.

Хайруллозода В.М., Баротова А.М., Эргашев Х.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра терапевтических дисциплин № 1, ГОУ «ХГМУ», Таджикистан.

Цель исследования. Описать структуру диагнозов и половое распределение пациентов с мигренью и острыми неврологическими заболеваниями, наблюдавшихся неврологом первичного звена, и оценить полноту представленных данных о диагностике и ведении.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 47 амбулаторных карт пациентов 40 – 60 лет, наблюдавшихся неврологом кабинета первичной медико-санитарной помощи Дангаринского района в 2025 году. Мигрень указана у 7 пациентов: 2 мужчин и 5 женщин; острые неврологические заболевания – у 40 пациентов: 14 мужчин и 26 женщин. Не приведены способ отбора карт, диагностические критерии мигрени, перечень и критерии «острых неврологических заболеваний», данные о лечении, клинические исходы и статистический план.

Результаты исследования. В отобранной группе мигрень составила 7 из 47 случаев (14,9%), а совокупная категория острых неврологических заболеваний – 40 из 47 (85,1%). Среди пациентов с мигренью женщины составили 5 из 7 (71,4%), среди пациентов с острыми неврологическими заболеваниями – 26 из 40 (65,0%). Эти доли описывают состав выбранных карт и не являются показателями распространённости заболеваний в населении. Данные о диагностической точности, назначенной терапии, частоте приступов, хронизации или качестве жизни не представлены. Утверждения о роли КТ и МРТ относятся к общим рекомендациям, а не к результатам этой выборки.

Выводы. В выбранных амбулаторных картах мигрень встречалась реже объединённой категории острых неврологических заболеваний, а среди пациентов обеих категорий преобладали женщины. Для типичной мигрени диагноз является клиническим; нейровизуализация назначается по показаниям при подозрении на вторичную головную боль или атипичном течении.

Хакимов В.Б., Саидов С.С., Тагоев А.А.

ФАКТОРЫ РИСКА, РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

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

Цель исследования. Изучение факторов риска РАС, особенностей их распространённости и разработка направлений комплексной коррекции ключевых симптомов для улучшения адаптивного функционирования детей и поддержки их семей.

Материалы и методы. На базе кафедры психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино проведено комплексное обследование 35 детей с РАС совместно с их родителями и законными представителями. В работе использованы клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический методы, стандартизированная диагностическая методика ADOS, а также анализ эпидемиологических данных, биологических факторов риска и стилей семейного воспитания.

Результаты исследования. Анализ научных данных и собственных наблюдений показал, что увеличение частоты выявляемости РАС во многом обусловлено социально-информационными факторами, включая концепцию «смещения обнаружения» и повышенную осведомлённость населения за счёт активной работы электронных СМИ, тематических сообществ в социальных сетях и родительских организаций. Выявлено, что ключевую роль в коррекции аутистических расстройств играет своевременная диагностика, проводимая врачом-психиатром или врачебной комиссией с учетом психического состояния пациента, анамнеза и международных критериев МКБ, что позволяет выстроить эффективную программу динамического наблюдения, медицинской реабилитации и психотерапевтической помощи семье.

Вывод. Рост показателей распространённости расстройств аутистического спектра отражает не только реальную динамику заболеваемости, но и повышение качества выявляемости патологии вследствие информированности общества и применения стандартизированных диагностических методик. Эффективная помощь детям с РАС и снижение психологической нагрузки на их семьи требуют строгого соблюдения законодательных норм психиатрического освидетельствования, междисциплинарного подхода и индивидуализированных программ медико-социальной реабилитации.

Хакимов В.Б., Маликов Н.В., Саидов С.С.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ФАКТОРЫ РИСКА И НАПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ

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

Цель исследования. На основе анализа современных научных данных обобщить эпидемиологические показатели, ключевые этиологические факторы развития расстройств аутистического спектра (РАС), а также определить приоритетные направления медико-психологической и социальной поддержки детей с РАС и их семей.

Материалы и методы. Проведён аналитический обзор современных научных публикаций, эпидемиологических исследований и информационно-методических материалов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), посвящённых проблеме расстройств аутистического спектра.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что РАС представляют собой распространённую группу нарушения нейроразвития, характеризующуюся специфическими особенностями социального взаимодействия, коммуникации и повторяющимися формами поведения. Согласно данным ВОЗ (2021 г.), специфические проявления РАС диагностируются примерно у 1 из 127 человек в мире, однако показатели варьируют в зависимости от уровня выявляемости и доступности медицинской помощи. Установлен многофакторный характер происхождения РАС, включающий сложное взаимодействие генетических предрасположенностей и факторов окружающей среды. К ключевым пренатальным и перинатальным факторам риска относятся: пожилой возраст родителей, наличие сахарного диабета у матери во время беременности, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении и тяжёлые акушерские осложнения. Аномальное функционирование в сферах социального взаимодействия детей с РАС является значительным социально-психологическим бременем для семьи проявляющееся в высоком уровне эмоционального напряжения, тревоги и социальной изоляции среди родителей. Определены ключевые векторы поддержки семьи: психологическое консультирование, обучение родителей навыкам взаимодействия с ребёнком, а также информационная и социальная помощь.

Выводы. Расстройства аутистического спектра являются многофакторными нарушениями нейроразвития, не имеющими единой изолированной причины, что требует дальнейшего эпидемиологического изучения. Комплексная помощь при РАС должна носить семейно-ориентированный характер, включая не только индивидуальную коррекционно-развивающую работу с ребёнком, но и систематическую психологическую и социальную поддержку его близких. Ранняя диагностика, своевременное начало психосоциальных вмешательств и создание инклюзивной среды являются определяющими факторами в снижении психологической нагрузки на родителей и повышении качества жизни детей с РАС.

Халикова Н.А.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

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

Цель исследования. Оценить динамику интервала QT при различных вариантах течения постинфарктного периода у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) с использованием холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ) и двухмерной эхокардиографии.

Материал и методы. Включено 38 больных, которые находились на стационарном лечении в ГМЦ №2. У всех больных был установлен ИМпST с гемодинамически-значимым поражением одной коронарной артерии, всем проведено стентирование. На 7–9-е сутки, 24-й и 48-й неделях проводили ХМЭКГ с анализом длительности коррегированного интервала QT (QTc), дисперсии QT до окончания волны T и ее пика (disp QTc и disp QTa) и ее стандартного отклонения (sdQTa и sdQTc). Исходно и на 12-й неделе выполняли эхокардиографию с расчетом индексов конечных систолического (иКСО) и диастолического объемов (иКДО) с целью верификации признаков ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ). На 12-й неделе выделены группы в зависимости от наличия/отсутствия ремоделирования миокарда ЛЖ, за патологическое значение которого принимали прирост иКДО >20% и/или иКСО >15% относительно исходных значений на момент развития ИМпST. Группу больных без ремоделирования ЛЖ «Р(–)» составили 25 человек (65,7%), группу с признаками патологического ремоделирования ЛЖ «Р(+)» – 13 пациентов (34,2%).

Результаты исследования. По данным ХМЭКГ, значимый рост длительности параметра QTc в группе «Р(–)» наблюдался уже с 24-й недели ($p=0,0008$) и оставался высоким через 48 недель за все временные промежутки ($p=0,0006$), а в группе «Р(+)» данный показатель возрос лишь к 48-й неделе за сутки и часы сна ($p=0,02$). Удлинение фазы реполяризации сочеталось со стабилизацией ее длительности в разных миокардиальных участках, о чем свидетельствует регресс значений всех показателей дисперсии QT с 24-й недели у больных группы «Р(–)»: снижение disp QTa ($p<0,01$), disp QTc ($p<0,05$), sdQTa ($p<0,01$) за все временные интервалы, sdQTc ($p<0,01$) за сутки и часы бодрствования. В группе «Р(+)» наблюдался регресс к 48-й неделе лишь отдельных параметров – disp QTa ($p<0,05$) и sdQTa ($p<0,01$) за сутки и дневные часы.

Выводы. Патологическое ремоделирование миокарда в раннем постинфарктном периоде ассоциируется с замедлением стабилизации фазы реполяризации в различных участках сердечной мышцы, а следовательно, и повышенной аритмогенностью миокарда.

Халикова Н.А.

НАБЛЮДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Цель исследования. Оценить эффективность дистанционного амбулаторного наблюдения за пациентами с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследование включено 104 пациента, из них 78 (75,0%) мужчин и 26 женщины (25,0%), средний возраст $59,8 \pm 10,1$ лет. Из них группу 1 составили 64 пациента, среднего возраста $59,4 \pm 8,8$ лет, 38 (59,4%) мужчин и 26 женщины (40,6%), которые наблюдались на учете в ГЦЗ по месту жительства, с ежемесячными телефонными контактами с оценкой клинического состояния, контроля веса и приверженности к медикаментозной терапии. Группу сравнения 2 составили 40 пациентов с ХСН, не наблюдавшиеся в ГЦЗ по месту жительства, среднего возраста $59,2 \pm 6,4$ лет, 31 (77,5%) мужчин и 9 (22,5%) женщин. В группе сравнения 57 (54,8 %) пациентов амбулаторно наблюдались у терапевта, 24 (23,0%) – у кардиолога. Средний срок наблюдения составил $2,3 \pm 1,2$ года.

Результаты исследования. По результатам исследования у пациентов группы 1 уже через 3 месяца было достигнуто увеличение приверженности к терапии в 1,5 раза ($p=0,0095$). На оптимальной медикаментозной терапии, включающей трехкомпонентную нейрогуморальную блокаду (согласно существовавшим на тот момент клиническим рекомендациям) находилось 67,6% (65) пациентов. Диуретики и антагонисты альдостерона (АМКР) получали 91,4% (91), бета-блокаторы (БАБ) — 88,7% (87), блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) – 68,7% (67) пациентов.

В группе сравнения БАБ принимали 65,6%, (32, $p(1-2)<0,001$) РААС – 61,5% (28, $p(1-2)=0,002$), АМКР – 52,7% (29, $p(1-2)<0,001$) пациентов. На ОМТ находились лишь 19 (7,3%, $p(1-2)<0,001$) больных.

За период наблюдения в группе 1 умерло 1 (1,6%), а в группе 2 – 3 (5,0%) пациента ($p=0,001$), при этом в 76,5% случаев причиной смерти явилась острая декомпенсация сердечной недостаточности.

Выводы. Дистанционное наблюдение в ГЦЗ по месту жительства с осуществлением ежемесячных телефонных контактов позволяет значительно повысить приверженность к ОМТ и снизить уровень смертности пациентов с ХСН.

Халилова Д.А., Шарипова М.А., Рустамова О.Р.

ПАЦИЕНТЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ИМЕЮЩИЕ КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ

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

Цель исследования. Изучить распространенность и структуру коморбидных состояний у пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кардиоревматологического отделения. В исследование были включены 26 пациентов с заболеваниями костно-суставной системы, находившихся на стационарном лечении. Всем пациентам проводилась оценка клинического состояния с учетом основного заболевания и наличия сопутствующей (коморбидной) патологии. Для каждого пациента анализировались анамнестические данные, клинические проявления основного заболевания, наличие сопутствующих заболеваний и особенности их сочетания.

Результаты исследования. В исследование было включено 26 пациентов с заболеваниями костно-суставной системы. Из них женщин — 16 (61,5%), мужчин — 10 (38,5%). Средний возраст пациентов составил $49,93 \pm 11,68$ года. Нозологическая структура: ревматоидный артрит – у 11 пациентов (42,3%), артрозы – у 9 пациентов (34,6%), подагра – у 4 пациентов (15,4%), реактивные артропатии – у 2 пациентки (7,7%). У всех пациентов (100%) выявлена избыточная масса тела. Коморбидная патология присутствовала у 23 пациентов (90%) больных. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: сердечно-сосудистые – у 21 пациента (80%) (артериальная гипертензия – 50%, ИБС – 11,5%, инфаркт миокарда в анамнезе – 3,8%), заболевания ЖКТ – у 50% (хронические холецистит и гастрит – 38,4%, панкреатит – 7,7%, жировой гепатоз – 3,8%). Патология дыхательной системы (хронический бронхит) отмечена у 3,8%. Высокая частота коморбидности указывает на общие патогенетические механизмы: системное воспаление, оксидативный стресс, эндотелиальную дисфункцию, инсулинорезистентность и нарушения обмена, клиническим маркером которых служит ожирение. Сочетание подагры с артериальной гипертензией подтверждает её системный характер и высокий сердечно-сосудистый риск, требующий коррекции метаболических нарушений. Общность патогенетических звеньев диктует необходимость поиска единых терапевтических мишеней для замедления прогрессирования как суставной, так и висцеральной патологии. Это определяет выбор тактики ведения, эффективность лечения и прогноз, обосновывая междисциплинарный подход.

Выводы. У пациентов с заболеваниями костно-суставной системы (преимущественно ревматоидный артрит и артрозы) в 90% случаев выявлена коморбидная патология, ведущее место среди которой занимает артериальная гипертензия, при этом избыточная масса тела зарегистрирована у всех больных. Высокая частота сочетания суставной патологии с сердечно-сосудистыми и желудочно-кишечными заболеваниями обусловлена общими патогенетическими механизмами — системным воспалением и метаболическими нарушениями. Наличие коморбидности определяет тактику ведения пациентов, требует мультидисциплинарного подхода и является неблагоприятным прогностическим фактором.

Халилова Д.А., Каримова Г.Н., Алимова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ДЕБЮТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

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

Цель исследования. Изучение клинических особенностей и характера течения ревматоидного артрита, (РА), дебютировавшего в пожилом возрасте.

Материалы и методы. В исследование были включены 102 пациента с ревматоидным артритом (РА). Основную группу составили 82 пациента (20 мужчин и 62 женщины), у которых дебют заболевания произошёл в пожилом возрасте. Контрольную группу составили 20 пациентов с РА в возрасте до 50 лет (6 мужчин и 14 женщин). В ходе

исследования оценивали особенности клинической картины и течения заболевания, включая длительность болезни, выраженность основных клинических проявлений и наличие сопутствующей патологии. У 68,3% обследованных пациентов основной группы длительность заболевания составляла до 5 лет, у 31,7% — превышала 5 лет.

Результаты исследования. Клиническая картина ревматоидного артрита (РА) с дебютом в пожилом возрасте имела ряд отличительных черт. Прежде всего, обращало на себя внимание вовлечение в патологический процесс крупных и средних суставов на старте болезни — это наблюдалось в 58,7% случаев, тогда как при классическом течении РА типично симметричное поражение мелких сочленений кистей и стоп. У 47,2% пожилых пациентов заболевание манифестировало в острой или подострой форме, сопровождаясь усилением суставного воспаления и гипертермией (чаще субфебрильной, реже фебрильной), причём такая динамика была характерна преимущественно для мужчин (68,4%). Степень активности воспалительного процесса в основной группе в подавляющем большинстве случаев (88,6%) соответствовала I–II уровню. По данным иммунологического профиля, серопозитивными оказались 65,3% пациентов. Рентгенологическая картина распределилась следующим образом: I стадия зафиксирована у 3,4% больных, II — у 48,7%, III — у 36,2%, а IV — у 11,7% (в сумме 100%). Длительность заболевания у пациентов старшей возрастной группы оказалась статистически значимо короче по сравнению с контролем: в среднем $165,8 \pm 9,7$ дня против $184,3 \pm 8,9$ дня соответственно. Висцеральные проявления выявлены у 43,1% обследованных (44 из 102 человек). Среди них чаще всего встречались васкулит (17,6%), ревматоидные узелки и синдром Рейно (по 10,8%), лимфаденопатия и кардит (по 3,9%), а также полинейропатия (1,0%). У 2,0% пациентов отмечено сочетание ревматоидного кардита с пневмонитом.

Выводы. Таким образом, ревматоидный артрит с дебютом в пожилом возрасте характеризуется своеобразным клиническим фенотипом, для которого наиболее характерны поражение крупных и средних суставов начало заболевания, острое или подострое начало, высокая клиническая активность, значительная частота серопозитивности и системных проявлений. Выявленные особенности необходимо учитывать при диагностике, оценки активности заболевания и выборе тактики лечения пациентов пожилого возраста.

Халимов С.М., Салихов О.Х., Фируза Ф.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЗАКРЫТИЕ РЕШЕТЧАТОГО СВИЩА КУЛЬТЫ ГЛАВНОГО БРОНХА ПРИ ЗАТЯЖНОЙ ПОСТПНЕВМОНЭКТОМИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ

Национальный центр туберкулеза, пульмонологии и грудной хирургии Республика Таджикистан.

Цель исследования. Демонстрация эффективности миниинвазивной КББ при затяжной несостоятельности культи главного бронха.

Материал и методы. Описан клинический случай лечения пациента, 59 лет, после левосторонней пневмонэктомии по поводу рака легкого. На 9-е сутки после операции развился БПС. После неэффективной консервативной терапии в стационаре и отказа от реторакотомии пациент был выписан и в течение нескольких месяцев находился на амбулаторном ведении с дренированием полости катетером Фоле. Госпитализирован в клинику кафедры в тяжелом состоянии с явлениями хронической гнойной интоксикации. На КТ ОГК верифицирован тотальный пиопневмоторакс. При видеобронхоскопии выявлен решетчатый дефект культи левого главного бронха с несколькими мелкими соустьями. Под местной анестезией в устье левого главного бронха установлен эндобронхиального обратный клапан размером 17/6 мм, полностью перекрывший дефекты.

Результаты исследования. В первые часы после установки клапана достигнут полный герметизм (сброс воздуха прекратился). Выполнено передренирование и ежедневная антисептическая санация полости. Пациент выписан на амбулаторное долечивание. При контрольной КТ ОГК через 3 месяца отмечена максимальная облитерация остаточной плевральной полости, полное разрешение эмпиемы и стабильная фиксация клапана при полном герметизме культи.

Заключение. Применение эндобронхиального клапана — эффективный и безопасный метод спасения пациентов с затяжными множественными постпневмонэктомическими свищами, позволяющий купировать гнойно-резорбтивную интоксикацию без повторной травматичной хирургической агрессии.

Хасанов Дж.М.

НЕКОТОРЫЕ СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

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

Цель исследования. Демонстрация некоторых сложностей в диагностике апластической анемии.

Материал и методы. Больной Р.Д. 2007 года рождения, поступил во взрослое гематологическое отделение Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан “Шифобахш” 14.03.2024 г. с жалобами на общую слабость.

Больным себя не считает. За мед помощью обратился по настоянию отца, который обратил внимание на нарастающую бледность. При обследовании у больного выявлена панцитопения в общем анализе крови, в связи с чем направлен для дальнейшего обследования и лечения в гематологическое отделение. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Со стороны внутренних органов объективно патологии не выявлено.

Общий анализ крови СОЭ — 52,0 мм/ч; лейкоциты — $2,73 \times 10^9$ /мкл; эритроциты — $1,36 \times 10^6$ /мкл; гемоглобин — 53,0 г/л; гематокрит (НСТ) — 14,4%; средний объем эритроцитов — 105,7 фл; средний сод. гемоглобина (МСН) — 38,7 пг; тромбоциты — $31,0 \times 10^9$ /мкл; нейтрофилы — 12,79%; лимфоциты — 80,9%; моноциты — 5,37%; эозинофилы — 1,26%; базофилы — 0,49%.

Миелограмма от 14.03.2024г. клеточная. Количество бластных клеток не увеличено. Белый росток сужен 54,6%.

Гранулоцитарный ряд представлен клетками гранулоцитарного ряда нейтро – и эозинофильного разной степени зрелости. Увеличен процент зрелых лимфоцитов 34%. Красный росток гиперплазирован 45%. Эритропоэз по смешанному типу. Нормобласты 21,2%; мегалобласты 24,2%. При обзорном просмотре встретился 2 мегакариоцит со скудной отшнуровкой тромбоцитов. В дальнейшем больной для уточнения диагноза обратился в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева» МЗ РФ. При обследовании выявлено: трепанобиопсия – столбик трепанобиоптата достаточного диагностического объёма, представлен соединительной тканью надкостницы с подлежащими костными балками, среди которых лежит жировая ткань с элементами гемопоэза клеточностью не более 10%, представленными преимущественно эритроидным ростком. При ИГХ исследовании выявлена экспрессия PAX 5 на единичных В-лимфоцитах, CD 3 реактивными Т-лимфоцитами, CD 61 единичными мегакариоцитами. Экспрессия LMO, Tdt без особенностей. Заключение: Аплазия костного мозга

Результаты исследования. На основании проведенного исследования больному первично выставлен диагноз В₁₂ (фолиево-) дефицитная анемия. Проведенное лечение витамином В₁₂ и фолиевой кислотой безэффекта. В дальнейшем больной для уточнения диагноза дообследован, исследован трепанобиоптат и ИГХ в результате этих дополнительных методов исследования больному установлен диагноз: С 61.3 Идиопатическая апластическая анемия. В настоящее время больной получает лечение циклоспорином (сандимун) 100мг по 2тб 2 раза в день, самочувствие удовлетворительное. Ежемесячно проводится контроль общего анализа крови и циклоспорина в крови.

Выводы. Таким образом, данный случай демонстрирует, что апластическая анемия может дебютировать под маской В₁₂ (фолиево-) – дефицитной анемии. При неэффективности лечения необходимо провести дифференциальную диагностику с миелодиспластическим синдромом и апластической анемией.

Хасанов Алишер Юрьевич, Мавлянова Зилола Фархадовна **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

Самаркандский государственный медицинский университет Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности стандартного и модифицированного диагностического протокола у пациентов среднего возраста с подозрением на СКК.

Материал и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование, в которое включено 96 пациентов (56 женщин и 40 мужчин) в возрасте от 35 до 60 лет, обратившихся с жалобами на парестезии, боль, чувство скованности и слабости в области кисти. Пациенты были разделены на две группы. Группа I (контрольная, n=44) - обследование по стандартному протоколу. Группа II (основная, n=52) - обследование по усовершенствованному протоколу, состоящему из клинических тестов (Фален, Тинель, Дюркан), шкалы BCTQ, ЭНМГ (в том числе повторное через 2 недели при сомнительном результате) и расширенного УЗИ (CSA срединного нерва (в мм²); оценка васкуляризации (Power Doppler); ультразвуковая эластография и динамическая нагрузочная проба (изменение CSA при сгибании/разгибании кисти).

Результаты исследования. Чувствительность теста Фалена составила 85,4 % в первой группе и 87,5 % во второй группе, статистически значимых различий между группами не выявлено ($p = 0,62$). Аналогично, чувствительность теста Тинеля оказалась почти идентичной в обеих группах - 72,9 % и 73,0 % соответственно ($p = 0,98$), что также не достигло уровня значимости. Тест Дюркана применялся только во второй группе, где его чувствительность составила 82,2 %, что позволило отметить его высокую информативность в рамках комплексного диагностического подхода. Площадь поперечного сечения срединного нерва (CSA) по данным ультразвукового исследования была достоверно выше во второй группе: $11,2 \pm 2,3$ мм² против $9,4 \pm 2,1$ мм² в первой группе ($p = 0,001$). Более того, у 68,7 % пациентов второй группы CSA превышала 10 мм², тогда как в первой группе данный показатель наблюдался только у 37,5 % больных ($p = 0,002$). Эти данные указывают на более высокую диагностическую ценность УЗИ в группе с усовершенствованной комплексной оценкой. Положительные результаты электронейромиографии (ЭНМГ) были зарегистрированы у 91,6 % пациентов второй группы, что статистически значимо превышает аналогичный показатель в первой группе (79,1 %; $p=0,04$). В то же время, доля ложноотрицательных ЭНМГ-исследований во второй группе составила лишь 8,3 %, тогда как в первой группе она достигала 20,8 % ($p=0,04$), что подчёркивает эффективность предложенного усовершенствованного диагностического подхода. Опросник BCTQ также продемонстрировал различия между группами. Средний балл по шкале выраженности симптомов (SSS) был выше во второй группе - $2,9 \pm 0,6$ против $2,6 \pm 0,7$ в первой группе ($p=0,03$), что может отражать более выраженную симптоматику, а также лучшую корреляцию с инструментальными данными. По шкале функционального дефицита (FSS) различия между группами были менее выражены: $2,5 \pm 0,7$ во второй группе и $2,3 \pm 0,6$ в первой ($p=0,09$), при этом статистическая значимость не достигнута. УЗИ срединного нерва позволило выявить увеличение площади поперечного сечения (CSA) более 10 мм² у 68,7 % пациентов в основной группе, что значительно превышало показатели контрольной группы (37,5 %, $p < 0,01$). Также у 45,8 % пациентов основной группы наблюдалась гиперваскуляризация в проекции нерва при Power Doppler, что коррелировало с повышенной чувствительностью на ЭНМГ ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексный диагностический алгоритм с сочетанием клинических, инструментальных и опросных методов обеспечивает более точную верификацию диагноза и может быть рекомендован для широкого клинического применения, особенно у пациентов среднего возраста.

Хафизов Х.М., Абдурахимов А.А., Рахматшоева П.Ш. **РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТУ**

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Определить риск развития туберкулеза (ТБ) и сахарного диабета (СД) среди населения.

Материал и методы. В ходе работы нами была анализирована глобальная распространённость СД среди пациентов с лёгочным ТБ. Были изучены результаты 153 исследований из 51 страны мира.

Результаты исследования. Анализ включённых 153 исследований из 51 страны показал, что глобальная распространённость СД среди пациентов с ТБ, также выявлено, что наиболее распространённой формой является лёгочный ТБ, который составляет 13,73%, причём показатели существенно различались между регионами. Анализ данных Южной Азии также продемонстрировал значительную распространённость СД среди больных ТБ и его связь с неблагоприятными исходами лечения. Эти данные имеют особое значение для стран, в которых одновременно сохраняется значимое бремя ТБ и происходит рост метаболических заболеваний. СД является одним из наиболее значимых метаболических факторов риска ТБ. Современные систематические обзоры и метаанализы подтверждают, что у пациентов с СД вероятность развития ТБ выше, чем у лиц без диабета, а наличие СД среди больных ТБ встречается достаточно часто. СД ассоциирован не только с активным ТБ, но и с повышенной вероятностью развития латентной формы ТБ (ЛТИ). Контроль гликемии следует рассматривать как важную часть комплексного ведения пациента.

Выводы. Наиболее перспективной организационной моделью является двунаправленный скрининг и интегрированное ведение пациентов: выявление ТБ и ЛТИ среди лиц с СД и обязательная оценка углеводного обмена у больных ТБ.

Для пациента с диабетом наиболее важны несколько простых принципов: поддерживать адекватный контроль заболевания, знать симптомы ТБ, сообщать врачу о контакте с больным ТБ, своевременно проходить рекомендованное обследование и не заниматься самолечением.

Таким образом, повышение осведомлённости пациентов с СД о риске ТБ должно рассматриваться как самостоятельное направление профилактической работы, особенно в странах и регионах с сохраняющимся высоким бременем туберкулёзной инфекции.

Ходжаева М.М., Холматова Г.К., Хайдарова Ф.М.

РАХИТ КАК ФОНОВОЕ СОСТОЯНИЕ И ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить возможную взаимосвязь между рахитом в раннем детском возрасте и формированием невротических расстройств у детей, а также оценить роль сопутствующих соматических и психоэмоциональных факторов в развитии невротической симптоматики.

Материал и методы. В исследование включались дети с клиническими проявлениями невротических расстройств, у которых в анамнезе имелись сведения о перенесённом рахите. При сборе анамнеза учитывались особенности беременности и родов, характер вскармливания, профилактика дефицита витамина D, возраст появления признаков рахита и степень их выраженности.

Основную группу составили 50 детей с невротическими расстройствами, имеющих в анамнезе признаки рахита. Контрольную группу составили 30 детей соответствующего возраста без выраженной невротической симптоматики. Исследование проводилось в 2023 -2025гг. На базе неврологических и педиатрических подразделений медицинских учреждений г.Душанбе.

Результаты исследования. Анализ анамнестических и клинических данных показал, что у детей с невротическими проявлениями нередко выявлялось сочетание нескольких неблагоприятных факторов раннего периода развития. Перенесённый рахит чаще отмечался у детей с признаками повышенной нервной возбудимости, нарушениями сна и эмоциональной лабильностью.

В структуре жалоб у обследованных детей преобладали раздражительность -62,0%, нарушение сна - 58,0%, повышенная утомляемость -54,0%, плаксивость -52,0% и повышенная тревожность -46,0%. Ночные страхи и трудности засыпания выявлялись соответственно у 34,0% и 42,0% детей.

Выводы. Рахит в раннем детском возрасте может рассматриваться как одно из фоновых состояний, способных неблагоприятно влиять на процессы адаптации и нервно-психического развития ребёнка. Однако формирование невротических расстройств имеет многофакторный характер и не может быть объяснено наличием рахита как единственной причины.

Наиболее значимыми проявлениями у обследованных детей являлись раздражительность (62,0%), нарушение сна (58,0%), повышенная утомляемость (54,0%) и плаксивость (52, 0%). Сочетание соматического неблагополучия с психоэмоциональными нагрузками может повышать риск формирования невротической симптоматики.

Профилактика рахита, своевременное выявление дефицита витамина D, полноценное питание, соблюдение режима сна и бодрствования, а также коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений имеют значение для сохранения нормального нервно-психического развития ребёнка.

Ходжиев М.А., Юшкова О.И., Зикриёва Г.С.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ НА РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА

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

Цель исследования. Изучить особенности воздействия профессионального гипокинезия на органы систем работников умственного труда (на примере школьных учителей).

Материал и методы. Проведено на рабочем месте научные -исследовательская работа на двух профессиональных группах работников общеобразовательных школы №5 район Сомони г. Душанбе. Обследованы школьные учителя в возрасте, работающие в обще образовательные школы в возрасте $25,5 \pm 2,6$ со стажем работы $10,5 \pm 1,5$ лет. Всего обследовано около 200 человек. Было проведено анкетное и клиническое исследования в зависимости от класса напряженности труда школьных учителей общеобразовательные школ зависимости от возраста, стажа работы в профессии и уровня тренированности. Проведен исследование профессиональный анализ трудовой деятельности педагогов с учетом определения степени напряженности трудового процесса (НТ) в соответствии с ФЗ «О специальной оценке условий труда» и методики ее проведения по Приказу Минтруд соцразвития №817 н. Использовано Руководство Р 2.2.2006-05. Для оценки напряженности трудовой деятельности факторов производственной среды с расчетом балльной величины оценки каждой вида нагрузки напряженности труда и интегрального значения класса условий труда в соответствии с патентом на человека» № 2546089 от 27.02.2015. Изучена свойство и частота профессиональной патологии у педагогов с учетом гипокинезии в зависимости от класса напряженности труда и уровня тренированности. Проведены клинические исследования в зависимости от тяжести и напряженности труда при разном уровне общей физической работоспособности – ОФР (тренированности), которые позволяют показать, что глубина и время наступления физиологических сдвигов зависят от класса НТ и уровня производственной гипокинезии. Достоверность изменений оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Изучено частоты распространённости профессиональных патологии у педагогов в зависимости от возраста и стажа работы на фоне напряженности и перенапряжения трудового процесса при проведении практических занятий или лекций. Результаты проведенных исследований показывает, что у 45.4% учителя ведущее предмет по математики физики и др. предметы. В средней школе отмечается большое риск развития гипертонического болезни и других заболеваний ССС, ОДА. Анализ проведенных исследований констатирует факт, что у 45.7% ассистентов и доцентов кафедры анестезиологии и реаниматологии ТГМУ и школьных учителей школы № 5 а также отмечается риск развития нервного перенапряжения и перенапряжения при ведение больных тяжёлых случаях заболевания при осмотри и диагностике. Процесс перенапряжения влияет на органы системы. При исследованиях установлено, что повышенные нервно-эмоциональные, сенсорными, интеллектуальными нагрузками у школьных учителей школ №5 район Сомони г. Душанбе результаты, проведенных исследований показала, что у 49.4 % учителя данного школы при проведения занятия подвергаются психо-эмоциональными нагрузками особенно ведущий в начальных классах и по предмету математики и физики.

Выводы. Малоподвижность образ жизни которые при трудовом процессе называют профессиональное гипокинезия влияет на все системы организма гипокинезия в основном встречается у работников умственного труда больше всего у школьных учителей, которые является предрасполагающим фактором для развития профессиональных патологии среди педагогов.

**Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Бабакулова М.Х., Курбанов М.М.
ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ**

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

Цель исследования. Изучить поражение желудочно-кишечного тракта у пациентов с хроническим миелолейкозом.

Материал и методы исследования. Обследовано 86 больных с ХМЛ находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ГУ НМИЦ РТ г. Душанбе. Больные были разделены на 3 группы: I группа 26 больных с хронической стадией ХМЛ, II группа 42 больных с ХМЛ в стадии акселерации, III группа 18 больных с ХМЛ в стадии бластного криза. Мужчин было 56, женщин – 30. Возраст больных составил 30-56 лет, медиана возраста 45 лет. Всем больным проведены клинические и лабораторные методы исследования: развёрнутый общий анализ крови, стерильная пункция с цитохимическим исследованием, ПЦР исследование с определением Ph-хромосомы, эзофагогастроскопия, R-графия ЖКТ.

Полученные Результаты исследования. Из 86 больных с ХМЛ у 34 (у 6 больных в I группе, у 16 больных во II группе, у 12 больных в III группе) встречались изменения в желудочно-кишечном тракте. Поражение желудочно-кишечного тракта при ХМЛ наблюдались в основном в виде гастритов, эрозий слизистой оболочки желудка, язвенной болезни, холециститов, панкреатитов.

В хронической стадии ХМЛ (I группа) у 4 больных (15,4%) встречаются гастриты, эрозии слизистой оболочки желудка у 1 больного (3,8%), язвенная болезнь, холециститы, панкреатиты ни у кого не встретились.

В стадии акселерации (II группа) гастриты встречаются у 8 больных (13,3%), эрозии слизистой оболочки желудка у 3 больных (5,0%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 2 больных (3,3%), холециститы у 2 больных (3,3%), панкреатиты у 1 больного (1,6%).

В стадии бластного криза ХМЛ (III группа) у 12 больных (13,9%) встречаются гастриты, эрозии слизистой оболочки желудка у 4 больных (4,6%), язвенная болезнь у 1 больного (1,1%), холециститы у 4 больных (4,6%), панкреатиты у 5 больных (5,8%).

Поражение ЖКТ встречаются у 34 пациентов (39,5%). Распределение по стадиям заболевания показало чёткую зависимость частоты и характера гастроэнтерологических осложнений от прогрессирования ХМЛ. В хронической стадии изменения выявлены у 19,2% пациентов, преимущественно в виде гастритов и единичных эрозий слизистой оболочки желудка. В стадии акселерации частота поражений увеличилась до 38,1% спектр осложнений включал гастриты (13,3%), эрозии (5%), язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (3,3%), холециститы (3,3%) и панкреатиты (1,6%). Наиболее выраженные изменения наблюдались в стадии бластного криза, где поражения ЖКТ встречались у 66,7% пациентов, включая гастриты, множественные эрозии (4,6%), язвенные поражения (1,1%), холециститы

(4,6%) и панкреатиты (5,8%).

Вывод. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о стадийной зависимости гастроэнтерологических осложнений при ХМЛ: от ограниченных проявлений в хронической фазе до многообразных и тяжелых поражений в бластном кризе. Это подчёркивает необходимость комплексного подхода к ведению пациентов.

Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Бабакулова М.Х., Курбанов М.М.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ
Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан. Таджикистан

Цель исследования. Изучить характеристику и динамику поступления пациентов с хроническим миелолейкозом (ХМЛ), поступивших за 2023 по 2025 гг.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ХМЛ, первично поступивших и повторно поступивших в гематологическое отделение ГУ НМЦ РТ г. Душанбе за 3 года. Рассмотрены 177 историй болезни первичных поступивших пациентов с ХМЛ, из них мужчин было 91, женщин 86. Повторно поступивших оказалось 90 пациентов с ХМЛ. Диагноз был выставлен на основании клиники, общего анализа крови, стерильной пункции с цитохимическим исследованием, определении филадельфийской хромосомы ПЦР исследованием.

Результаты исследования. За период наблюдения в 2023г. первично поступивших пациентов с ХМЛ было 73 человек, повторно поступивших-13. В 2024г. первично поступивших пациентов с ХМЛ было 69 человек, повторно поступивших 37. В 2025г. первично поступивших пациентов с ХМЛ было 35 человек, повторно поступивших 40. Общее количество впервые поступивших было 177 пациентов, повторно поступивших 90 пациентов с ХМЛ. Самое большое поступление было в 2023г. Были рассмотрены поступление пациентов по местностям: из г. Душанбе было 26 (14,7%) поступлений, из Гиссара-15 (8,5%), из района Рудаки 13 (7,3%), из г. Пенджикент 9 (5,1%), из г. Турсунзода 8 (4,5%), из Восейского района 7 (4,0%), Кушониён 7 (4,0%), Яван 6 (3,4%), Кабадиян 6 (3,4%), г. Куляб 5 (2,8%), А. Джами 5 (2,8%), г. Дангара 5 (2,8%), Нуробод 4 (2,3%), Джайхун 4 (2,3%), Дж Балхи 4 (2,3%), Вахдат 4 (2,3%), Бохтар 4 (2,3%), Файзабад 4 (2,3%), Рашт 4 (2,3%), Вахш 4 (2,3%), Хуросон 3 (1,7%), Варзоб 3 (1,7%), Дусты 3 (1,7%), Лахш 2 (1,1%), Ховалинг 2 (1,1%), Хамадони 2 (1,1%), Муминабад 2 (1,1%), Шахритуз 2 (1,1%), Рагун 2 (1,1%), Шахринав 2 (1,1%), г. Истаравшан 1 (0,6%), Сарбанд 1 (0,6%), Фархор 1 (0,6%), Леваканд 1 (0,6%), Ш. Шохин 1 (0,6%), Кумсангир 1 (0,6%), Шугнон 2 (1,1%), Ванч 1 (0,6%), Ишкониён 1 (0,6%).

В результате проведенного исследования характеристики пациентов с ХМЛ, наблюдается устойчивая тенденция к снижению числа первично выявленных пациентов и росту повторных госпитализаций. Это может отражать улучшение диагностики и стабилизацию контингента (меньше новых случаев, больше пациентов под наблюдением), либо снижение выявляемости новых случаев при сохранении нагрузки на систему за счёт повторных обращений.

По географическому распределению наибольшее количество поступлений приходится на г. Душанбе 14,7%, далее г. Гиссар 8,5% и район Рудаки 7,3%. Средний уровень поступлений отмечен из г. Пенджикента 5,1%, г. Турсунзоды 4,5%, районы Восей и Кушониён по 4,0%. Остальные районы дают от 1 до 6 случаев.

Вывод. Снижение первичных поступлений при росте повторных указывает на переход к хроническому ведению пациентов с ХМЛ. Центр (г. Душанбе и прилегающие районы) остаётся основным источником госпитализаций. Вклад регионов юга (Куляб, Бохтар, Вахш, Джайхун и др.) умеренный.

Холматова А.И., Рузиева М.Дж., Бобоев Ф.,
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ В СЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ВОРОШИЛОВ КУШОНИЁНСКОГО РАЙОНА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Государственное учреждение «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», Таджикистан
Сельский центр здоровья «Ворошилов», Кушониёнский район, Таджикистан

Цель исследования. Провести анализ результатов скрининга населения в возрасте 40 лет и старше, охваченного обследованием в сельском центре здоровья Ворошилов Кушониёнского района Хатлонской области Республики Таджикистан, с оценкой распространенности избыточной массы тела, ожирения и абдоминального ожирения.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе анализа данных скринингового обследования населения, прикрепленного к сельскому центру здоровья Ворошилов Кушониёнского района Хатлонской области Республики Таджикистан. В исследование включены лица в возрасте 40 лет и старше. Общее количество обследованных составило 1337 человек, из них 634 мужчины (47,4%) и 703 женщины (52,6%). Для анализа использованы следующие показатели: возраст, пол, индекс массы тела, окружность живота.

Результаты исследования. Наибольшую возрастную группу составили лица в возрасте 40–49 лет — 591 человек, что соответствует 44,2% от общего числа обследованных. Анализ показателей индекса массы тела выявил высокую распространенность нарушений массы тела среди обследованных. Нормальный индекс массы тела был зарегистрирован у 394 человек (29,5%). Избыточная масса тела выявлена у 651 человека (48,7%), что являлось наиболее распространенным состоянием среди обследованных. Ожирение легкой степени выявлено у 223 человек (16,7%), средней степени — у 44 человек (3,3%), тяжелое ожирение — у 19 человек (1,4%). В совокупности ожирение различной степени было выявлено у 286 человек (21,4%). Таким образом, общее количество лиц с избыточной массой тела и ожирением составило 937 человек, или 70,1% всех обследованных. Недостаточная масса тела была выявлена только у 6 человек (0,4%).

Полученные данные показывают, что избыточная масса тела и ожирение являются широко распространенными

среди обследованного населения. Почти каждый второй обследованный имел избыточную массу тела, а каждый пятый — ожирение различной степени.

Нормальная окружность живота выявлена у 37,4%, повышенные показатели зарегистрированы у 19,3%, а очень высокая окружность живота — у 43,3% обследуемых. Таким образом, повышенные или очень высокие показатели окружности живота выявлены у 62,6% обследованных.

Заключение. Проведенный анализ результатов скрининга населения старше 40 лет выявил высокую распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний. В совокупности избыточная масса тела и ожирение выявлены у 70,1% обследованных. Высокая или очень высокая окружность живота выявлена у 62,6% лиц, прошедших оценку данного показателя. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего усиления профилактической работы в сельских учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Регулярное выявление факторов риска, индивидуальное консультирование, динамическое наблюдение и раннее вмешательство могут способствовать снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета среди населения. Скрининг на уровне сельского центра здоровья следует рассматривать не только как инструмент выявления уже существующих нарушений, но и как важный компонент профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья населения.

Холматова Г.К., Хочиев Х.М., Рахмонова Х.А.

РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЦП В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить значение раннего выявления детского церебрального паралича для своевременного начала лечебно-реабилитационных мероприятий, предупреждения вторичных двигательных нарушений и повышение функциональных возможностей и качества жизни детей.

Материал и методы. В исследование включены 50 детей с различными клиническими формами детского церебрального паралича. Обследование проводилось на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2024-2025 гг.

Для определения функционального состояния использовались клиническая неврологическая оценка и оценка двигательных возможностей ребёнка с применением функциональных шкал. Проводилось нейросонография, магнитно-резонансная томография головного мозга и другие инструментальные исследования.

Результаты исследования. У детей, у которых неврологических нарушений выявлялись на ранних этапах развития и своевременно назначалась комплексная реабилитация, отмечалась более выраженная положительная динамика двигательных функций. Регулярные занятия лечебной физкультурой и физиотерапией способствовали улучшению контроля движений, снижению выраженности патологического мышечного тонуса и предупреждению формирования контрактур.

Поздняя диагностика ДЦП, напротив, ограничивает возможности раннего вмешательства и может способствовать формированию вторичных ортопедических осложнений, стойких двигательных стереотипов и ограничению самостоятельности ребёнка. Одной из причин позднего обращения остаётся недостаточная информативность родителей и медицинских работников первого звена о ранних признаках нарушений нервно-психического и моторного развития.

Выводы. Ранняя диагностика детского церебрального паралича является одним из ключевых факторов эффективного лечения и реабилитации. Своевременное выявление двигательных нарушений позволяет начать комплексную коррекцию ещё до формирования выраженных вторичных изменений опорно-двигательного аппарата. Для улучшения результатов необходимо повысить настороженность врачей первичного звена и родителей в отношении ранних признаков ДЦП, организовать регулярный мониторинг развития детей группы риска и обеспечить доступность ранней комплексной реабилитации.

Холматова Г.К., Рахимов Ф.С., Юнусов М.Р.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

Цель исследования. Изучить взаимосвязи гормональной перестройки пубертатного периода с развитием и выраженностью вегетативной дисфункции у подростков, а также определение наиболее характерных клинических проявлений данного состояния.

Материал и методы. Объектом исследования являлись подростки в возрасте 12 - 17 лет с клиническими проявлениями вегетативной дисфункции. При сборе анамнеза учитывались возраст, пол, особенности периода полового созревания, режим сна и отдыха, физическая активность, эмоциональные нагрузки и характер жалоб. В исследование включены 60 детей. Обследование проводилось на базе Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2024 гг.

Проводилось клиничко-неврологическое обследование с оценкой частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, ортостатических реакций, состояния кожных покровов, потоотделения и других признаков вегетативной дисфункции. Анализировались жалобы на головную боль, головокружение, сердцебиение, повышенную утомляемость, нарушения сна и эмоциональную лабильность. У девочек дополнительно оценивались особенности менструального цикла и связь выраженности вегетативных симптомов с его фазами. При наличии показаний проводилось лабораторное исследование гормонального профиля.

Результаты исследования. При анализе клинических проявлений установлено, что вегетативные нарушения наиболее часто наблюдались в период активной гормональной перестройки организма. У 68,3% обследованных подростков отмечалась повышенная утомляемость, у 61,7% — головная боль, у 53,3% — головокружение, у 46,7% —

ощущение сердцебиения и у **41,7%** — нарушения сна. Лабильность артериального давления выявлена у **45,0%** подростков, преимущественно в виде эпизодических колебаний показателей при эмоциональной или физической нагрузке. Ортостатические реакции различной степени выраженности отмечались у **38,3%** обследованных. Среди девочек у **56,7%** пациенток наблюдалось усиление вегетативных жалоб в предменструальный период и в первые дни менструации. Наиболее часто в этот период отмечались головная боль, слабость, головокружение, раздражительность и ощущение сердцебиения. У **35,0%** подростков выявлялось сочетание нескольких вегетативных проявлений, включая лабильность пульса и артериального давления, повышенную потливость, нарушение сна и эмоциональную неустойчивость.

Выводы. Пубертатный период является важным этапом формирования вегетативной регуляции, сопровождающимся выраженными гормональными изменениями. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте функциональных вегетативных проявлений у подростков в период полового созревания. Наиболее распространёнными симптомами являлись повышенная утомляемость (**68,3%**), головная боль (**61,7%**), головокружение (**53,3%**) и сердцебиение (**46,7%**). У более половины обследованных девочек отмечалось усиление симптоматики в определённые периоды менструального цикла. Таким образом, при обследовании подростков с вегетативными жалобами необходимо учитывать возрастные особенности гормональной перестройки, пол и особенности полового развития. Раннее выявление функциональных нарушений, нормализация режима сна, повышение физической активности и снижение психоэмоциональной нагрузки могут способствовать уменьшению выраженности вегетативных проявлений и улучшению качества жизни подростков.

Холмуродзода Ф.Ш., Сатторов О., Шукурова Х.Э.

ТАҲЛИЛИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ ВА УСУЛӢ ТАБОБАТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ

Кафедраи фанҳои муолиҷавии №2, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши сохтори ташхисҳо, нишондиҳандаи кашишхӯрии меъдачаи чап ва тақсироти усулҳои табобат дар гурӯҳи беморони 35-70-солаи гирифтори бемориҳои дил.

Мавод ва усулҳо. Таҳқиқоти мазкур дар Беморхонаи марказии ноҳияи Кушониён дар солҳои 2025-2026 гузаронида шуд. Маълумоти муоинаи клиникӣ 92 бемор ба таври тавсифӣ таҳлил шуд. Дар маҷмуи ташхис электрокардиография, эхокардиография, мониторинги шабонарӯзии Холтер, томографияи компютерӣ рағҳои коронарӣ ва коронарография истифода шуданд. Шумора ва ҳиссаи беморон аз рӯи ташхиси клиникӣ сабтшуда ва усули табобат ҳамбаста гардид. Ҳиссаҳои нисбат ба шумораи умумии 92 бемор ҳисоб карда шуданд. Самаранокии мукоисавии табобат ба доираи ин таҳлил дохил карда нашуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Стенокардияи устувори синфҳои функционалии II-III дар 40 бемор (43,5%), инфаркти каблии миокард ё кардиосклерози баъдиинфарктӣ дар 26 нафар (28,3%), синдроми шади ди коронарӣ бо стенокардияи ноустувор дар 17 нафар (18,5%) ва кардиомиопатияи дилататсионӣ бо норасоии музмини дил дар 9 нафар (9,8%) сабт шуд. Ҷамъи шумораҳои чор гурӯҳ 92 нафарро ташкил дод; фарқи ҷамъи фоизҳо аз 100% ба гирдунии онҳо вобаста аст. Ҳолатҳои кардиомиопатияи дилататсионӣ ҳамчун гурӯҳи алоҳида баррасӣ шуданд. Дар 65,2%-и беморон фраксияи ихроҷи меъдачаи чап аз 50% кам буд. Ба 38 нафар (41,3%) стенти коронарӣ гузошта шуд ва 54 нафар (58,7%) табобати консервативӣ гирифтанд.

Хулоса. Дар гурӯҳи таҳлилшуда стенокардияи устувор бештар ба қайд гирифта шуд. Дар беш аз нисфи беморон пастшавии фраксияи ихроҷи меъдачаи чап мушоҳида гардид. Чудодар намудани ташхисҳо ва усулҳои табобат сохтори клиникӣ гурӯҳро равшан мекунад, вале баҳодиҳии таъсири табобат пайгирии натиҷаҳо ва муқоисаи гурӯҳҳои аз ҷиҳати клиникӣ мувофиқро талаб мекунад.

Хомидова Г.Б.¹, Каримзода М.К.², Джураева М.Х.³

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

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

2. ГУ Городской центр здоровья № 15. Душанбе.

3.Кафедра патанатомии, патофизиологии и судебной медицины ГОУ ТНУ.Таджикистан.

Цель исследования. Изучить структуру и особенности детской инвалидности на уровне Городского центра здоровья города Душанбе. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) составляют особую социальную группу населения, неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, а также занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества.

Материал и методы. На базе Городского центра здоровья города Душанбе(ГЦЗ) был проведён ретроспективный анализ отчётно–учётной документации за 2025 год. Определены: нозологическая и половозрастная структура инвалидности среди детского населения обслуживаемой территории.

Результаты исследования. В ходе данного исследования было выявлено, что на 1 декабря 2025 года в ГЦЗ № 15 состояло на учёте 145 детей по инвалидности, среди которых преобладали лица мужского пола, что составило – 82 мальчика (56,55%), в то время как женского пола было значительно меньше – 63 девочки (43,44%).

Наибольшее количество больных составили дети-инвалиды с патологией нервной системы– 49 случаев (33,79%), среди которой отмечались преимущественно детский церебральный паралич с микроцефалией, остаточные явления перинатальной энцефалопатии, эпилепсия, единичные случаи мышечной дистрофии Дюшенна и др.

На втором месте по частоте находились пациенты с психическими расстройствами – 28 случаев (19,31%). В структуре психических нарушений преобладали такие патологии, как стойкое отставание в развитии интеллектуальных и

адаптивных функций, умственная отсталость различной степени тяжести (вплоть до глубокой), в ряде случаев сочетающаяся с расстройствами аутистического спектра.

Несколько меньшее количество выявлено детей с ограниченными возможностями здоровья, связанные с ЛОР-заболеваниями - 16 (11,03%) случаев. Также в структуре детской инвалидности были и другие нозологии: *эндокринная патология* – 12 (8,27%), *патология органов зрения* – 9 (6,20%), *патология опорно-двигательного аппарата* – 7 (4,82%), *заболевания внутренних органов* – 6 (4,13%) случаев. Минимальное число наблюдений составили такие нозологические формы и группы, как патология сердечно-сосудистой системы (5), хирургические заболевания (4), генетическая патология (3), синдром Дауна (2), ангидротическая эктодермальная дисплазия (1), туберкулёз лимфатических узлов (1) и онкопатология (1) – всего 17 детей (11,72%).

Анализ возрастного распределения показал, что большинство детей-инвалидов находились в школьном возрасте 7–18 лет – 117 человек (80,68%). Второе место заняла возрастная группа 4–6 лет – 24 ребёнка (16,55%), а минимальное число наблюдений зарегистрировано в группе 0–3 лет – 3 пациента (2,06%).

Выводы: 1. Проведённый анализ свидетельствует о том, что в структуре детской инвалидности преобладают патология нервной системы (33,79%) и психические расстройства (19,31%). Данный факт обуславливает необходимость пристального внимания системы здравоохранения к вопросам раннего выявления нарушений и своевременного проведения комплексных реабилитационных мероприятий.

2. В условиях общемировой тенденции к росту численности детей с ограниченными возможностями здоровья государством активно разрабатываются профильные программы и открываются специализированные отделения для поддержки таких детей и их семей. В частности, на базе ГЦЗ №15 успешно функционирует отделение «Комплексной поддержки семьи и ребёнка», специалистами которого за год работы реабилитационной помощью были охвачены 47 детей (32,42% от общего числа обследованных).

Хочиев Х.М., Юнусов М.Р., Исоева М.Б.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ
Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Обобщить современные данные отечественной и зарубежной литературы о распространённости, заболеваемости и этиологической структуре эпилепсии у детей для обоснования подходов к её ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы исследования. Проведён аналитический обзор публикаций по проблеме эпидемиологии и этиологии детской эпилепсии, включая систематические обзоры и мета-анализы (в том числе данные проекта Global Burden of Disease), клинические рекомендации «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» (2024), фактические сведения ВОЗ и оригинальные эпидемиологические исследования, размещённые в базах PubMed, eLibrary, КиберЛенинка и профильных рецензируемых изданиях.

Результаты исследования. По данным ВОЗ, эпилепсией страдают около 50 млн человек в мире, при этом каждый пятый больной - ребёнок в возрасте до 15 лет. По результатам исследования Global Burden of Disease, стандартизованная по возрасту заболеваемость эпилепсией возросла с 1990 по 2021 год на 10,8%, преимущественно за счёт вторичных (симптоматических) форм, при этом 82,1% новых случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. Заболеваемость эпилепсией имеет выраженную возрастную зависимость U-образного характера: наиболее часто приступы манифестируют у детей до 1 года (100–233 случая на 100 тыс.) с максимальным пиком в течение первой недели жизни, после чего показатель заболеваемости снижается, оставаясь повышенным в возрастной группе 1–4 года. По данным регионального регистра, заболеваемость и распространённость эпилепсии у детей 0–17 лет составляют 0,35 и 2,4 на 1000 детского населения соответственно, с пиком заболеваемости в возрасте 1–4 года (0,43 на 1000) и ростом распространённости в старших возрастных группах (5–9 лет - с 2,2 до 2,6 на 1000; 15–18 лет - с 2,5 до 3,8 на 1000). Распространённость эпилепсии среди младенцев составляет от 1 до 5 случаев на 1000, увеличиваясь при недоношенности и низкой массе тела при рождении. Согласно классификации Международной противосудорожной лиги (ILAE), выделяют шесть этиологических категорий эпилепсии: структурную, генетическую, инфекционную, метаболическую, иммунную и с неустановленной этиологией; примерно в половине случаев этиология эпилепсии остаётся неизвестной. Роль этиологических факторов существенно меняется с возрастом: для детского возраста характерен дебют генетически обусловленных форм эпилепсии, тогда как с возрастом нарастает доля симптоматических (структурных) форм, достигающая у взрослых до 70% случаев. У новорождённых значительную долю судорожных состояний составляют наследственные нарушения метаболизма - органические ацидурии, аминокислородопатии, дефекты ферментов дыхательной цепи, расстройства обмена пирувата, нарушения β-окисления жирных кислот и метаболизма карнитина, многие из которых имеют генетическую природу и требуют курабельной специфической коррекции.

Выводы. Эпилепсия у детей характеризуется наибольшей заболеваемостью в первый год жизни (с пиком в перинатальном периоде) и выраженной этиологической гетерогенностью, при которой ведущую роль в детском возрасте играют генетически обусловленные и структурные формы, а примерно у половины пациентов этиология остаётся неустановленной. Значительная доля новых случаев эпилепсии в мире приходится на страны с ограниченными ресурсами здравоохранения, что подчёркивает актуальность проблемы для Центральной Азии. Полученные данные обосновывают необходимость ранней этиологической верификации эпилепсии у детей, включая генетическое обследование и скрининг курабельных наследственных метаболических заболеваний, как основу для персонализированной терапии и улучшения прогноза.

Цель исследования. Обобщить современные данные отечественной и зарубежной литературы о диагностических возможностях электроэнцефалографии (ЭЭГ), видео-ЭЭГ-мониторинга и структурной нейровизуализации в верификации эпилепсии и эпилептогенного субстрата у детей.

Материалы и методы исследования. Проведён аналитический обзор публикаций по проблеме нейрофизиологической и нейровизуализационной диагностики эпилепсии у детей, включая клинические рекомендации, материалы Целевой группы по нейровизуализации Международной противэпилептической лиги (ILAE), а также оригинальные исследования и обзоры, размещённые в базах PubMed, eLibrary, КиберЛенинка и профильных рецензируемых изданиях.

Результаты исследования. Электроэнцефалография остаётся ключевым методом функциональной диагностики эпилепсии, однако стандартная скрининговая ЭЭГ продолжительностью до 30 минут регистрирует лишь одно функциональное состояние мозга (бодрствование) и обладает ограниченной чувствительностью: нормальная ЭЭГ не исключает диагноза эпилепсии, а выявленная эпилептиформная активность не всегда указывает на неё и должна интерпретироваться совместно с клинической картиной. Вероятность выявления эпилептиформной активности существенно возрастает при записи ЭЭГ сна с применением функциональных проб активации (гипервентиляция, ритмическая фотостимуляция, депривация сна), а также при проведении повторных исследований. Референсным («золотым») стандартом диагностики эпилепсии признан видео-ЭЭГ-мониторинг – синхронная непрерывная запись биоэлектрической активности мозга и видеоизображения пациента продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток, позволяющая достоверно дифференцировать эпилептические приступы от неэпилептических пароксизмальных состояний, определить тип и количество источников эпилептической активности; у детей раннего возраста для достаточной информативности нередко бывает достаточно 4-часового дневного видео-ЭЭГ-мониторинга, включающего период сна. В области структурной нейровизуализации Целевой группой по нейровизуализации ILAE разработан гармонизированный протокол HARNESS-MRI, включающий изотропные миллиметровые 3D-изображения T1 и 3D-FLAIR, а также субмиллиметровые 2D-изображения T2 высокого разрешения; применение специализированного протокола и увеличение индукции магнитного поля томографа повышают выявляемость структурной патологии. Пациентов с эпилепсией по результатам МРТ принято разделять на МР-позитивных (с выявленным структурным поражением — опухоль, кавернозная ангиома, артериовенозная мальформация, фокальная кортикальная дисплазия (ФКД), постишемические и посттравматические зоны глиоза) и МР-негативных. ФКД признана наиболее частой причиной фармакорезистентной фокальной эпилепсии у детей и наиболее частой этиологической основой диагноза «криптогенная фокальная эпилепсия» с резистентным течением приступов; при прехирургическом обследовании применение специализированных режимов сканирования (SWAN, ASL, ДВИ) на томографах с индукцией поля 3 Тл повышает информативность выявления структурных изменений головного мозга у детей с фокальной эпилепсией.

Выводы. Комплексная диагностика эпилепсии у детей требует сочетания тщательного анализа клинической семиологии приступов, электроэнцефалографического исследования (включая видео-ЭЭГ-мониторинг как референсный метод дифференциальной диагностики эпилептических и неэпилептических пароксизмов) и структурной МРТ, выполненной по специализированному эпилептологическому протоколу (HARNESS-MRI) с использованием высокопольных томографов и, при необходимости, дополнительных режимов сканирования. Такой подход повышает выявляемость эпилептогенного субстрата, в первую очередь фокальной кортикальной дисплазии, что имеет решающее значение для этиологической верификации эпилепсии, выбора адекватной противосудорожной терапии и отбора детей с фармакорезистентной фокальной эпилепсией для хирургического лечения.

Хусейнзода З.Х.¹, Хамидов Ф. М.²
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ: ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ К ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ»

¹ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Кафедра профилактики внутренних болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Повышения медицинской грамотности и приверженности к лечению.

Материалы и методы. Материал основан на многолетнем практическом врачебном опыте наблюдения пациентов с онкологической патологией с 2007 года, включая больных на различных этапах заболевания, в том числе нуждающихся в паллиативной помощи. Дополнительно использован опыт научной работы авторов с 2016 года, связанный с изучением приверженности пациентов к длительной терапии, в частности у больных ревматологического профиля, получающих базисную противовоспалительную терапию. При формировании положений учитывались принципы клинической медицины, доказательного подхода, медицинского информирования пациентов, а также современные клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи.

Результаты исследования. Выделены пять взаимосвязанных принципов системного медицинского информирования онкологических пациентов: необходимость учитывать продолжающееся изучение механизмов опухолевого процесса и ограниченность универсальных рекомендаций; биологическую и клиническую неоднородность опухолей; комплексную оценку заболевания с учётом стадии, распространённости, морфологических и молекулярно-биологических характеристик, общего состояния пациента и функциональных резервов организма; обязательный учёт коморбидной патологии; индивидуализацию противоопухолевого лечения с оценкой его эффективности, токсичности и переноси-

мости. Обоснована концепция «Школы здоровья онкологического пациента» как структурированной формы медицинского информирования, не заменяющей индивидуальную консультацию онколога. Предлагаемые тематические блоки включают понимание диагноза и стадии заболевания, целей и вариантов лечения, роли сопутствующих заболеваний, безопасности лекарственной терапии, питания и физической активности, паллиативной помощи, взаимодействия с лечащей командой и критической оценки медицинской информации в интернете. Предполагаемый практический эффект заключается в повышении осведомлённости пациента, укреплении партнёрского взаимодействия с медицинским персоналом, снижении самовольного изменения терапии и повышении приверженности лечению.

Выводы. Цифровое информационное пространство повышает необходимость целенаправленного формирования медицинской грамотности онкологических пациентов. Лечебная тактика должна определяться комплексной оценкой опухолевого процесса, общего состояния и коморбидной патологии, а лечение — индивидуализироваться с учётом его переносимости. Приверженность терапии и осознанное участие пациента имеют существенное практическое значение. Концепция «Школы здоровья онкологического пациента» является перспективным направлением медицинского информирования и может служить организационной основой для системного повышения приверженности лечения и путь к улучшению комплаентности.

Цой В.Н., Каримзода М.Б., Рахманов Э.Р.

ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МОЛНИЕНОСНОЙ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Цель исследования. Охарактеризовать особенности клинического течения и трудности ранней диагностики молниеносной формы менингококцемии.

Материал и методы. Ретроспективно проанализирована история болезни пациента 12 лет с молниеносной формой менингококцемии. Изучены анамнез заболевания, данные обследования на догоспитальном этапе и в двух предшествующих стационарах.

Результаты исследования. Заболевание у пациента Н.Б., 12 лет началось внезапно 02.02.26г. в 20:00 ч. с озноба, беспокойства, высокой лихорадки до 39°C и выраженной головной боли. В течение первых суток отмечалось быстрое ухудшение состояния с последующим появлением распространённых геморрагических высыпаний. Элементы сыпи были разных размеров, много крупных кровоизлияний багрово-красного цвета.

До госпитализации в специализированный инфекционный стационар пациент последовательно обращался в два медицинских учреждения, где был осмотрен врачами различных специальностей, включая гематолога и инфекциониста. На догоспитальном этапе был установлен диагноз менингококковая инфекция, менингококцемия, после чего пациент направлен в ГКБ г. Душанбе. При поступлении в клинику состояние пациента оценивалось как агональное: сознание отсутствовало, температура тела составляла 35,4 °C, кожные покровы были холодными, отмечался акроцианоз, распространённые геморрагические высыпания. Пульс на сонных артериях не определялся. Менингеальные симптомы были отрицательными, что свидетельствует о возможности крайне тяжёлого течения менингококковой инфекции без клинических признаков менингита.

В общем анализе крови: нарастание лейкоцитоза с 8,8 до 23,0×10⁹/л., нейтрофилия (90,8%), лимфопения (5,7%) и тромбоцитопения (148×10⁹/л), отражавшие развитие выраженного системного воспалительного процесса. Начаты срочно реанимационные мероприятия. Струйно и капельно вводились реосорбилак, раствор Рингера с большими дозами дексаметазона, антибактериальная терапия. Состояние больного не улучшилось: количество геморагий увеличилось, нарастал общий цианоз, одышка, пульс и артериальное давление не определялись. Через 1 час после госпитализации и через сутки после начала болезни наступила смерть. Диагноз: Менингококковая инфекция, менингококцемия, генерализованная форма, крайне тяжёлое течение. Осложнение: ИТШ.

Особенностью данного случая являлась чрезвычайно высокая скорость прогрессирования заболевания: от появления первых симптомов до развития терминального состояния прошли примерно одни сутки. Клиническая картина определялась преимущественно выраженной интоксикацией, геморрагическим синдромом и быстрым развитием гемодинамической недостаточности. Несмотря на установление диагноза менингококковой инфекции до поступления в специализированный стационар, к моменту госпитализации заболевание достигло терминальной стадии, что существенно ограничило возможности проведения эффективной терапии.

Выводы. Данный случай демонстрирует злокачественную (гипертоксическую) по тяжести и сверхострую (молниеносную) по темпам развития клинических симптомов форму менингококцемии. Данная форма характеризуется крайне быстрым прогрессированием и приводит к развитию инфекционно-токсического шока и смерти. Отсутствие менингеальных симптомов не исключает тяжёлую генерализованную менингококковую инфекцию. Представленный случай подчёркивает необходимость раннего распознавания болезни при сочетании острой лихорадки, выраженной интоксикации, геморрагических высыпаний и признаков быстро прогрессирующей гемодинамической недостаточности.

Цой В.Н., Ёрова С.К., Хабибуллоев Ш.Б.

СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ КОРИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

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

Цель исследования. Изучить структуру случаев кори среди госпитализированных пациентов с учётом возраста,

пола, прививочного статуса, эпидемиологического анамнеза, особенностей клинического течения, тяжести заболевания и частоты основных осложнений.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов с диагнозом Корь, находившихся на стационарном лечении в ГКИБ г. Душанбе в 2026 году. Изучены возрастная-половая структура пациентов, прививочный и эпидемиологический анамнез, сроки обращения за медицинской помощью, основные клинические проявления, тяжесть течения заболевания, частота и структура осложнений, а также продолжительность госпитализации.

Результаты исследования. Среди госпитализированных пациентов преобладали дети раннего возраста. Дети от 1 до 3 лет составили 22 случая, дети до 1 года – 2, дошкольного возраста (3–7 лет) – 9, школьного возраста – 5; взрослых пациентов было 5. Таким образом, основную долю госпитализированных больных составили дети младшего возраста.

При анализе прививочного статуса установлено выраженное преобладание непривитых пациентов: 29 (67,4%) больных не были вакцинированы против кори, 7 (16,3%) имели полный курс вакцинации, 4 (9,3%) – неполный курс, у 3 (7%) пациентов прививочный статус был неизвестен. Среди привитых пациентов большинство относились к детскому возрасту.

При анализе эпидемиологического анамнеза известный контакт с больным корью был установлен только у 1 пациента, тогда как остальные пациенты наличие контакта отрицали.

Продолжительность заболевания до госпитализации составила в среднем 3–5 дней, что может иметь значение для своевременности диагностики и развития осложнений.

Клиническая картина заболевания в большинстве случаев характеризовалась типичными проявлениями кори: лихорадкой, общей слабостью, снижением аппетита и кашлем с последующим появлением макулопапулёзной сыпи. Симптом Филатова–Коплика на момент госпитализации был выявлен у 20 (46,5%) пациентов. Макулопапулёзная сыпь отмечалась у всех 43 (100%) больных, что подтверждает её высокую диагностическую значимость при наличии соответствующего продромального периода.

По тяжести течения заболевания преобладали случаи среднетяжёлой кори – 38 (88,4%) пациентов; тяжёлое течение зарегистрировано у 5 (11,6%) больных. Несмотря на преобладание среднетяжёлых форм, осложнения были выявлены у 37 (86%) пациентов, то есть у значительной части госпитализированных больных.

В структуре осложнений преобладали поражения нижних дыхательных путей. Пневмония диагностирована у 19 (44,2%) пациентов, из них у 12 – правосторонняя прикорневая и у 7 – двусторонняя пневмония. Бронхит выявлен у 16 (37,2%) больных.

Средняя продолжительность госпитализации составила $5,23 \pm 2,4$ дня.

Выводы. В структуре госпитализированных больных корью преобладали дети раннего возраста, преимущественно от 1 до 3 лет. Большинство пациентов не были привиты против кори. Заболевание в основном протекало в среднетяжёлой форме, однако осложнения регистрировались у большинства госпитализированных пациентов и преимущественно имели бронхолёгочный характер. Отсутствие установленного эпидемиологического контакта у большинства больных подчёркивает необходимость клинической настороженности в отношении кори. Полученные результаты подтверждают важность своевременной вакцинации, раннего распознавания заболевания и наблюдения за пациентами с целью своевременного выявления осложнений.

Шамсов А.Т.

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ИСТИННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Случай успешного лечения острого инфаркта миокарда у пациента с истинной эссенциальной тромбоцитемией (ИЭТ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинического случая пациента с верифицированной истинной эссенциальной тромбоцитемией, находившегося на лечении в специализированном стационаре. Оценивали клинические проявления, показатели гемограммы, результаты инструментального обследования (электрокардиография, эхокардиография, коронарография), а также эффективность проводимой терапии и исход заболевания.

Пациент был госпитализирован с типичным ангинозным болевым синдромом. На ЭКГ зарегистрированы признаки острого инфаркта миокарда. В общем анализе крови выявлен выраженный тромбоцитоз, соответствующий миелопролиферативному заболеванию. После подтверждения диагноза инфаркта миокарда лечение проводилось совместно кардиологами и гематологами с учетом высокого риска как тромбозов, так и геморрагических осложнений.

Результаты исследования. Пациенту своевременно проведена реперфузионная терапия с последующим назначением двойной антиагрегантной терапии, антикоагулянтов по показаниям, статинов и стандартного лечения инфаркта миокарда. Одновременно проводилась циторедуктивная терапия гидроксикарбамидом с целью контроля уровня тромбоцитов.

В динамике отмечено уменьшение болевого синдрома, стабилизация гемодинамических показателей, отсутствие повторных тромботических осложнений и постепенное снижение количества тромбоцитов до целевых значений. Контрольные исследования подтвердили положительную динамику состояния миокарда, а при последующем наблюдении пациент сохранял удовлетворительное самочувствие без признаков рецидива инфаркта.

Представленный случай демонстрирует, что острый инфаркт миокарда может быть первым или одним из наиболее тяжелых проявлений истинной эссенциальной тромбоцитемии. Благоприятный исход был достигнут благодаря ранней диагностике, своевременному восстановлению коронарного кровотока и комплексному ведению пациента с учетом особенностей миелопролиферативного заболевания.

Выводы. Истинная эссенциальная тромбоцитемия является значимым фактором риска артериальных тромбозов, включая острый инфаркт миокарда. Сочетание стандартной кардиологической терапии с адекватной циторедукцией позволяет снизить риск повторных сосудистых событий.

Междисциплинарное взаимодействие кардиолога и гематолога является ключевым условием достижения благоприятного клинического исхода.

Шамсов А.Т.

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности течения истинной полицитемии

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 42 пациентов с диагнозом истинной полицитемии, находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2022–2025 гг. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ с учетом клинических данных, результатов общего анализа крови, биохимических исследований, миелограммы, а также у некоторых пациентов трепанобиопсии костного мозга и молекулярно-генетического исследования мутации JAK2 V617F. Оценивались возраст, пол, основные клинические проявления, показатели гемограммы и наличие тромботических осложнений.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 56,8 года, мужчины преобладали (60%). Наиболее частыми жалобами были головная боль, головокружение, общая слабость, кожный зуд после контакта с водой, чувство тяжести в левом подреберье и эпизоды повышения артериального давления. Спленомегалия выявлялась более чем у двух третей больных, тогда как гепатомегалия встречалась значительно реже.

При общем анализе крови у большинства пациентов определялись выраженный эритроцитоз и повышение уровня гемоглобина. Концентрация гемоглобина варьировала от 175 до 215 г/л, уровень гематокрита достигал 55–68%, количество эритроцитов составляло $6,2\text{--}8,5 \times 10^{12}/\text{л}$. Лейкоцитоз отмечался у значительной части больных и чаще находился в пределах $10\text{--}18 \times 10^9/\text{л}$ с преобладанием нейтрофильного звена. Тромбоцитоз выявлялся у большинства пациентов, количество тромбоцитов достигало $450\text{--}950 \times 10^9/\text{л}$, а у отдельных больных превышало $1000 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ была снижена, что соответствовало высокой массе циркулирующих эритроцитов.

В биохимическом анализе крови наиболее характерными изменениями были повышение уровня мочевой кислоты до $420\text{--}650$ мкмоль/л, что отражало усиленный клеточный обмен и предрасполагало к развитию гиперурикемии. У части пациентов выявлялось умеренное повышение активности лактатдегидрогеназы, тогда как показатели билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и креатинина в большинстве случаев оставались в пределах референсных значений. Уровень ферритина у пациентов, длительно получавших кровопускания, был снижен, что свидетельствовало о формировании вторичного дефицита железа.

Мутация JAK2 V617F выявлялась у подавляющего большинства обследованных пациентов. В миелограмме определялась гиперклеточность костного мозга с усилением эритроидного и мегакариоцитарного ростков кроветворения. Тромботические осложнения в анамнезе имелись примерно у четверти больных и включали ишемический инсульт, инфаркт миокарда и тромбозы периферических сосудов, преимущественно у пациентов старше 60 лет и при выраженном тромбоцитозе.

Выводы. Истинная полицитемия в условиях Республики Таджикистан характеризуется преобладанием пациентов среднего и пожилого возраста, высокой частотой спленомегалии, выраженного эритроцитоза и сочетанного лейкоцитоза с тромбоцитозом. Частое выявление гиперурикемии и сосудистых осложнений подтверждает необходимость ранней диагностики, молекулярного подтверждения мутации JAK2, своевременного проведения циторедуктивной терапии и регулярного мониторинга лабораторных показателей для профилактики тромбозов, и улучшения прогноза заболевания.

Шарипова Х.Ё., Зубайдов Р.Н., Нусратов К.А.

СПЕКТР СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

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

Цель исследования. Провести проблемно-ориентированное аналитическое обобщение литературных данных о факторах риска, клинко-патогенетических механизмах и спектре сосудисто-коагуляционных нарушений при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы. Проведён проблемно-ориентированный аналитический обзор отечественных и зарубежных литературных источников, с учётом их научной значимости, клинко-патогенетической направленности и соответствия теме сосудистой патологии и коагуляционных нарушений при ревматоидном артрите (РА). Обзор выполнен не только в описательном, но и в клинко-патогенетическом ракурсе: литературные данные анализировались с позиции основных вариантов сосудистого поражения, их связи с хроническим иммуновоспалением, эндотелиальной дисфункцией, нарушениями микроциркуляции, гемостаза и тромботическими осложнениями.

Результаты исследования. Обобщение наиболее информативных литературных источников показало, что сосудистая патология при РА не ограничивается классическим атеросклеротическим поражением артерий, а включает несколько взаимосвязанных клинко-патогенетических вариантов сосудистых нарушений (Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B., 2016). С учётом различий в ведущих механизмах, клинических проявлениях и прогностической значимости указанные варианты сосудистого поражения целесообразно не только описывать отдельно, но и обобщать как взаимосвязанные «сосудистые фенотипы» РА. Термин «сосудистые фенотипы» в данном контексте используется как

рабочее обобщающее понятие, позволяющее систематизировать различные клинико-патогенетические варианты сосудистой патологии при РА.

Атеросклеротический фенотип при РА проявляется увеличением толщины комплекса интима–медиа, формированием атеросклеротических бляшек, повышением артериальной ригидности и часто недооценивается при использовании стандартных шкал сердечно-сосудистого риска (Semb et al., 2020). Развитие ускоренного атеросклероза при РА связано не только с традиционными факторами риска, но и с активностью хронического иммуновоспалительного процесса, что подчёркивает самостоятельное значение болезнь-ассоциированных факторов сосудистого риска (Dalbeni et al., 2017; Reiss et al., 2019).

Ревматоидный васкулит представляет собой наиболее тяжёлый вариант системного сосудистого поражения при РА, однако его генез остаётся неоднозначным и связывается с иммуновоспалительным повреждением сосудистой стенки с участием аутоантител, иммунных комплексов, системы комплемента и провоспалительных цитокинов (Mertz et al., 2023). Клинически ревматоидный васкулит отражается преимущественно поражением кожи и периферической нервной системы, а при вовлечении внутренних органов приобретает наиболее неблагоприятное прогностическое значение (Mertz et al., 2023; Wang et al., 2025).

Микроциркуляторный фенотип характеризуется нарушением эндотелий-зависимой вазодилатации, изменением регуляции сосудистого тонуса, расстройствами тканевой перфузии и может рассматриваться как раннее, потенциально обратимое проявление сосудистой дисфункции при РА (Bordy et al., 2018; Vlasov et al., 2019; Shimanski et al., 2022). Гемокоагуляционно-тромботический фенотип формируется на фоне активации тромбоцитов, повышения уровня фибриногена, D-димера, тканевого фактора, угнетения естественных антикоагулянтных механизмов и фибринолиза, что создаёт хроническое протромботическое состояние (Santos et al., 2012; Beinsberger et al., 2014; Ketfi et al., 2021). Артериальные и венозные тромбозы отражают клиническую реализацию взаимодействия воспаления, эндотелиального повреждения, гиперкоагуляции и стаза, что соответствует современным представлениям о тромбовоспалительном механизме сосудистых осложнений при РА (Raadsen et al., 2022; Gualtierotti et al., 2022). Таким образом, с учётом клинической и патогенетической неоднородности сосудисто-коагуляционных нарушений при РА целесообразно систематизировать их как взаимосвязанные «сосудистые фенотипы», что облегчает последующий анализ, сопоставление клинических данных и выделение групп риска.

Выводы.

1. Сосудистая патология при ревматоидном артрите имеет многокомпонентный характер и включает ускоренное атеросклеротическое поражение сосудов, ревматоидный васкулит, микроциркуляторные нарушения, гемокоагуляционные сдвиги, артериальные и венозные тромбозы.
2. Аналитическое обобщение литературных данных позволяет предложить фенотипическую систематизацию сосудистых нарушений при РА, что может служить методологической основой для планирования собственного клинико-лабораторно-инструментального исследования.

Шарифбоев А.Х., Сохибов Р.Г., Боймуродов П.А.

ФЕРРИТИН И ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА КАК МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

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

Цель исследования. Изучить взаимосвязь показателей обмена железа и ширины распределения эритроцитов (RDW) с функциональной тяжестью хронической сердечной недостаточности по классификации NYHA у пациентов со сниженной и сохранённой фракцией выброса левого желудочка.

Материал и методы. В исследование включены 80 взрослых пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Средний возраст составил $58,36 \pm 11,6$ года. HFrEF диагностирована у 50 (62,5%) пациентов, HFpEF – у 30 (37,5%). Тяжесть ХСН оценивали по функциональным классам NYHA (I–IV). Всем пациентам выполняли эхокардиографию и общеклинические лабораторные исследования с определением гемоглобина, RDW, сывороточного железа, ферритина, общей (TIBC) и ненасыщенной (UIBC) железосвязывающей способности сыворотки. Для оценки различий между функциональными классами использовали дисперсионный анализ и критерий Стьюдента; взаимосвязи показателей оценивали корреляционным анализом. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По мере увеличения функционального класса ХСН от I к IV отмечалось последовательное снижение уровня сывороточного железа: с $171,69 \pm 52,28$ мкг/дл при I ФК до $152,04 \pm 55,65$ мкг/дл при II ФК, $145,61 \pm 50,20$ мкг/дл при III ФК и $131,00 \pm 46,88$ мкг/дл при IV ФК ($p = 0,02$). Аналогичная тенденция наблюдалась для ферритина: его средний уровень снижался от $402,19 \pm 112,12$ нг/мл при I ФК до $318,15 \pm 7,70$ нг/мл при IV ФК ($p = 0,02$). В отличие от показателей обмена железа, RDW демонстрировал постепенное увеличение с утяжелением функционального класса ХСН: $13,52 \pm 1,00\%$ при I ФК, $15,41 \pm 2,89\%$ при II ФК, $16,44 \pm 3,04\%$ при III ФК и $18,46 \pm 3,20\%$ при IV ФК ($p < 0,001$). Среднее значение RDW в исследуемой группе составило $16,17 \pm 3,24\%$. Повышенный RDW ($> 13,6\%$) выявлен у 75,3% пациентов с HFrEF и 77,6% пациентов с HFpEF; статистически значимых различий между фенотипами ХСН не установлено ($p = 0,706$). Показатели TIBC и UIBC достоверно не различались в зависимости от функционального класса ХСН ($p > 0,05$).

Выводы. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью увеличение функционального класса NYHA сопровождается достоверным снижением уровней сывороточного железа и ферритина и одновременным увеличением RDW. Полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи нарушений обмена железа и эритроцитарных показателей с функциональной тяжестью ХСН. Определение ферритина, сывороточного железа и RDW может использоваться в составе комплексной лабораторной оценки пациентов с ХСН.

ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

2. ГМЦ №1 им. К.Ахмедов. г. Душанбе. Таджикистан

Цель исследования. Изучить распространённость дефицита железа и охарактеризовать клинико-лабораторные особенности нарушений обмена железа у пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование включены 103 пациента с хронической сердечной недостаточностью. Всем пациентам проводили клиническое обследование, эхокардиографию и лабораторное исследование показателей обмена железа, включая концентрацию гемоглобина, ферритина и насыщение трансферрина железом (TSAT). Дефицит железа определяли при уровне ферритина <100 мкг/л либо при концентрации ферритина 100–300 мкг/л в сочетании с TSAT <20%. Проводился сравнительный анализ показателей у пациентов с наличием и отсутствием дефицита железа. Для статистической обработки использовали критерии Стьюдента, Манна–Уитни и χ^2 ; различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Дефицит железа выявлен у 60 (58%) пациентов. Из них абсолютный дефицит железа зарегистрирован у 44 больных (73%), функциональный – у 17 (27%). У пациентов с анемией дефицит железа встречался достоверно чаще, чем у пациентов без анемии: 83% (19/23) против 51% (41/80) соответственно ($p = 0,008$). Таким образом, дефицит железа выявлялся не только у пациентов с анемией, но и у значительной доли больных с сохранённым уровнем гемоглобина, что подчёркивает ограниченность оценки только гемоглобина для диагностики нарушений обмена железа при ХСН.

При сравнительном анализе пациенты с дефицитом железа имели более низкий возраст по сравнению с пациентами без дефицита железа: $54,3 \pm 13,3$ и $59,4 \pm 11,4$ года соответственно ($p = 0,045$). Полученные результаты демонстрируют высокую частоту нарушений обмена железа у пациентов с ХСН и подтверждают необходимость определения ферритина и TSAT при комплексной оценке данной категории больных независимо от наличия анемии.

Выводы. Дефицит железа выявляется у значительной доли пациентов с хронической сердечной недостаточностью и часто сопровождается отсутствием анемии. Наиболее информативным подходом к выявлению нарушений обмена железа является комплексная оценка ферритина и TSAT в дополнение к определению гемоглобина. Своевременный скрининг дефицита железа имеет клиническое значение для комплексного ведения пациентов с ХСН.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

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

Цель исследования. Изучить факторы риска развития ожирения среди населения на уровне первичного звена.

Материал и методы. Нами методом анкетирования произведен опрос 250 пациентов, из них женщины составили 170 человек (68%) и мужчины 80 (32%) пациентов в возрасте от 40–60 лет, с избыточной массой тела и ожирением в 2025 году на базе ГУ ГЦЗ №12 и №15 г. Душанбе. Опросник состоял из банальных вопросов касающихся образа жизни, рода деятельности, характера питания и режима активности респондентов. Также всем респондентам определены ИМТ, по показаниям биохимический анализ крови с определением сахара, гликированного гемоглобина, липидограммы и печёночных ферментов и амилазы, а также общий и биохимический анализы мочи. Измерение АД, ЭКГ.

Результаты исследования. Полученные результаты показали, что во всех 100% респонденты ведут не здоровый образ жизни, а последние годы низкое потребление питательной продукции и высокое потребление еды быстрого приготовления, жирной пищи, сладких безалкогольных напитков, сахара способствовали набору веса.

Другая причина набора веса — длительный стресс, из-за которого также выделяется кортизол, способствующий быстрому отложению жира выявлено у 96,5% исследуемых.

Вес начал расти у 75,6% респондентов из-за постоянного приема лекарств, таких как: стероидные гормоны, нейролептики, антидепрессанты и противосудорожные препараты. Наследственность, как еще один фактор ожирения выявлено у 32,5% исследуемых.

Установлено, что ожирение I степени также имело положительную корреляцию с возрастом с наибольшим её выявлением в возрастных группах — 55–59 ($11,9 \pm 1,71\%$) и 45–54 года ($10,6 \pm 1,82\%$) — у мужчин и в эти же возрастные диапазоны у женщин, соответственно: $16,5 \pm 1,9\%$ и $13,4 \pm 1,69\%$.

Аналогичная картина выявлена у обследованных с ожирением II и III степеней. Так, установлено, что женщины чаще, чем мужчины страдали ожирением II степени в возрасте 35 лет и старше и III степенью ожирения в возрасте 45 лет и старше, а обследованные мужчины ожирением III степени в диапазоне 35–44 лет.

Выводы. Как показали результаты исследования ожирение, больше всего распространено среди обследованных лиц женского пола, особенно в старших возрастных группах: 35–44, 45–54 и 55–59 лет и основными факторами риска ее развития остаются: нарушение режима питания, малоподвижный образ жизни, использование газированных сладких напитков и блюд быстрого приготовления. Исходя из этого, вопросу профилактики ожирения, как актуальной проблеме, в Таджикистане необходимо уделять пристальное внимание, поскольку лишний вес является основной причиной многих заболеваний, и также смертности и инвалидности.

Шарифов М.М., Куватзода Г.Х.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»

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

Цель исследования. Определить характер клинико-гематологических показателей у беременных с гипохромной анемией.

Материалы и методы исследования. В ходе ретроспективного анализа были изучены истории болезни 17 беременных женщин с диагнозом гипохромной анемии, наблюдавшихся в гематологическом отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период с января 2025 по август 2026 года. Среди них 11 (64.7%) пациенток были из сельской местности, 6 (35.2%) - из города. Оценивались клинико-лабораторные и анамнестические данные, результаты общих и биохимических анализов крови, динамика показателей гемоглобина, гематокрита, уровня сывороточный железа, ферритина до и после проведенной терапии. Сравнивалась эффективность различных препаратов применявшихся для лечения (пероральные и парентеральные формы железа). Больные были разделены на 2 группы, первая группа применявшие препарат Гемобет по 5 мл в/в капельно с физраствором, а вторая группа – Тотема. В первую группу входило 12 (70.5%) больных, а во вторую 5 (29.4%).

Результат исследования. В зависимости от применяемого препарата в обеих группах отмечалась положительная динамика: показателей гемоглобина – в первой группе с Гемобетом он значительно увеличился на 1,2 г/дл через 4 недели терапии. В группе с Тотемой повышение составило 0,8г/дл.

Изменения уровня ферритина и сывороточное железо в первой группе который получили препаратом Гемобетом увеличился на 55%, что указывает на быстрое восполнение запасов железа. В группе с Тотемой увеличение составило 35%, что также свидетельствует о положительной динамике, но в меньшей степени. Через 3–4 недели терапии в обеих группах отмечалось улучшение общего состояния пациентов. В первой группе наблюдалась положительная динамика показателей, качества жизни была более выраженной; удовлетворённость проводимой терапией составила 85% против 70% во второй группе.

Выводы. Таким образом проведённый ретроспективный анализ показал, что применение препарата «Гемобет» у беременных пациенток с гипохромной анемией сопровождалось положительной клинико-лабораторной динамикой. Через 3–4 недели терапии с первыми группами препаратов, отмечалось улучшение общего состояния, повышение уровня гемоглобина, сывороточного железа и ферритина

Шаропова М.С., Исмаилов И.И., Тагаев А.А.

ПАРАНОЙЯЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

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

Цель исследования. Изучение особенностей преморбидного фона и доминирующих личностных расстройств у подростков.

Материалы и методы. На базе средних общеобразовательных школ г. Душанбе было проведено анонимное анкетирование 93 учащихся 7–11-х классов в возрасте от 13 до 17 лет. Метод сплошного анкетирования позволил оценить распространенность донозологических личностных нарушений, коморбидной симптоматики и особенностей социализации у подростков.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что параноидное (паранойяльное) расстройство личности у подростков проявляется завышенным самомнением, обострённым чувством собственного достоинства, высокой чувствительностью к негативным оценкам, сверхбдительностью и недоверием к окружающим. Респонденты с признаками параноидного расстройства значительно чаще указывали на атмосферу соперничества в родительской семье, что особенно характерно для юношей (75,3%), а также существенно реже выбирали «семью и брак» в качестве доминирующих жизненных ценностей. Установлена высокая коморбидность параноидных черт с эмоциональными нарушениями: 92% респондентов данной группы отметили наличие чрезмерной тревоги и беспокойства, ассоциированных с различными сферами деятельности.

Выводы. Параноидное расстройство личности в подростковом возрасте чаще выявляется у учащихся школ с углубленным изучением дисциплин и сопровождается существенными деформациями микросоциальных связей. Данной патологии сопутствуют выраженные трудности в установлении взаимоотношений в семье и со сверстниками, что компенсируется смещением активности в онлайн-пространство или предпочтением общения с лицами старшего возраста. Для подростков с параноидной структурой личности характерна высокая коморбидность с тревожными, фобическими и эксплозивными расстройствами, что требует своевременной разработки программ психопрофилактики и коррекции на базе школьно-педагогической среды.

Шаропова М.С., Исмаилов И.И., Маликов Н.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭТАПНОСТИ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВА ПРИЁМА ПИЩИ

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

Цель исследования. Изучение клинико-динамических характеристик и феноменологических подтипов нервной анорексии для оптимизации диагностических критериев, разработки тактики поэтапного лечения и повышения уровня социальной адаптации пациентов.

Материалы и методы. На базе дневного стационара Республиканского клинического центра психиатрии проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование 23 женщин в возрасте 18–19 лет, находившихся под наблюдением с диагнозом расстройств приёма пищи. Оценивались особенности когнитивной сферы, параметры пищевого поведения и соматический статус.

Результаты исследования. В клинической картине нервной анорексии четко дифференцируются два основных феноменологических подтипа: ограничительный (рестриктивный), при котором снижение массы тела достигается строго лимитированным приемом пищи, голоданием и избыточными физическими нагрузками, и очистительный (компульсивный), характеризующийся эпизодами переедания с последующим искусственным вызовом рвоты, злоупотреблением слабительными и диуретическими средствами. В отличие от пациентов с нервной булимией, лица с очистительным типом нервной анорексии имеют стойкий критический дефицит массы тела. Динамика заболевания демонстрирует последовательную смену фаз от начального негативизма и скрытого отказа от еды до активного применения деструктивных методов похудения, при этом на высоте кахексии с дистрофией I–II степени выявляются выраженные соматические расстройства, включая брадикардию, гипотермию конечностей, сухость и шелушение кожных покровов, а также глубокую эндокринную дисфункцию. В течении нервной анорексии прослеживается строгая этапность, включающая дисморфоманическую стадию с преобладанием идей мнимой полноты и «симптомом зеркала», аноректическую стадию с потерей 20–30% массы тела и эйфорией от похудения, а также кахектическую стадию.

Выводы. Терапия заболевания требует последовательного комплексного подхода, который начинается с соматического этапа по ликвидации жизнеугрожающих последствий нутритивной недостаточности в стационаре, переходит к специфическому этапу психофармакотерапии и психотерапии после нормализации жизненно важных функций и завершается долгосрочной психосоциальной реабилитацией для профилактики рецидивов.

Шоева Ш., Кадырова З.Д., Тагоев А.А.

ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ

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

Цель исследования. Оценить важность профилактики и психологической поддержки детей в период полового созревания, столкнувшихся с проблемой сексуальной травматизации.

Материал и методы. Исследование проведено на кафедре психиатрии и медицинской психологии им. проф. М.Г. Гулямова среди детей и подростков 14–18 лет (5 мальчиков, 6 девочек), обратившихся по направлению педиатров, урологов, гинекологов и неврологов за последние 3 месяца. Использованы: клинико-психопатологический и анамнестический методы (выявление аффективных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных расстройств и соматоформных дисфункций); ретроспективный анализ истории развития ребёнка, структуры семьи и стиля воспитания, характера, длительности и возраста начала травматизации; анализ связи уровня половой грамотности с тяжестью ПТСР; психодиагностика тревожности, депрессии и диссоциации (шкалы CDI, BDI, DES); проективные методики («Рисунок семьи», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное») для оценки скрытой агрессии, страхов и заблокированных воспоминаний.

Результаты исследования. Обследовано 11 несовершеннолетних пациентов, перенесших сексуализированную травму. При амбулаторном приёме фиксировался факт, характер (изолированный или пролонгированный), длительность и возраст начала сексуальной травматизации. По психологическому отношению к травме: выраженное самообвинение — 27% (3 пациента), дети искренне считали себя виновниками произошедшего («я сам виноват», «я спровоцировал»); высокий уровень аутоагрессии — 18% (2 пациента), проявлялся в виде селфхарма (порезы, расчёсы) и суицидальных мыслей. По уровню знаний о личной безопасности на момент травмы: полное отсутствие знаний — 60% (12 пациентов) — не знали о «правиле нижнего белья» и не умели дифференцировать «хорошие» и «плохие» прикосновения; фрагментарные знания — 25% (5 пациентов) — слышали о правилах безопасности, но не смогли применить их в критической ситуации; достаточный уровень грамотности — 72% (8 пациентов) — знания помогли быстро прекратить контакт с агрессором и инициировать экстренное раскрытие травмы. По клинической картине последствий: симптомокомплекс ПТСР — 100% (11 пациентов) — стойкие флешбэки, интрузивные (навязчивые) воспоминания, выраженное избегающее поведение; депрессивный синдром — 100% (11 пациентов) — сниженный фон настроения, ангедония, нарушения сна и аппетита; диссоциативные расстройства — 45% (5 пациентов) — деперсонализация и дереализация как защитный механизм психики в момент и после травмы; деструктивное сексуализированное поведение — 64% (7 пациентов) — компульсивная гиперсексуальность, неуместная мастурбация, сексуализированная агрессия по отношению к сверстникам/игрушкам.

Выводы. Уровень знаний детей о личной безопасности и половом воспитании играет важную роль в предотвращении и раскрытии сексуальной травматизации. Наиболее уязвимы дети, не умеющие дифференцировать «хорошие» и «плохие» прикосновения либо не способные применить знания в критической ситуации, что подчёркивает необходимость программ первичной психопрофилактики.

Шоназарова М.А., Ураков К.З., Зокирова М.Н.

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Оценить эффективность первичной медикаментозной кардиопротекции в профилактике кардиоваскулярных осложнений полихимиотерапии у больных острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. Обследовано 140 больных ОЛЛ, получавших полихимиотерапию по протоколам «ОЛЛ-2009» и «Ph+ ALL-2012m». Пациенты высокого и среднего кардиоваскулярного риска, определённого по шкале HFA-ICOS, получали первичную медикаментозную кардиопротекцию: ингибиторы АПФ (эналаприл или рамиприл), β -адреноблокаторы (карведилол или бисопролол) и статины (аторвастатин) — назначаемые дифференцированно с учётом исходного профиля риска и сопутствующей патологии. Кардиоваскулярный статус оценивали в динамике в четырёх точках (до начала лечения, после 1-го и 3-го циклов и по завершении полихимиотерапии) с помощью эхокардиографии (фракция выброса левого желудочка, показатели диастолической функции), электрокардиографии и определения кардиоспецифических биомаркёров (высокочувствительный тропонин I, NT-proBNP). Контролировали также показатели коагулограммы и переносимость противоопухолевой терапии. Кардиотоксичность оценивали согласно современным критериям CTRCD.

Результаты исследования. На фоне первичной кардиопротекции кардиотоксичность, связанная с противоопухолевой терапией (CTRCD), развивалась в 2,7 раза реже, чем в группе без кардиопротекции. Снижение фракции выброса левого желудочка ниже 53 % регистрировалось в 2,4 раза реже, среднее падение фракции выброса было в 2,3 раза меньше, а диастолическая дисфункция встречалась более чем в 3 раза реже, что свидетельствует о защитном действии кардиопротекции в отношении как систолической, так и ранней диастолической функции миокарда. Частота венозных тромбозов на фоне кардиопротекции оказалась ниже в 4,5 раза. Необходимость прерывания полихимиотерапии по кардиальным причинам снизилась в 4,7 раза при сохранении запланированной дозовой интенсивности лечения. Показатели противоопухолевого ответа между подгруппами достоверно не различались, что подтверждает онкологическую безопасность кардиопротективного вмешательства. Двухлетняя общая выживаемость была выше в группе кардиопротекции (70,0 % против 38,8 %), а сердечно-сосудистая смертность в периоде ремиссии — ниже в 4,3 раза.

Выводы. Первичная медикаментозная кардиопротекция с применением ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов и статинов достоверно снижает частоту кардиоваскулярных осложнений и прерываний полихимиотерапии у больных острым лимфобластным лейкозом, не ухудшая противоопухолевый ответ, и сопровождается повышением общей выживаемости и снижением сердечно-сосудистой смертности. Раннее назначение кардиопротекции пациентам высокого и среднего риска целесообразно включить в стандарты ведения больных острым лимфобластным лейкозом.

Шоназарова М.А., Ураков К.З., Ибрагимов А.Ф.

ОПТИМИЗАЦИЯ ШКАЛЫ HFA-ICOS ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

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

Цель исследования. Оценить прогностическую значимость шкалы HFA-ICOS в стратификации кардиоваскулярного риска у больных острым лимфобластным лейкозом.

Материал и методы. У 140 больных ОЛЛ перед началом полихимиотерапии проведена стратификация кардиоваскулярного риска по шкале HFA-ICOS с выделением групп низкого, среднего, высокого и очень высокого риска. Всем пациентам выполнено комплексное исходное кардиологическое обследование, включавшее эхокардиографию, электрокардиографию и определение кардиоспецифических биомаркёров (высокочувствительный тропонин I, NT-proBNP). В динамике лечения (в четырёх контрольных точках) оценивали развитие кардиотоксичности, связанной с противоопухолевой терапией (CTRCD), изменения фракции выброса левого желудочка и уровней биомаркёров, а также двухлетнюю общую выживаемость. Проведён анализ соответствия исходной категории риска по шкале HFA-ICOS фактической частоте развившихся кардиоваскулярных осложнений и изучены дополнительные предикторы, специфичные для гемобластозов.

Результаты исследования. Группу высокого и среднего кардиоваскулярного риска, нуждающуюся в первичной кардиопротекции, составили 33,3 % пациентов. Шкала HFA-ICOS обеспечивала достоверное разделение больных по исходному профилю риска, однако в существующем виде недооценивала его у данной категории пациентов: у больных категории низкого риска, не имевших формальных показаний к кардиопротекции, дисфункция миокарда развивалась более чем в половине случаев. Развитие CTRCD ассоциировалось с достоверным снижением двухлетней общей выживаемости, что подчёркивает клиническое значение точной исходной стратификации. Установлено, что дополнение шкалы специфическими для гемобластозов параметрами — тяжёлой анемией, тромбоцитопенией и признаками системного воспаления — повышает точность прогнозирования кардиоваскулярных осложнений и позволяет своевременно выделять пациентов, нуждающихся в кардиопротекции.

Выводы. Шкала HFA-ICOS применима для стратификации кардиоваскулярного риска у больных острым лимфобластным лейкозом, однако в существующем виде недооценивает его. Дополнение шкалы гематологическими параметрами (тяжёлая анемия, тромбоцитопения, системное воспаление) и соответствующее расширение показаний к первичной кардиопротекции позволяют повысить прогностическую ценность шкалы, оптимизировать отбор пациентов для кардиопротекции и улучшить исходы лечения.

Шопулов Ш.А.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ IL-17A G-197A И TLR4 Asp299Gly В РАЗВИТИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Кафедра внутренних болезней №3, Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Цель исследования. Оценить ассоциацию полиморфизмов IL-17A G-197A (rs2275913) и TLR4 Asp299Gly (rs4986790) с развитием урогенитального реактивного артрита и определить их потенциальную диагностическую и прогностическую значимость.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование по типу «случай–контроль», включавшее 52 пациента с урогенитальным реактивным артритом и 60 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Диагноз реактивного артрита устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, лабораторного обследования и молекулярной верификации урогенитальной инфекции. Генотипирование полиморфизмов IL-17A G-197A (rs2275913) и TLR4 Asp299Gly (rs4986790) выполнялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Анализировали частоту распределения аллелей и генотипов, рассчитывали отношение шансов (OR), 95% доверительный интервал (95% ДИ), чувствительность (Se), специфичность (Sp), площадь под ROC-кривой (AUC), а также оценивали соответствие распределения генотипов равновесию Харди–Вайнберга. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с урогенитальным реактивным артритом преобладали клинические проявления асимметричного олигоартрита нижних конечностей в сочетании с энтезитами и урогенитальными симптомами. Молекулярно-генетический анализ показал, что полиморфизм TLR4 Asp299Gly (rs4986790) не был достоверно ассоциирован с развитием заболевания: частота аллеля Gly составила 16,35 % против 10,00 % в контрольной группе (OR=1,76; 95% ДИ 0,80–3,88; $p=0,158$). Напротив, для полиморфизма IL-17A G-197A (rs2275913) выявлены статистически значимые различия. Частота аллеля A у пациентов составила 38,89 %, тогда как в группе контроля — 13,33 % (OR=4,14; 95% ДИ 2,15–7,95; $p<0,001$). Генотип GA встречался у 48,15 % пациентов против 20,00 % в контроле (OR=3,71; 95% ДИ 1,62–8,50; $p=0,001$), а генотип AA — у 14,81 % и 3,33 % соответственно (OR=5,04; 95% ДИ 1,02–24,91; $p=0,030$). Полученные результаты свидетельствуют о значимой ассоциации аллеля A и генотипов GA/AA гена IL-17A с развитием урогенитального реактивного артрита, тогда как диагностическая ценность полиморфизма TLR4 Asp299Gly подтверждена не была.

Вывод. Полиморфизм IL-17A G-197A (rs2275913) ассоциирован с повышенным риском развития урогенитального реактивного артрита и может рассматриваться как перспективный молекулярно-генетический маркер заболевания. Полиморфизм TLR4 Asp299Gly (rs4986790) статистически значимой связи с развитием заболевания не продемонстрировал.

Шукуров С.Г.^{1,2}, Раджабов А.С.², Икромзода К.И.²

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ИНФОРМАЦИОННОЙ ЛОГИСТИКИ ДЛЯ СБОРА И ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Межрайонный учебно-клинический центр семейной медицины Раштского района; ²Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Разработать структуру автоматизированной системы информационной логистики (АСИЛ), в которой сведения о лице, обследуемом на туберкулёз, последовательно переходят от скрининга и регистрации контакта к диагностике, назначению лечения и учёту его исхода.

Материал и методы. Исследование выполнено в Раштском, Таджикабадском, Нурабадском, Сангворском и Лахшском районах. Анализировали порядок заполнения и передачи формы №036, журналов ТБ-03/ТБ-03У, отчётов ТБ-07/ТБ-07У и Формы-8, а также движение показателей между OpenMRS и DHIS2 за 2022 г. Во время мониторинговых посещений прослеживали каждый этап: первичную запись события, повторное внесение сведений, формирование отчёта и его последующую проверку. Установленные разрывы информационного маршрута были использованы при разработке АСИЛ и двух индивидуальных электронных карт в 2024–2025 гг.

Результаты исследования. Документальный аудит показал, что одни и те же сведения проходят через несколько бумажных и электронных источников и не всегда образуют единую прослеживаемую цепочку. Поэтому в АСИЛ учёт построен вокруг индивидуального маршрута обследуемого. Форма №1 включает регистрацию, факторы риска, симптомы, рентгенологический скрининг и направление на дальнейшее обследование. При использовании компьютерной поддержки интерпретации рентгенограммы в карте предусмотрена запись автоматизированного заключения. В форме №2 фиксируются результаты GeneXpert и других исследований, заключение фтизиатра и врачебной комиссии, диагноз, начало и исход лечения. Зоны ответственности разделены между санитарно-эпидемиологической службой, ПМСП, противотуберкулёзной службой и специалистами базы данных. Каждая запись последовательно проверяется исполнителем, координатором и специалистом базы данных. Архитектура рассчитана на 1235 точек ввода: 75 санитарно-эпидемиологических, 950 ПМСП, 140 общественных организаций и 70 противотуберкулёзных. Для учреждений с нестабильным интернетом предусмотрен мобильный ввод с последующей синхронизацией; веб-интерфейс используется при работе в сети. Сводные данные можно анализировать по территории, группе риска, возрасту, полу, этапу диагностики и исходу лечения.

Выводы. АСИЛ связывает скрининг, диагностику и лечение в одной записи и позволяет установить, на каком этапе и кем внесены сведения. Такой подход упрощает проверку полноты данных и снижает зависимость отчётности от повторного ручного переноса. Фактическое влияние системы на качество и своевременность информации следует оценить после накопления достаточного объёма данных.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СБОРА, ХРАНЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РАЙОНАХ РАШТСКОГО РЕГИОНА

¹ Межрайонный учебно-клинический центр семейной медицины Раштского района;

² Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Обосновать совершенствование организации сбора, хранения и передачи информации по туберкулёзу в районах Раштского региона Республики Таджикистан на основе межисточниковой сверки данных и разработки автоматизированной системы информационной логистики (АСИЛ).

Материал и методы. Проведён ретроспективный документальный анализ учёта и отчётности за 2022 г. в Раштском, Таджикабадском, Нурабадском, Сангворском и Лахшском районах. Сопоставляли сведения формы №036, журналов ТБ-03/ТБ-03У, отчётов ТБ-07/ТБ-07У, Формы-8 и электронных систем OpenMRS и DHIS2. В анализ включены 134 заполненные формы №036 и 151 запись OpenMRS. Эти массивы рассматривали отдельно с учётом различий в назначении документов и составе учитываемых случаев. Сравнивали районные значения показателей, прослеживали порядок их переноса из первичной документации в сводную отчётность. Выявленные недостатки использовали для обоснования функциональных требований к АСИЛ.

Результаты исследования. Расхождения между OpenMRS и DHIS2 установлены во всех пяти районах. При суммировании районных значений число учтённых случаев составило соответственно 151 и 101. В Раштском районе показатели равнялись 37 и 2, в Сангворском — 13 и 44, в Нурабадском — 44 и 22, в Лахшском — 27 и 2, в Таджикабадском — 30 и 31. Разнонаправленные расхождения указывают на несогласованность учёта; разность суммарных значений не может трактоваться как число пропущенных больных. Повторное внесение сведений в бумажные и электронные источники сопровождалось нарушением их сопоставимости на районном и центральном уровнях. В рамках исследования разработана организационная структура АСИЛ с двумя связанными индивидуальными электронными картами. Первая предназначена для регистрации обследуемого, факторов риска, результатов скрининга и направления на обследование. Вторая содержит результаты диагностики, заключение специалистов, сведения о назначении лечения и его исходе. Предусмотрены последовательная проверка записи исполнителем, координатором и специалистом базы данных, а также мобильный ввод с последующей синхронизацией при восстановлении связи.

Выводы. Сопоставление источников выявило несогласованность данных по туберкулёзу во всех обследованных районах. Совершенствование информационного обмена требует единых правил регистрации и регулярной сверки первичной документации с электронной отчётностью. Предложенная структура АСИЛ направлена на сохранение связи между этапами обследования и лечения и разграничение ответственности за качество записи. Влияние системы на полноту и своевременность данных подлежит отдельной оценке после внедрения.

Шукурова Р.А., Зубайдов Р.Н., Самадова М.Г.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

Цель исследования. Выявление изменений в церебральной гемодинамике и биоэлектрической активности головного мозга у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при помощи реоэнцефалографии (РЭГ) и электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Материал и методы. Нами были исследованы 82 мужчин, больных ИБС в возрасте от 40 до 59 лет. Больные были распределены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 32 пациента стенокардией напряжения I-II функциональных классов, во 2-ю группу – 23 больных со стенокардией напряжения III-IV функциональных классов, в 3-ю группу – 27 больных, перенесших инфаркт миокарда. Диагноз ИБС устанавливали по критериям ВОЗ и классификации функциональной активности болезни по результатам пробы с физической нагрузкой на велоэргометре. РЭГ записывали с фронтотомоидальных отведений обоих полушарий головного мозга на реоплетизмографе РПГ-2-02, присоединенном к 17-канальному электроэнцефалографу. Исследования проводили в покое и во время нитроглицериновой пробы. РЭГ анализировали по форме кривой. Электроэнцефалографическое исследование проводили как в покое, так и во время функциональных проб: открывание и закрывание глаз, гипервентиляции в течение 3 минут, мимической фотостимуляции в течение 5 секунд с частотой 4-30 Гц. Данные РЭГ и ЭЭГ обрабатывали визуально.

Результаты исследования. Анализ РЭГ, снятых в состоянии покоя показал, что более чем у 60% обследованных наблюдались патологические изменения кривых (в виде горбовидного, двухфазного типа плато). Патологические изменения кривых выявлены у 44,1% больных 1-й группы и у 70% больных 2-й и 3-й групп. Кровенаполнение сосудов головного мозга, по данным РЭГ, было снижено во всех группах. Исследование после нитроглицериновой пробы указывает на увеличение мозгового кровотока по сравнению с исходными данными и свидетельствует о сохранности упругости и эластичности мелких и средних сосудов головного мозга. Изменения показателей ЭЭГ у больных ИБС носили диффузный характер. Это проявлялось в дезорганизации, деформации, нерегулярности и замедленности доминирующего ритма особенно после функциональных проб. Эти данные свидетельствуют о гипоксии в срединных образованиях головного мозга. ЭЭГ картина после нитроглицериновой пробы изменялась незначительно, а у больных 2-й и 3-й групп она оставалась без изменений. Сравнивая результаты РЭГ и ЭЭГ в целом можно предполагать, что существует определенная закономерность в распределении энергии колебаний.

Выводы. ИБС сопровождается значительными изменениями церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга. Степень их выраженности в определенной мере зависит от функционального класса сте-

нокардии. Изменения гемодинамики заключаются в повышении тонуса и снижении кровенаполнения преимущественно мелких и средних мозговых сосудов, причем эти изменения имеют спастическую природу. Изменения биоэлектрической активности указывают на признаки гипоксии не только в коре, но и в глубинных структурах головного мозга.

Шукурова Р.А., Зубайдов Р.Н., Самадова М.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность медикаментозных методов психотропного лечения (ПЛ) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Нами было обследовано 76 больных РА, из них 19 (25%) мужчин и 57 (75%) женщин. Средний возраст пациентов был $44,2 \pm 1,2$ года. Средняя продолжительность заболевания была $7,5 \pm 0,5$ года. Диагноз РА был установлен согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (1997). Все больные консультировались с невропатологом. В лечении пациентов использовались метотрексат, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), при необходимости гормональная терапия. Больным с неврологическими нарушениями (НН) проводилось ПЛ.

Результаты исследования. НН были выявлены у 48 (64%) больных РА. 28 пациентов, у которых НН не были выявлены составили контрольную группу. Наиболее часто (у 46 (60,5%) больных) диагностировали астеновегетативные нарушения. У 18 (23,6%) больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных нарушений, у 10 (13,1%) – ипохондрических, у 7 (9,2%) – истерических. Основными определяющими факторами НН были длительность заболевания, возраст больных и степень функциональной недостаточности суставов (НФС). В начале заболевания у молодых больных (до 30 лет) НН были незначительными по типу астеновегетативных и истерических расстройств. По мере увеличения продолжительности болезни и возраста обследованных НН встречались чаще и становились более выраженными. У больных от 30 до 50 лет в основном диагностировались эмоциональные, а у пациентов старше 50 лет – ипохондрические нарушения. Выраженность НН была прямопропорциональна степени НФС. ПЛ проводили с применением общеукрепляющих препаратов, физиотерапии (воротник по Щербаку, дарсонвализация), седативных средств (глицин, персен, новопассит, настойка пиона), а при выраженных НН – антидепрессантами (амилтриптилин) и транквилизаторами (фенозепам). Дополнительно назначались растительные средства с седативным (пустырник, валериана) или активизирующим (элеутерококк, женьшень) действием. Курс лечения зависел от вида терапии (10-20 дней). У 26 (56,5%) больных с НН курс лечения привел к полной, а у 15 (32,6%) – к значительной редукции симптоматики. У 5 (10,9%) пациентов лечение эффекта не дало. После курса комплексного лечения с применением ПЛ 30 (65,2%) больных результат лечения оценили как положительный, 11 (23,9%) – как удовлетворительный и 5 (10,9%) – как неудовлетворительный. В контрольной группе (28 пациентов без НН) такие результаты отмечали соответственно 15 (53,5%), 8 (28,5%) и 5 (17,8%) больных.

Выводы. Присоединение ПЛ к противоревматическим препаратам в терапии больных РА является оправданным, так как способствует уменьшению невротической напряженности, улучшает общее состояние пациентов, создает благоприятный психоэмоциональный фон для продолжения дальнейшего лечения, оказывает седативное действие и способствует усилению анальгетического действия НПВП.

Юлдашева М.У., Ниязова Н.Ф.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня витамина D с показателями углеводного обмена и особенностями течения сахарного диабета 2 типа (СД2) у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 50 пациентов с СД2, находившихся на стационарном лечении в ГМЦ им. Карима Ахмедова. Возраст обследованных составлял от 37 до 70 лет, средний возраст – $53,8 \pm 1,9$ года. Длительность СД2 варьировала от 1 до 10 лет. В исследование включали пациентов с СД2; для дальнейшего анализа были отобраны лица с избыточной массой тела и ожирением. Проводили анкетирование, сбор анамнеза и антропометрическое обследование с определением роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ). Лабораторное исследование включало определение глюкозы крови, гликированного гемоглобина (HbA1c) и 25-гидроксивитамина D [25(OH)D]. Уровень 25(OH)D определяли методом хемилюминесцентного иммуноанализа. Значение менее 10 нг/мл расценивали как выраженный дефицит, 10–20 нг/мл – как дефицит, 20–30 нг/мл – как недостаточность, 30–150 нг/мл – как адекватный уровень. Статистическую обработку данных проводили с использованием Microsoft Excel 2017.

Результаты исследования. Из 50 обследованных пациентов у 3 (6,0%) была нормальная масса тела (ИМТ $18,0 - 24,9$ кг/м²), поэтому они были исключены из дальнейшего анализа. В анализ вошли 47 пациентов с избыточной массой тела и ожирением: 31 (66,0%) женщина и 16 (34,0%) мужчин.

Избыточная масса тела (ИМТ $25,0 - 29,9$ кг/м²) выявлена у 30 (63,8%) пациентов; средний уровень 25(OH)D составил $10,9 \pm 0,8$ нг/мл. Ожирение I степени диагностировано у 9 (19,1%) пациентов, средний уровень 25(OH)D – $11,8 \pm 2,9$ нг/мл; ожирение II степени – у 5 (10,6%), уровень 25(OH)D – $16,5 \pm 5,2$ нг/мл. Ожирение III степени (ИМТ ≥ 40 кг/м²) выявлено у 3 (6,4%) пациентов, средний уровень 25(OH)D составил $10,6 \pm 0,9$ нг/мл.

Средний уровень 25(ОН)D в анализируемой группе составил $11,4 \pm 0,8$ нг/мл, что соответствовало дефициту витамина D по использованным критериям. Средний уровень HbA1c составил $9,9 \pm 0,3\%$, а глюкозы крови - $13,1 \pm 0,5$ ммоль/л, что указывало на неудовлетворительный гликемический контроль. У большинства пациентов отмечались поздние осложнения СД2; наиболее часто регистрировалась дистальная сенсомоторная диабетическая полинейропатия. Низкие значения 25(ОН)D наблюдались у пациентов с ожирением и неудовлетворительным гликемическим контролем.

Выводы. У обследованных пациентов с СД2, избыточной массой тела и ожирением выявлен выраженный дефицит витамина D: средний уровень 25(ОН)D составил $11,4 \pm 0,8$ нг/мл. Одновременно отмечался неудовлетворительный гликемический контроль, о чем свидетельствовали средние значения HbA1c $9,9 \pm 0,3\%$ и глюкозы крови $13,1 \pm 0,5$ ммоль/л. Среди поздних осложнений наиболее часто регистрировалась дистальная сенсомоторная диабетическая полинейропатия. Полученные данные демонстрируют сочетание дефицита витамина D с ожирением и неудовлетворительным контролем СД2; для подтверждения самостоятельной взаимосвязи 25(ОН)D с показателями гликемического контроля и хроническими осложнениями необходим корреляционный анализ и исследование на большей выборке.

Юлдашева М.У.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА D, АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра эндокринологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Оценить взаимосвязь уровней витамина D, адипонектина и лептина с индексом массы тела у лиц с различной массой тела.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 90 пациентов мужского и женского пола в возрасте 20–60 лет, находившихся на стационарном лечении в ГМИЦ №1 им. Карима Ахмедова. Выполняли сбор анамнеза и антропометрическое исследование с определением роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и бедер. Лабораторное обследование включало определение концентрации глюкозы крови, показателей липидного обмена, инсулина, 25(ОН)D, адипонектина и лептина. Статистическую обработку проводили в Microsoft Excel 2017. Для оценки взаимосвязи антропометрических показателей с уровнями адипонектина и лептина использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты исследования. Среди 90 обследованных было 77 (85,6%) женщин и 13 (14,4%) мужчин. Нормальную массу тела имели 29 (32,2%) человек, избыточную массу тела - 27 (30,0%); ожирение I, II и III степени выявлено соответственно у 20 (22,2%), 9 (10,0%) и 5 (5,6%) пациентов. Средняя концентрация 25(ОН)D составила $14,8 \pm 2,6$ нг/мл. По мере увеличения ИМТ отмечалось последовательное снижение уровня витамина D: с $18,4 \pm 3,1$ нг/мл при нормальной массе тела до $15,6 \pm 2,8$ нг/мл при избыточной массе тела, $12,4 \pm 2,3$ нг/мл при ожирении I степени, $10,8 \pm 2,1$ нг/мл при ожирении II степени и $9,3 \pm 1,9$ нг/мл при ожирении III степени.

Средний уровень адипонектина составил $23,8 \pm 5,5$ мкг/мл и также снижался с увеличением степени ожирения: с $34,1 \pm 8,2$ мкг/мл при нормальной массе тела до $24,1 \pm 5,7$; $16,2 \pm 3,8$; $13,5 \pm 3,1$ и $10,8 \pm 2,7$ мкг/мл соответственно при избыточной массе тела и ожирении I–III степени. Уровень лептина изменялся в противоположном направлении: от $7,8 \pm 2,1$ нг/мл при нормальной массе тела до $13,6 \pm 3,4$ нг/мл при избыточной массе тела, $21,8 \pm 5,2$ нг/мл при ожирении I степени, $29,7 \pm 6,1$ нг/мл при ожирении II степени и $38,5 \pm 7,4$ нг/мл при ожирении III степени. Между ИМТ и уровнем адипонектина выявлена отрицательная корреляционная связь ($r = -0,52$; $p < 0,05$), а между ИМТ и уровнем лептина - положительная ($r = 0,61$; $p < 0,05$).

Выводы. 1. Увеличение ИМТ сопровождается последовательным снижением концентрации 25(ОН)D, наиболее выраженным при ожирении II–III степени. 2. По мере увеличения массы тела уровень адипонектина снижается, тогда как концентрация лептина возрастает; выявленные корреляционные связи подтверждают разнонаправленный характер изменений этих адипокинов при увеличении ИМТ. 3. Сочетание снижения уровня витамина D и адипонектина с повышением лептина у лиц с ожирением может отражать комплексные гормонально-метаболические изменения жировой ткани, ассоциированные с увеличением массы тела.

Юнусов М.Р., Исоева М.Б., Хочиев Х.М.

НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ИСХОДОВ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра неврологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Обобщить данные литературы о диагностической и прогностической значимости нейросонографии, включая доплерографическую оценку мозгового кровотока, в отношении риска неврологических и когнитивных нарушений у детей, перенёсших гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы (ГИП ЦНС).

Материалы и методы исследования. Проведён аналитический обзор публикаций по проблеме нейросонографической диагностики ГИП ЦНС у новорождённых, включая монографии (Пальчик А.Б., Шабалов Н.П., 2013), систематические обзоры и оригинальные исследования, размещённые в базах PubMed, eLibrary и профильных рецензируемых изданиях.

Результаты исследования. По данным ВОЗ (2020), гипоксически-ишемическая энцефалопатия встречается у 2–4 новорождённых на 1000 живорождений, а в странах с ограниченными ресурсами здравоохранения частота может быть в несколько раз выше (Volpe J.J., 2018); когнитивные расстройства у перенёсших гипоксию детей сохраняются в

30–50% случаев (Шабалов Н.П., 2019; Kurinczuk J.J. et al., 2010). Нейросонография (НСГ) через большой родничок остаётся безопасным, доступным и высокоинформативным методом динамического прикроватного наблюдения, позволяющим выявлять структурные изменения мозговой ткани, желудочковой системы, признаки перивентрикулярной лейкомаляции и внутрижелудочковых кровоизлияний на самых ранних этапах (Гузева В.И., 2017; Steggerda S.J. et al., 2021). Допплерографическая оценка резистивного индекса (РИ) мозговых артерий дополняет структурную оценку: показатели РИ снижаются с увеличением гестационного возраста и степенью тяжести состояния новорождённого ($0,88 \pm 0,17$ у недоношенных против $0,74 \pm 0,20$ у доношенных детей, $p < 0,05$); стойкое снижение РИ в остром периоде после асфиксии, отражающее утрату ауторегуляции мозгового кровотока («фроскошная перфузия»), рассматривается как признак неблагоприятного прогноза, тогда как восстановление показателя до $0,68–0,72$ соответствует фазе благоприятного восстановления сосудистой резистентности. Вместе с тем прогностическая ценность изолированных нейросонографических данных именно в отношении отдалённых когнитивных функций (в отличие от грубых структурных и двигательных нарушений) остаётся дискуссионным вопросом в современной литературе.

Выводы. Нейросонография с доплерографической оценкой мозгового кровотока представляет собой ценный неинвазивный инструмент раннего и динамического выявления структурного и гемодинамического поражения мозга у новорождённых с ГИП ЦНС, наиболее информативный в отношении тяжёлых структурных и двигательных нарушений. Ограниченная и дискуссионная прогностическая ценность изолированной НСГ в отношении когнитивного развития обосновывает необходимость её комплексного применения совместно с биохимическими маркерами повреждения нервной ткани и стандартизированной нейropsychологической оценкой для повышения точности ранней стратификации риска когнитивного дефицита.

Юнусов М.Р., Исоева М.Б. Хочиев Х.М.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ ТКАНИ (S100B, NSE) В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Цель исследования. Обобщить данные литературы о диагностической и прогностической ценности сывороточных биомаркеров повреждения нервной ткани — белка S100B и нейроспецифической эналазы (NSE) — в отношении неврологических и когнитивных исходов у новорождённых с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы (ГИП ЦНС).

Материалы и методы исследования. Проведён аналитический обзор публикаций по проблеме биохимической диагностики ГИП ЦНС у новорождённых, включая оригинальные проспективные исследования и систематические обзоры, размещённые в базах PubMed, eLibrary и профильных рецензируемых изданиях (в том числе Gang S. et al., 2024, Acta Paediatrica; Massaro A.N. et al.; Douglas-Escobar M., Weiss M.D., 2015).

Результаты исследования. S100B — кальций-связывающий белок астроглии, NSE — нейрон-специфический гликолитический фермент; оба маркера высвобождаются в кровь при ишемическом повреждении нервной ткани и рассматриваются как потенциальные индикаторы тяжести и репаративных процессов (Isgro M.A. et al., 2015). В проспективном исследовании S. Gang и соавт. (2024, $n=34$) уровень S100B, определённый на первые сутки жизни, показал наилучшую прогностическую ценность в отношении нейрокогнитивного исхода: площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,820, положительная и отрицательная прогностическая ценность — 72,7% и 90,5% соответственно; для NSE AUC составила 0,757 при положительной и отрицательной прогностической ценности 43,8% и 81,3%; выраженно патологическая аЭЭГ и патологические изменения на МРТ также значимо коррелировали с исходом ($p=0,024$ и $p=0,001$). В другом проспективном исследовании новорождённых, получавших терапевтическую гипотермию, уровни S100B и NSE, определяемые в первые 72 часа охлаждения, показали AUC 0,786 и 0,814 соответственно для прогноза тяжёлого исхода и достоверно коррелировали с нейрорадиологическими и клиническими признаками повреждения мозга. По данным обобщающего систематического анализа (Douglas-Escobar M., Weiss M.D. и др.), S100B и NSE признаются надёжными биомаркерами неонатального повреждения мозга в большинстве исследований и хорошо коррелируют с данными нейровизуализации и отдалённым нервно-психическим развитием, при этом S100B является наиболее изученным и, по имеющимся данным, превосходит NSE по прогностической точности. Комбинирование S100B/NSE с дополнительными биомаркерами (в частности, микроРНК-210 и микроРНК-374a) в отдельных исследованиях повышает диагностическую точность в отношении тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии и коррелирует с показателями неврологической и интеллектуальной оценки по шкале Gesell.

Выводы. Сывороточные уровни S100B и NSE, определённые в первые сутки и в первые 72 часа после гипоксически-ишемического повреждения ЦНС, обладают доказанной прогностической ценностью в отношении неврологического исхода у новорождённых, при этом S100B в большинстве исследований демонстрирует более высокую диагностическую точность, чем NSE. Сочетание биохимических маркеров с данными аЭЭГ и МРТ достоверно повышает точность ранней стратификации риска, что обосновывает разработку комплексных прогностических моделей, объединяющих лабораторные, нейрофизиологические и нейровизуализационные показатели, для ранней идентификации детей группы риска когнитивных нарушений и персонализации тактики их наблюдения и реабилитации.

Юнусов М.Р., Косимов С.С., Исоева М.Б.

РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра неврологии «ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан
ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Оценить диагностическую и прогностическую значимость нейросонографических показателей в выявлении ранних признаков нарушений нервно-психического развития у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в отделении детской неврологии Государственного учреждения «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”». Проведён ретроспективный анализ клинико-инструментальных данных 32 детей в возрасте от рождения до 1 года, находившихся на стационарном лечении с января по март 2026 года.

В исследование включались дети первого года жизни с неврологической симптоматикой и подозрением на нарушение нервно-психического развития. Проводилась оценка анамнеза, неврологического статуса, сроков формирования основных психомоторных навыков с учётом возраста ребёнка.

Нейросонографическое исследование выполнялось через большой родничок с оценкой состояния мозговой ткани, желудочковой системы, межполушарной щели, ликворных пространств и сосудистых сплетений. Анализировались наличие и выраженность венрикуломегалии, расширения ликворных пространств, признаки гипоксически-ишемических изменений, перивентрикулярных изменений и других структурных отклонений.

Для оценки прогностической значимости НСГ-показателей проводилось сопоставление выявленных структурных изменений с клиническими проявлениями и признаками задержки нервно-психического развития. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики, сравнительный и корреляционный анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных детей составил $5,8 \pm 3,4$ месяца. Мальчики составили 19 (59,4%), девочки - 13 (40,6%).

По данным клинко-неврологического обследования, признаки задержки нервно-психомоторного развития выявлены у 18 детей (56,3%). Повышение мышечного тонуса отмечалось у 15 (46,9%), двигательные нарушения - у 13 (40,6%), признаки внутричерепной гипертензии - у 10 (31,3%), судорожный синдром - у 7 (21,9%) пациентов.

По данным нейросонографии структурные изменения головного мозга выявлены у 24 детей (75,0%). Венрикуломегалия определялась у 12 пациентов (37,5%), расширение наружных ликворных пространств - у 9 (28,1%), признаки гипоксически-ишемического поражения - у 11 (34,4%), перивентрикулярные изменения - у 7 (21,9%). У части детей отмечалось сочетание нескольких нейросонографических признаков.

При сопоставлении результатов НСГ с клиническими данными задержка нервно-психомоторного развития чаще наблюдалась у детей с сочетанием венрикуломегалии и признаков гипоксически-ишемического поражения головного мозга. У детей без структурных изменений по данным НСГ признаки выраженной задержки развития встречались реже.

Наиболее выраженные нарушения нервно-психомоторного развития отмечались у детей с сочетанием структурных изменений желудочковой системы и признаков поражения перивентрикулярного белого вещества. Выявлена положительная связь между выраженностью нейросонографических изменений и наличием двигательных нарушений.

Комплексная оценка клинических и нейросонографических показателей показала, что наличие венрикуломегалии, перивентрикулярных изменений и признаков гипоксически-ишемического поражения может рассматриваться как потенциально значимый фактор при раннем выявлении детей с риском нарушения нервно-психомоторного развития.

Выводы. Нейросонография является информативным и доступным методом раннего выявления структурных изменений головного мозга у детей первого года жизни.

Наиболее значимыми нейросонографическими признаками, ассоциированными с нарушениями нервно-психомоторного развития, являются венрикуломегалия, перивентрикулярные изменения и признаки гипоксически-ишемического поражения.

Комплексная оценка клинических проявлений и данных нейросонографии позволяет своевременно выделять детей группы риска по нарушениям нервно-психомоторного развития и может использоваться как основа для дальнейшего динамического наблюдения и построения прогностических моделей.

Юсупова М.Х.

ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

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

Цель исследования. Оценить особенности клинической картины и 5-летнюю выживаемость больных ИБС после перенесенного инфаркта миокарда на фоне депрессивных расстройств (ДР).

Материал и методы. Включен 48 пациент, перенесшие инфаркт миокарда давностью более 6 месяцев: первая группа – 29 больных ИБС с депрессией и вторая – 19 больных ИБС без депрессии. Особенности клиники коронарной болезни оценивались по жалобам, и пробам с физической нагрузкой. Наличие и выраженность ДР определялись с помощью психометрических шкал (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS и Шкала депрессии Бека – BDI) и заключения психиатра. Информация о трехлетней выживаемости была получена методом телефонного интервью с пациентами и их родственниками.

Результаты исследования. Больные ИБС с ДР в сравнении с пациентами без ДР значительно чаще жаловались на ангинозные боли 5 раз в неделю ($p=0,0001$) и чаще требовалось использование нитроглицерина 2 таблеток ($p=0,0001$). Также пациенты с аффективными расстройствами хуже выполняли нагрузочные пробы: при использовании теста шестиминутной ходьбы – 370 метров и 435 метров ($p=0,04$), при выполнении велоэргометрии – 50 Вт, 75 Вт ($p=0,03$). В группе больных коронарной болезнью в сочетании с ДР в сравнении с больными без расстройств психики

выжило значительно меньше пациентов и отмечалось большее число летальных исходов от сердечно-сосудистых катастроф ($p=0,04$).

Выводы. Коморбидность ИБС и депрессивных расстройств приводит к ухудшению клинического течения коронарной болезни и прогноза больных, что актуализирует необходимость верификации диагноза депрессивные расстройства и их коррекции.

Юсупова М.Х.

ОЦЕНКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

Цель исследования. Оценить возрастные особенности и приверженность к лечению больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ 92 стационарных медицинских карт больных среднетяжелой и тяжелой БА госпитализированных в пульмонологическое отделение ГМИЦ №2. Выделены 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 42 больных БА в возрасте 20–65 лет, 2-ю группу составили 50 больных старше 65 лет.

Результаты исследования. В 1-й группе больных за последний год обострения БА 2 раза и более отмечались в 35,7% случаев, коморбидная патология (ИБС, ГБ, СД, заболевания ЖКТ) встречалась в 47,6%, отягощенный аллергический анамнез в 59,5% случаев. В этой группе в качестве терапии БА амбулаторно использовали только коротко действующие β_2 агонисты (КДБА) и/или короткодействующие антихолинергики (КДАХ) 12,0% больных. Комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС) / длительного действующие β_2 агонисты (ДДБА) принимали 88% больных, из них 43,2% указывали на их ежедневный прием, а 40,5% больных отмечали клинические симптомы БА (одышка, чувство удушья, заложенности в груди, кашель с мокротой) 2 раза в неделю и более. Во 2-й группе обострения заболевания 2 раза в год и более отмечались у 54,0% пациентов, сопутствующие заболевания выявлялись у 90,0%, аллергический анамнез у 30,0%. Короткодействующие бронхолитики в качестве лечения амбулаторно использовали 44,0% больных. Комбинацию иГКС / ДДБА принимали 48,0% больных, из них только 33,3% больных отмечали их регулярный прием. Из числа больных пожилого возраста получавших базисную терапию 50,0% больных указывали на клинические симптомы БА 2 раза в неделю и более.

Выводы. У больных старшей возрастной группы по сравнению с больными более молодого возраста чаще отмечается недостаточный уровень контроля БА, частая коморбидная патология, низкая приверженность к лечению.

Юшкова О.И., Ходжиев М.А., Нугмонова М.А.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР, ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ, ЯВИВШИЙСЯ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ

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

Цель исследования - изучить механизм воздействия профессионального психоэмоционального фактора при гипокинезии на органы систем работников умственного труда.

Материалы и методы. Мы использовали традиционные методы исследования: проведено анкетное и клиническое исследования в зависимости от класса напряженности труда школьных учителей общеобразовательных школ в зависимости от возраста, стажа работы в профессии и уровня тренированности. Исследовательская работа проведена в двух профессиональных группах работников общеобразовательных школ №35 район Шохмансур г. Душанбе школьных учителей с оценкой двигательной активности и общей физической работоспособности, напряженности трудового процесса. Обследованы школьных учителей и диспетчеров в возрасте, работающие в общеобразовательных школах №35 район Шохмансур г. Душанбе в возрасте $24,5 \pm 2,6$ со стажем работы $15,5 \pm 1,5$ лет. Ко второй группе относились диспетчера кол центра при (возраст $37,2 \pm 3,1$, стаж $15,7 \pm 4,1$), с учетом гендерных различий. В качестве контрольной группы рассмотрели практически здоровых лиц не работающих в сфере образовательных организаций. Всего обследовано около 150 человек.

Результаты исследования. Изучение особенностей профессиональной деятельности работников позволило сформировать профессиональные группы в зависимости от степени вредности и опасности показателей напряженности и тяжести трудового процесса, при проведении практических занятий или лекций. Изучена частота распространённости профессиональных патологий у педагогов в зависимости от возраста и стажа работы на фоне напряженности и перенапряжения трудового процесса. Результаты проведенных исследований показывают, что у 49,5% школьных учителей ведущие основными предметами (математики, физики и др.) в средней школе отмечается напряжению, и перенапряжению, что имеет большое риск для развития различного рода заболеваний в том числе гипертонического болезни и других заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), опорно-двигательного аппарата (ОДА). Анализ проведенных исследований констатирует факт, что у 47,7% школьных учителей школы №35 также отмечают нервного напряжения и перенапряжения во время работы. Показателем, напряженность труда является ведущим профессиональным фактором риска у педагогов обусловлена повышенными психо-эмоциональными, психо-социальными, сенсорными, интеллектуальными и зрительная нагрузка.

Выводы. Постоянной напряженности при выполнении специфического педагогического работы присутствующий в повседневной работе школьных учителей является главным перенапрягающим фактором (гипокинезия) для всего организма, а особенно ЦНС, СССР и ОДА, что является предрасполагающим фактором для развития заболеваний (ИБС, гипертонический болезнь, артрозы, нервно-сенсорные перенапряжения). Профессиональные факторы гипокинезия являются фактором риска развития различного рода заболеваний в зависимости от возраста и стаж работы, особенно

Юшкова О.И., Ходжиев М.А., Капустина А. В.

ОЦЕНКУ УРОВЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ И ДИСПЕТЧЕРОВ

Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуалии бни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить оценку уровень двигательной активности и общей физической работоспособности у школьных учителей и диспетчеров при профессиональной гипокинезии.

Материал и методы. Мы использовали традиционные методы исследования; проведено анкетное, клиническое исследование в зависимости от класса напряженности труда школьных учителей общеобразовательных школ в зависимости от возраста, стажа работы в профессии и уровня тренированности. Научно-исследовательская работа проведена в двух профессиональных группах работников общеобразовательных школ №71 район Фирдавси г. Душанбе школьных учителей и диспетчеров кол центра Центробанка с оценкой двигательной активности и общей физической работоспособности, напряженности трудового процесса. Обследованы школьных учителей и диспетчеров в возрасте, работающие в общеобразовательных школах №71 район Фирдавси г. Душанбе в возрасте $24,5 \pm 2,6$ со стажем работы $15,5 \pm 1,5$ лет. Ко второй группе относились диспетчеры кол центра при (возраст $37,2 \pm 3,1$, стаж $15,7 \pm 4,1$), с учетом гендерных различий. В качестве контрольной группы посмотрели практически здоровых лиц не работающих в сфере образовательных организаций. Всего обследовано около 150 человек. Проведено исследование профессиографический анализ трудовой деятельности педагогов и диспетчеров с учетом определения степени напряженности трудового процесса (НТ) в соответствии с ФЗ «О специальной оценке условий труда» и методики ее проведения по Приказу Минтрудсоцразвития № 817н. Использовано Руководство Р 2.2.2006-05 для оценки напряженности трудовой деятельности факторов производственной среды с расчетом бальной величины оценки каждой вида нагрузки напряженности труда и интегрального значения класса условий труда в соответствии с патентом начало века № 2546089 от 27.02.2015. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26.

Результаты исследования показала, что напряженность труда является ведущим профессиональным фактором у педагогов. Оно обусловлено повышенными психо-эмоциональными, психосоциальными, сенсорными, интеллектуальными и малоподвижной образа жизни с неудобной позы, которому большая часть «сидя» и зрительная нагрузка. Изучение особенностей профессиональной деятельности работников позволило сформировать профессиональные группы в зависимости от степени вредности и опасности показателей напряженности и тяжести трудового процесса, при проведении занятия в разных классах и практических занятий или лекций студентам. При оценке двигательной активности школьный учителя и диспетчеры установлено, что за сутки они проходят в рабочие дни по 4500–15500 шагов, или 9700 ± 1600 шагов по средним данным. В выходные дни педагоги и диспетчеры проходят 5000–20000 шагов, или 10300 ± 2100 шагов по средним данным. Количество шагов, проходимых школьных учителей и диспетчеров в выходные дни, несколько выше, чем в рабочие ($P < 0,01$). За рабочую смену педагоги и диспетчеры проходят от 1000 до 4000 шагов, или в среднем 2000 ± 430 шагов.

Выводы. Согласно проведенные исследование уровни двигательной активности у школьных учителей вовремя педагогического трудового процесса очень низкое так как школьный учитель при выполнении своего специфического часть работы она больше половине рабочего время находятся в неудобные рабочие позы (сидя с наклоном корпуса в период), работает на компьютере или сидя пишут конспекты, поэтому она мало шагают больше сидят.

Ятимова С.А., Джаборов М.К., Насриева М.Ф.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

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

Цель исследования. Оценить влияние коморбидной патологии на клиническое течение, структуру форм фибрилляции предсердий (ФП), частоту осложнений и эффективность контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 70 историй болезни пациентов с ФП, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГМП №2 им. К. Таджикива г. Душанбе. В зависимости от наличия сопутствующей патологии пациенты были разделены на две группы: основная - 52 пациента (74,3%) с коморбидными заболеваниями и группа сравнения - 18 пациентов (25,7%) без сопутствующей патологии. Всем пациентам проводились электрокардиография, эхокардиография, клинические и лабораторные исследования. Анализировались форма ФП, частота сердечных сокращений, характер осложнений и эффективность проводимой терапии.

Результаты исследования. Установлено, что коморбидная патология встречалась у большинства обследованных пациентов с ФП - 52 (74,3%). В данной группе отмечалось более неблагоприятное течение аритмии с преобладанием персистирующей и постоянной форм ФП - 74,2%. У пациентов без сопутствующей патологии чаще регистрировалась пароксизмальная форма ФП - 25,7%, что свидетельствует о меньшей выраженности прогрессирования аритмии.

В структуре коморбидных состояний наиболее часто выявлялись артериальная гипертензия - 78%, ишемическая болезнь сердца - 65% и сахарный диабет - 32%. На фоне коморбидности отмечалась высокая частота осложнений: тромбоэмболические события зарегистрированы у 30 пациентов (57,6%), хроническая сердечная недостаточность - у 15 (28,8%). Недостаточная эффективность контроля частоты сердечных сокращений отмечена у 13 пациентов (25,0%). Полученные результаты указывают на более сложное клиническое ведение пациентов с ФП при наличии нескольких сопутствующих заболеваний.

Выводы. Коморбидная патология широко распространена у пациентов с ФП и ассоциируется с более неблагоприятным клиническим течением заболевания, преобладанием персистирующих и постоянных форм аритмии, высокой частотой тромбоэмболических осложнений и хронической сердечной недостаточности. Наиболее значимыми сопутствующими состояниями являлись артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексной оценки коморбидного статуса, индивидуализации терапии и профилактики осложнений у пациентов с ФП.

Ятимова С.А., Насриева М.Ф., Салихова М.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН НА ПРИМЕРЕ РКЦК

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

Цель исследования. Оценить качество лекарственной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца и ее соответствие современным клиническим протоколам.

Материал и методы. Для проведения анализа качества и результатов медикаментозного лечения хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) было проанализировано истории болезни 61 больного стенокардией напряжения II-III функционального классов в условиях Республиканского Клинического Центра Кардиологии (РКЦК). Среди обследованных преобладали мужчины 33 (54,0%) человек в возрасте $56,1 \pm 1,8$ лет и 28 (45,9%) женщин в возрасте $58,0 \pm 1,9$ лет. Диагноз верифицировался на основании анамнеза, клинических данных, ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных тестов и лабораторных методов исследования. Лечение проводилось в соответствие международным и клиническим протоколам (бета-адреноблокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция, нитраты, статины, антиагреганты).

Результаты исследования. До госпитализации только 14,7% пациентов, страдающих ХИБС получали необходимый объем терапии согласно клиническим руководствам (КР). Тогда как за время госпитализации в РКЦК с последующими рекомендациями для амбулаторного периода данная категория получала терапию, соответствующую международным и национальным КР в 87,5%. Детализированный анализ назначений медикаментозной терапии продемонстрировал, что ИАПФ были назначены 20% пациентов, тогда как при выписке этот показатель составил более 80%; статины - 10% и 90%; бета-адреноблокаторы (БАБ) - 20% и 90%; ацетилсалициловую кислоту (АСК) - 80% и 96% пациентов, соответственно. Одновременно все 4 класса препаратов, рекомендованных при осуществлении вторичной профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у лиц с ХИБС, до госпитализации получали лишь 14,7% из 61 пациентов, а при выписке их количество выросло до 60% ($p < 0,001$). Выявлена низкая частота назначения лекарственных препаратов. Так, для БАБ она не превышала 61%; для ИАПФ или БРА - 58%; для статинов - 51 %; для АСК - 76%. Толерантность к физической нагрузке на госпитальном этапе была невысокой и составила $62,8 \pm 5,6$ Вт. Через месяц наблюдения получен был достоверный прирост толерантности к физической нагрузке по сравнению с предыдущими показателями: $69,0 \pm 4,6$ Вт. На момент контрольного обследования у всех больных был получен прирост фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), на госпитальном этапе ФВЛЖ увеличилась с $57,7 \pm 4,2\%$ до $61,7 \pm 4,2\%$.

Выводы. В лечении ХИБС выявлена низкая частота назначения ЛП с доказанным влиянием на риск развития ССО при вторичной профилактике у больных со стабильно протекающей ИБС до госпитализации и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре (87,5%).

Абдукадирова Н.Б., Ярмухамедова Н.А., Лим М.В.

ЦИФРОВАЯ АУСКУЛЬТАЦИЯ В ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПНЕВМОНИИ

Кафедра Пропедевтики детских болезней, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Определить прогностическую ценность цифровой аускультации в комплексе клинико-лабораторных предикторов затяжного восстановления у детей после пневмонии для объективизации отбора в программы персонализированной медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Проведено проспективное клинико-функциональное исследование 120 детей в возрасте от 1 до 7 лет, перенесших пневмонию и находившихся в стабильном клиническом состоянии на момент выписки. В комплексную программу обследования были включены оценка нутритивного статуса, клинический и биохимический анализы крови (гемоглобин, С-реактивный белок). Объективизация респираторного статуса осуществлялась методом цифровой аускультации (ЦА) с использованием электронного стетоскопа Eco CORE 500™ Digital Stethoscope (США), позволяющего осуществлять запись и фильтрацию акустических феноменов легких без потери частот.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что группа детей с затяжным восстановлением (>5 суток, $n=60$) имела статистически более тяжелый клинико-лабораторный и акустический профиль на этапе выписки по сравнению с группой с нормальными темпами реконвалесценции (≤ 5 суток, $n=60$). Основными неблагоприятными анамнестическими факторами выступили позднее обращение (>5 дней, $АНР = 0,67$), сельское проживание ($АНР = 0,75$) и сопутствующая патология ($АНР = 1,63$). Со стороны биологических маркеров затяжное восстановление ассоциировалось с истощением (снижение шансов раннего выздоровления на 36%, $АНР = 0,64$) и анемией ($Hb < 110$ г/л; замедление выздоровления на 35%, $АНР = 0,65$).

Ключевым результатом исследования стало выявление скрытых (латентных) влажных хрипов методом цифровой аускультации у 59% детей, которые при традиционном физикальном осмотре педиатром были признаны здоровыми («акустически чистыми»). Наличие скрытых влажных хрипов, зарегистрированных цифровым стетоскопом, статистически значимо коррелировало с повышенным уровнем СРБ > 40 мг/л при выписке ($p < 0,01$), отражая сохраняющееся субклиническое персистирующее воспаление легочной ткани. Цифровая регистрация влажных хрипов ассоциировалась с двукратным увеличением риска выявления остаточных инфильтративных изменений на контрольной рентгенограмме ($aOR = 2,09$; 95% CI 1,19–3,68) и выступала строгим независимым предиктором неблагоприятного затяжного течения реконвалесценции ($aOR = 2,70$).

Выводы. Метод цифровой аускультации позволяет устранить человеческий субъективизм и обеспечивает высокочувствительную объективную верификацию акустических паттернов (хрипов и крепитации). Цифровая регистрация скрытых влажных хрипов на этапе выписки из стационара является независимым предиктором затяжного восстановления, что служит научно обоснованным критерием включения реконвалесцентов в программы поэтапной медицинской реабилитации.

Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Кадырова М. Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.

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

Цель исследования. Оценить особенности клинико-лабораторных изменений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста с atopическим дерматитом.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 80 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, страдающих различными формами atopического дерматита. Все больные находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ГУ КЗ «ИСТИКЛОЛ». Учитывались особенности вскармливания детей грудного возраста, клинические проявления поражения ЖКТ, а также результаты лабораторных исследований.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что на естественном вскармливании находились 16 (20%) больных с atopическим дерматитом. На искусственном вскармливании наблюдалось 29 детей (36%), на смешанном вскармливании находилось 12 детей (15%). У детей младшего, старшего и школьного возраста дискинезия желчевыводящих путей диагностирована в 8 (10%) случаях, хронический гастродуоденит – у 9 детей (12%). Клиническая патология пищеварительного тракта при АД у детей в основном проявлялась наличием чувства тяжести, дискомфортом в животе, болями в эпигастальной и околопупочной областях; отмечались диспептические расстройства в виде тошноты, снижения аппетита, изжоги, горечи во рту, а также нарушения стула (чаще в виде запоров). В 16% случаев патологический процесс сопровождался разнообразными изменениями в копрограмме, такими как креаторея, значительное количество перевариваемой клетчатки. У больных с АД выявлялись нарушения моторики желчного пузыря и желчных ходов (25%), признаки воспалительного процесса, а также при исследовании желчи обнаружены простейшие и паразиты. Гельминтозы при АД у детей, нами установлены, в следующем соотношении: энтеробиоз – 7 детей, аскаридоз у – 2 детей, у 1 ребёнка обнаружен амёбиаз. По данным УЗИ органов брюшной полости отмечалось наличие признаков хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, врождённых аномалий желчного пузыря.

Вывод. Таким образом, атопический дерматит является полифакториальным заболеванием. Неблагоприятными внешнесредовыми факторами, способствующими реализации наследственного предрасположения и поддержанию хронического процесса, являются: ранний перевод детей на искусственное вскармливание и воспалительные заболевания с преимущественной локализацией процесса в ЖКТ.

Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Кадырова М. Р.

ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ,

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

Цель исследования. Изучить клинические течения пиелонефритов у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни -40 детей, из них острым пиелонефритом-12, хроническим пиелонефритом-28 в возрасте от 1 года до 15 лет. Девочек-23, мальчиков-17. Всем детям было проведено: УЗИ почек, взят общий анализ крови, мочи, посев мочи на бак/урию, биохимический анализ крови на почечные пробы, проба Зимницкого, при необходимости для уточнения диагноза- экскреторная урография.

Результаты исследования. Из анамнеза было выявлено наличие наследственного фактора (хронические инфекции у матери, особенно урогенетальной патологии, воспалительные заболевания у девочек (вульвиты, вульвовагиниты), частые ОРВИ. Клиническое обследование выявило: из наблюдаемых детей у 23-х больных(57.5%) клинически и лабораторно имело место подтвержденная анемия. При осмотре обращало внимание бледность кожных покров, периорбитальный цианоз, пастозность лица (припухлость верхних и нижних век). Выраженность дизурических расстройств было обусловлено учащением или редким мочеиспускание, у 5-х детей отмечалось недержание мочи. Болевой синдром у детей раннего возраста проявлялся беспокойством, у детей старшего возраста боль локализовалась в поясничной области (симптом Постернацкого был положительным с одной или двух сторон). Клинические проявления хронического пиелонефрита были более разнообразны, при обострении рецидивирующего пиелонефрита все симптомы менее выражены.. По мере прогрессирования заболевания и развития нефросклероза происходило нарастающее снижение почечных функций, развивалась анемия (за счёт снижения выработки эритропоэтина) и артериальная гипертензия, формировалась хроническая почечная недостаточность. Повышение артериального давления было не характерно для острого пиелонефрита. Со стороны лабораторных данных: в общем анализе мочи отмечалась незначительная протеинурия (менее 1гр/л), лейкоцитурия, гематурия. В анализе крови определялся лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и ускоренное СОЭ. В 57% случаев отличалась анемия. В биохимическом анализе крови выявлялась диспротеинемия (гипер-гамма и гипер-альфа глобулинемия). Ведущее значение в диагностике пиелонефрита имели посевы мочи на флору, где в основном высевался E. Coli (50%), Proteus mirabilis (7%). На УЗИ- отмечалась картина пиелонефрита.

Диагностика острого ПН в старшем возрасте обычно не представляло трудностей и основывалась на характерной клинической картине (лихорадка, боль в боку, дизурия) и лабораторных признаках (лейкоцитурия, бактериурия; лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. Диагностика хронического пиелонефрита основывалась на затяжном течении заболевания (более 6 месяцев), повторных обострениях и выявление поражения чашечно-лоханочной системы вследствие бактериальной инфекции. Проводилось комплексное лечение.

Вывод. Клиническая картина и лечение ПН зависит от возраста ребенка. У детей раннего возраста клинические признаки протекали тяжелее, так как симптомы интоксикации были наиболее выражены, особенно при наличии неблагоприятного фона.

Абдурахманова У.Ш., Исмаилов К.И., Давлатова С.Н.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА В ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОМЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЁННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности клеточного иммунитета и цитокинового профиля у детей с приобретённой апластической анемией.

Материал и методы. Проведён анализ клинико-иммунологических показателей 23 детей с диагнозом приобретённая апластическая анемия, находившихся на лечении в отделении детской гематологии Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан с января 2025 по август 2026 года. Иммунологическое исследование включало определение субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+, CD71+, CD32+), иммуноглобулинов классов IgA, IgG, IgM и цитокинов IL-6, IL-10 и TNF-α в венозной крови до начала иммуносупрессивной терапии.

Результаты исследования. Проведённое исследование показало, что иммунологические нарушения у детей с приобретённой апластической анемией носили преимущественно характер супрессии клеточного звена иммунитета.

Наиболее характерными изменениями являлись снижение содержания Т-лимфоцитов (CD3+) у 21 ребёнка (91,3%), Т-хелперов (CD4+) – 22 (95,6)%, цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+) в пределах нормы или немного повышены у 20 (87%), натуральных киллеров (CD16+) - у 23 (100%) и В-лимфоцитов (CD20+) - у 19 (82,6%). Одновременно отмечалось увеличение экспрессии маркёров активации лимфоцитов (CD25+, CD71+) - 22 (95,6%) и фагоцитарной активности (CD32+) - 18 (78,2%), что указывает на активный, агрессивный аутоиммунный процесс.

При оценке цитокинового статуса выявлены признаки провоспалительного дисбаланса. У всех обследованных детей зарегистрировано повышение концентрации IL-6 до 10,49 пг/мл при референсном значении менее 7,0 пг/мл, а уровень TNF-α достигал 6,9 пг/мл при норме менее 6,0 пг/мл. Концентрация IL-10 в большинстве случаев оставалась

в пределах референсных значений. Эти изменения свидетельствуют о преобладании провоспалительного иммунного ответа и согласуются с современными представлениями об иммунном механизме повреждения костного мозга при приобретённой апластической анемии.

Полученные результаты сопоставимы с данными международных исследований, согласно которым иммунное повреждение гемопоэтических стволовых клеток обусловлено нарушением Т-клеточной регуляции, дисбалансом про-воспалительных цитокинов и снижением иммунологической толерантности.

Вывод. Приобретённая апластическая анемия у детей сопровождается выраженными нарушениями клеточного иммунитета, снижением функциональной активности иммунокомпетентных клеток и развитием провоспалительного цитокинового дисбаланса. Выявленные изменения подтверждают ведущую роль иммунных механизмов в формировании костномозговой недостаточности и обосновывают необходимость включения иммунологического мониторинга в алгоритм обследования и оценки эффективности иммуносупрессивной терапии.

Азимова Ш.З.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить современные возможности профилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у новорожденных на основании международных рекомендаций и данных доказательной медицины.

Материалы и методы. Проведен анализ рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Американской академии педиатрии, Европейского общества детских инфекционных болезней, а также публикаций, представленных в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Изучены результаты рандомизированных клинических исследований, метаанализов и программ пострегистрационного наблюдения, посвященных профилактике РС-вирусной инфекции у новорожденных и детей первого года жизни.

Результаты исследования. Респираторно-синцитиальный вирус является ведущей причиной инфекций нижних дыхательных путей у детей раннего возраста. Наибольший риск тяжелого течения заболевания наблюдается у недоношенных новорожденных, детей с бронхолегочной дисплазией, врожденными пороками сердца и иммунодефицитными состояниями.

На протяжении многих лет единственным методом специфической профилактики тяжелой РС-вирусной инфекции являлось применение паливизумаба – моноклонального антитела, требующего ежемесячного введения в течение эпидемического сезона. Несмотря на доказанную эффективность, высокая стоимость и необходимость многократных инъекций ограничивали широкое использование данного препарата.

Значительным достижением последних лет стало внедрение нового моноклонального антитела – нинсевимаба, обладающего пролонгированным действием. В ряде стран Европы и Северной Америки нинсевимаб рекомендован для сезонной профилактики всем детям первого года жизни.

Еще одним перспективным направлением стала вакцинация беременных женщин против РС-вирусной инфекции. Показано, что материнские антитела эффективно передаются плоду через плаценту и обеспечивают защиту новорожденного в первые месяцы жизни, когда риск тяжелого течения заболевания наиболее высок.

Помимо специфической профилактики важное значение сохраняют неспецифические меры, включающие поддержку грудного вскармливания, ограничение контакта новорожденных с лицами, имеющими признаки респираторной инфекции, соблюдение гигиены рук и профилактику внутрибольничного распространения вируса.

Выводы. Появление новых методов специфической профилактики РС-вирусной инфекции существенно изменило подходы к защите новорожденных и младенцев. Наиболее перспективными направлениями являются применение пролонгированных моноклональных антител и вакцинация беременных женщин, обеспечивающие эффективное снижение частоты тяжелых форм заболевания и госпитализаций. Комплексное использование специфических и неспецифических профилактических мероприятий позволяет значительно улучшить показатели здоровья детей раннего возраста и снизить бремя РС-вирусной инфекции.

Азимова Ш.З.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить современные международные подходы к профилактике пищевой аллергии у детей и оценить их эффективность на основании данных доказательной медицины.

Материалы и методы. Проведен анализ современных рекомендаций Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, Американской академии аллергии, астмы и иммунологии, Американской академии педиатрии, а также публикаций, представленных в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Изучены результаты рандомизированных клинических исследований и метаанализов, посвященных профилактике пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Результаты исследования. Пищевая аллергия является одной из наиболее распространенных форм аллергической патологии детского возраста и встречается у 6-10% детей первых лет жизни. Наиболее частыми аллергенами являются белки коровьего молока, куриное яйцо, арахис, рыба, пшеница и соя. Современные представления о профилактике пищевой аллергии значительно изменились за последние годы.

Согласно международным рекомендациям, исключение потенциально аллергенных продуктов из рациона беременных и кормящих женщин не рекомендуется, поскольку отсутствуют убедительные доказательства эффективности

такой стратегии в профилактике аллергических заболеваний у детей. Важным фактором профилактики считается исключительно грудное вскармливание в первые 4-6 месяцев жизни, способствующее формированию иммунологической толерантности и нормальной кишечной микробиоты.

Результаты крупных исследований LEAP и EAT показали, что раннее введение аллергенных продуктов, в частности арахиса и куриного яйца, в возрасте 4-6 месяцев у детей группы риска способствует снижению вероятности развития пищевой аллергии в последующем. В связи с этим современные рекомендации поддерживают своевременное введение прикорма без необоснованной отсрочки потенциально аллергенных продуктов.

Особое значение придается поддержанию барьерной функции кожи у детей с атопическим дерматитом, поскольку повреждение кожного барьера способствует развитию аллергической сенсибилизации. Перспективным направлением также является изучение роли кишечной микробиоты, пробиотиков и пребиотиков в профилактике аллергических заболеваний, однако имеющиеся данные пока не позволяют рекомендовать их рутинное применение всем детям.

Установлено, что наиболее эффективной стратегией профилактики пищевой аллергии является комплексный подход, включающий грудное вскармливание, своевременное введение прикорма, раннее знакомство с аллергенными продуктами и рациональное ведение детей из групп риска.

Выводы. Современные подходы к профилактике пищевой аллергии у детей основаны на формировании иммунологической толерантности в раннем возрасте. Наибольшую доказательную базу имеют грудное вскармливание, своевременное введение прикорма и раннее включение аллергенных продуктов в рацион детей. Отказ от необоснованных элиминационных диет у беременных и кормящих женщин, а также внедрение современных профилактических программ позволяют снизить риск развития пищевой аллергии и улучшить показатели здоровья детского населения.

Азимова Ш.З.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТЕРМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить современные международные подходы к профилактике гипотермии у новорожденных и оценить их эффективность на основании данных доказательной медицины.

Материалы и методы. Проведен анализ рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Международного комитета по реанимации, Европейского совета по реанимации, Американской академии педиатрии, а также публикаций, представленных в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane Library. Изучены результаты рандомизированных клинических исследований, систематических обзоров и метаанализов, посвященных профилактике и коррекции гипотермии у доношенных и недоношенных новорожденных.

Результаты исследования. По данным ВОЗ, риск неблагоприятных исходов значительно возрастает при снижении температуры тела новорожденного ниже 36,5°C.

Современные международные рекомендации рассматривают поддержание нормотермии как один из ключевых компонентов качественной неонатальной помощи. Основу профилактики составляет концепция «тепловой цепочки» ВОЗ, включающая поддержание оптимальной температуры родильного зала (не менее 25°C), немедленное обсушивание ребенка после рождения, использование теплых пеленок, ранний контакт «кожа к коже» между матерью и новорожденным и раннее начало грудного вскармливания.

Установлено, что контакт «кожа к коже» способствует эффективной терморегуляции, снижает риск гипотермии, улучшает адаптацию новорожденного и способствует успешному становлению лактации. Особенно важное значение данная практика имеет для детей с низкой массой тела при рождении.

Для недоношенных новорожденных международные рекомендации предусматривают дополнительные меры профилактики, включая использование полиэтиленовых пакетов или пленок без предварительного обсушивания ребенка, применение подогреваемых матрасов, транспортных инкубаторов и постоянный мониторинг температуры тела. Метаанализы последних лет показали, что использование пластиковых обертываний позволяет достоверно снизить частоту гипотермии у недоношенных детей в первые часы жизни.

Важным направлением профилактики является соблюдение принципов «Золотого часа новорожденного», предусматривающих комплекс мероприятий по стабилизации состояния ребенка сразу после рождения. Доказано, что внедрение стандартизированных протоколов термозащиты способствует снижению частоты гипотермии на 30-50% в отделениях интенсивной терапии новорожденных.

Выводы. Современные подходы к профилактике гипотермии у новорожденных основаны на поддержании непрерывной тепловой защиты ребенка с момента рождения. Наиболее эффективными мерами являются соблюдение принципов «тепловой цепочки», ранний контакт «кожа к коже», поддержание оптимальной температуры окружающей среды и использование специальных технологий термозащиты у недоношенных новорожденных. Внедрение международных рекомендаций позволяет снизить частоту гипотермии, улучшить адаптацию новорожденных и уменьшить риск развития тяжелых неонатальных осложнений.

Али-заде Ш.Б., Мамаджанова Г.С.

АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО 25-ГИДРОКСИВИТАМИНА D С КОГНИТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь концентрации сывороточного 25-гидроксивитамина D [25(OH)D] с показателями невербального интеллекта, памяти и внимания у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное исследование детей школьного возраста, обучающихся в ГОУ школа №1 г. Душанбе. В исследование включено около 90 детей с доступными данными о концентрации сывороточного 25(ОН)D и результатах когнитивного тестирования. Оценивали антропометрические показатели и концентрацию 25(ОН)D в сыворотке крови. Когнитивное функционирование исследовали с использованием прогрессивных матриц Равена для оценки невербального интеллекта, методики Лурия для оценки памяти и корректурной пробы Бурдона для оценки внимания, и работоспособности. Для предварительного анализа дети распределялись по уровню 25(ОН)D: дефицит (<20 ng/mL) и отсутствие дефицита (≥ 20 ng/mL). Для оценки взаимосвязей использовали корреляционный и сравнительный анализ; дополнительно предполагалась коррекция по возрасту и полу.

Результаты исследования. В нашем исследовании отмечалась высокая распространённость сниженной обеспеченности витамином D, при этом доля детей с концентрацией 25(ОН)D <20 ng/mL может составлять приблизительно 55–65%. Предполагается наличие слабой положительной корреляции между концентрацией 25(ОН)D и показателями невербального интеллекта по шкале Равена ($r \approx 0,20$; $p \approx 0,05$). Более выраженная положительная связь ожидается для показателей памяти по методике Лурия ($r \approx 0,28$; $p \approx 0,01$) и внимания/работоспособности по пробе Бурдона ($r \approx 0,31$; $p < 0,01$).

При сравнении детей с дефицитом витамина D и детей с концентрацией 25(ОН)D ≥ 20 ng/mL предполагается небольшое снижение показателей невербального интеллекта у детей с дефицитом приблизительно на 2–4 балла, тогда как различия в показателях памяти и внимания могут составлять около 5–10%. Наиболее выраженные различия ожидаются в показателях внимания и памяти.

В многофакторном анализе после учёта возраста и пола предполагается сохранение слабой независимой ассоциации 25(ОН)D с показателями памяти и внимания (стандартизированный β приблизительно 0,20–0,30), тогда как первоначальная связь с результатами Равена может ослабевать ($\beta \approx 0,10$ –0,15) и терять статистическую значимость. Таким образом, предполагается, что связь витамин-D-статуса с отдельными когнитивными функциями может быть более выраженной, чем с общим показателем невербального интеллекта.

Заключение. сниженная обеспеченность витамином D у детей школьного возраста может быть ассоциирована преимущественно с показателями памяти и внимания, тогда как связь с невербальным интеллектом может быть менее выраженной и в значительной степени зависеть от возраста. Возможное выявление таких ассоциаций не позволит сделать вывод о причинном влиянии витамина D на когнитивное развитие. Полученные результаты потребуют подтверждения в исследованиях с большим объёмом выборки, продольным дизайном и контролем потенциальных факторов смешения, включая возраст, пол, социально-экономические характеристики, питание, физическую активность и сезонность определения 25(ОН)D.

Али-заде Ш.Б.

ВИТАМИН D И РЕСПИРАТОРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D и изучить взаимосвязь концентрации сывороточного 25-гидроксивитамина D [25(ОН)D] с частотой респираторных эпизодов у детей.

Материалы и методы. Витамин D участвует в регуляции врождённого и адаптивного иммунного ответа, однако клиническое значение его дефицита для восприимчивости детей к респираторным инфекциям остаётся дискуссионным. Несмотря на биологическую роль, современные интервенционные исследования не подтверждают универсального профилактического эффекта витамина D в отношении острых респираторных инфекций.

В исследование включено 120 детей в возрасте 3–12 лет. Определяли концентрацию сывороточного 25(ОН)D и анализировали клиничко-анамнестические данные, включая частоту респираторных эпизодов. Для оценки взаимосвязей применяли корреляционный анализ.

Результаты исследования. Дефицит 25(ОН)D выявлен у 60,8% детей, недостаточность - у 25,0%. Таким образом, концентрация 25(ОН)D ниже принятого оптимального диапазона отмечалась у 85,8% обследованных. Между концентрацией 25(ОН)D и частотой респираторных эпизодов выявлена статистически значимая обратная корреляция ($r = -0,38$; $p = 0,02$). Кроме того, в исследуемой группе отмечалась ассоциация между витамин-D-статусом и иммунологическими показателями; в частности, для исследованного маркера было получено отношение шансов около 3,2.

Заключение. В исследуемой популяции выявлена высокая распространённость сниженной обеспеченности витамином D: у 6 из 10 детей определялся дефицит 25(ОН)D, ещё у четверти - недостаточность. Более низкая концентрация 25(ОН)D была статистически значимо связана с большей частотой респираторных эпизодов. Эти результаты демонстрируют ассоциацию, но не доказывают причинного влияния дефицита витамина D на респираторную заболеваемость. Необходимы проспективные исследования с учётом сезонности, питания, профилактической супплементации и других факторов риска.

Алишерова Н.А.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Определить частоту и особенности артериальной гипертензии у детей с избыточной массой

Материал и методы. Обследованы 80 детей в возрасте 7–17 лет с избыточной массой тела и ожирением. В зависимости от индекса массы тела пациенты были разделены на две группы: I группу составили 35 детей с избыточной массой тела, II группу — 45 детей с ожирением. Проводили антропометрию с определением индекса массы тела,

окружности талии, измерение систолического и диастолического артериального давления. Оценку артериального давления проводили с учётом возраста, пола и роста ребёнка. При повторном выявлении повышенных показателей выполняли контрольные измерения и суточное мониторирование артериального давления.

Результаты исследования. Повышенное артериальное давление выявлено у 33 (41,3%) из 80 обследованных детей. Среди детей с избыточной массой тела повышение артериального давления отмечалось у 10 (28,6%), тогда как при ожирении — у 23 (51,1%) пациентов. Артериальная гипертензия была диагностирована соответственно у 7 (20,0%) и 19 (42,2%) детей. Таким образом, частота гипертензии у детей с ожирением более чем в 2 раза превышала показатель у пациентов с избыточной массой тела. Наиболее часто регистрировалось повышение систолического артериального давления. У детей с ожирением средние показатели систолического и диастолического давления были выше, чем у пациентов с избыточной массой тела. Абдоминальный тип ожирения выявлен у 68,9% детей с гипертензией. Установлена положительная связь между индексом массы тела, окружностью талии и уровнем систолического артериального давления. Наиболее высокая частота артериальной гипертензии наблюдалась среди подростков 12–17 лет с выраженным ожирением.

Выводы. Артериальная гипертензия является частым сопутствующим состоянием у детей с избыточной массой тела и особенно с ожирением. Увеличение степени ожирения сопровождается повышением частоты артериальной гипертензии, преимущественно за счёт систолического давления. Абдоминальное ожирение и увеличение индекса массы тела ассоциируются с более высоким риском повышения артериального давления. Детям с избыточной массой тела и ожирением необходимо регулярное измерение артериального давления для раннего выявления сердечно-сосудистого риска и своевременного проведения профилактических мероприятий.

Алишперова Н.А.

НЕДОНОШЕННОСТЬ И НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЁХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оценить значение недоношенности и низкой массы тела при рождении в формировании риска нарушений нервно-психического развития детей раннего возраста и определить основные перинатальные факторы неблагоприятного неврологического исхода.

Материал и методы. Проведён аналитический анализ данных медико-демографических исследований, материалов UNICEF по состоянию здоровья и развитию детей, а также результатов клинических исследований среди недоношенных детей и детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы. Анализировались частота рождения детей с массой тела менее 2500 г, гестационный возраст, показатели выживаемости недоношенных новорождённых, частота недоношенности среди детей с тяжёлыми неврологическими последствиями, а также роль перинатальной гипоксии, судорожного синдрома и перивентрикулярной лейкомаляции.

По данным медико-демографического исследования 2025 года, сведения о массе тела при рождении были доступны у 96% детей, родившихся в течение двух лет до проведения исследования. Низкая масса тела при рождении — менее 2500 г — была зарегистрирована у 6% новорождённых.

Результаты исследования. Недоношенность остаётся одним из важнейших факторов неблагоприятного исхода периода новорождённости. Показатель неонатальной смертности в 2025 году составлял около 12,65 на 1000 живорождённых, причём осложнения, связанные с преждевременным рождением, относились к ведущим причинам неонатальных потерь.

Ранее проведённое исследование недоношенных новорождённых продемонстрировало отчётливую зависимость выживаемости от массы тела при рождении. Среди детей с массой 500–999 г выживаемость составляла 53,8%, при массе 1000–1499 г — 59,4%, тогда как среди новорождённых с массой 1500–1999 г данный показатель достигал 88%. Среди основных причин неблагоприятных исходов отмечались внутрижелудочковые кровоизлияния, сепсис, заболевания дыхательной системы и другие тяжёлые состояния периода новорождённости.

Особое значение недоношенность имеет в формировании последующих неврологических нарушений. В клиническом исследовании среди 147 обследованных детей с риском формирования детского церебрального паралича 63,9% родились недоношенными. Среди недоношенных детей наибольшую долю составляли родившиеся при сроке гестации 32–34 недели — 42,6%; при сроке 35–37 недель — 24,5%, 29–31 неделя — 22,3%, менее 29 недель — 10,6%.

Дополнительное значение для последующего нервно-психического развития имеют особенности питания и соматического статуса ребёнка. Сохраняются нарушения питания, анемия и дефицит микронутриентов, способные дополнительно ограничивать физическое и когнитивное развитие детей раннего возраста.

Выводы. Таким образом, наиболее уязвимую группу составляют глубоко недоношенные дети и новорождённые с очень низкой и экстремально низкой массой тела, особенно при сочетании недоношенности с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, перивентрикулярной лейкомаляцией, судорожным синдромом и тяжёлой соматической патологией периода новорождённости.

Алишперова Н.А.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Цель исследования. Определить основные факторы риска, ассоциированные с тяжёлым и осложнённым течением внебольничной пневмонии у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 150 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу внебольничной пневмонии в ГУ МК «Истиклол» г. Душанбе в 2023–2026 гг. Оценивали особенности анамнеза, течение беременности и перинатального периода, частоту респираторных инфекций, наличие анемии, рахита, гипотрофии, аллергических состояний и бронхообструктивного синдрома. Учитывали тяжесть пневмонии, развитие осложнений и продолжительность стационарного лечения.

Результаты исследования. Неблагоприятный преморбидный фон выявлен у большинства обследованных детей. Наиболее часто регистрировались анемия — у 69,7%, рахит — у 67,3%, гипотрофия — у 59,3%, аллергические состояния — у 23,5% пациентов. Сочетание двух и более фоновых заболеваний отмечалось у 55,9% детей. Частые эпизоды острых респираторных инфекций в анамнезе наблюдались у 36,7%, обструктивный бронхит — у 29,4%, бронхообструктивный синдром на фоне пневмонии — у 20,5% пациентов.

Осложнённое и более тяжёлое течение пневмонии чаще отмечалось у детей с сочетанием нескольких фоновых состояний, гипотрофией, анемией, повторными респираторными инфекциями и бронхообструктивным синдромом. У данной категории пациентов наблюдались более продолжительная лихорадка, выраженная дыхательная недостаточность и увеличение сроков стационарного лечения.

Выводы. Основными факторами риска осложнённого течения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста являются неблагоприятный преморбидный фон, анемия, рахит, гипотрофия, повторные респираторные инфекции и бронхообструктивные состояния. Сочетание нескольких факторов увеличивает вероятность тяжёлого течения заболевания. Раннее выявление и коррекция фоновой патологии имеют важное значение для профилактики осложнений пневмонии.

Аминджонова Д.Р., Саидмуродова Г.М., Ходжаева Н.М.
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КОВИДА-19 У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучение кожных проявлений КОВИДА-19 у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 44 ребёнка, обратившихся с признаками ОРВИ и кожными проявлениями из семей, где взрослые с диагнозом Covid-19 получали амбулаторное или стационарное лечение в период второго полугодия 2021 года. Из общего числа детей до года было 12 (27,3%), от года до 3-х лет 32 (72,7). Диагноз Ковид-19 был выставлен на основании клиники ОРВИ и выделения из носоглотки SARS-CoV-2-IgM методом ПЦР.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых нами детей отмечено острое начало болезни, причём субфебрильная лихорадка диагностирована у 26 (55,3%), фебрильная температура - у 17 (36,1%) детей, а при тяжёлых формах - с присоединением осложнения в виде пневмонии, лихорадка - у 4 (8,5%) детей имела более длительное (до 10 дней) течение. Катаральные симптомы у детей до одного года были слабо выраженными, а у 24 (51,1%) детей раннего возраста был установлен сухой кашель, у 22 (46,8%) - необильное выделение из носа, у 17 (36,2%) - заложенность носа, у 13 (27,6%) - нарушение носового дыхания, сопровождающееся чиханием - у 9 (19,1%), у 7 (14,9%) детей - осиплостью голоса. Изменения цвета кожи на пальцах рук и ног (ладонно-подошвенный синдром), похожие на обморожения, были выявлены у 11 (23,4%) детей раннего возраста, которые местами у 4 (8,5%) имели макуло-папулезный характер. Из их числа, у 7 (14,9%) детей до одного года - в разгаре болезни, кроме респираторных проявлений были выявлены кожные высыпания в виде мелкой необильной слабо выраженной гемморрагической сыпи в области подногтевых валиков на пальчиках рук и ног, которые появлялись постепенно, не поражая кожу ладоней и стоп, и исчезали на 2-4 сутки от начала болезни. Причём петехиальная сыпь была отмечена у 3 (6,4%) детей, мелкоточечная и местами с кровоизлияниями - у 4 (8,5%) детей. При лечении детей были назначены этиотропные препараты (виферон в виде суппозитория 500 000 МЕ по 1 супп. 2 раза в течение 10 дней ректально, анаферона детского, эргоферона по рекомендованной схеме), а также с целью купирования лихорадки выше 38,5°C парацетамолом (10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов per os или per rectum). Антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны и цефалоспорины 3 и 4 поколения) были нами назначены детям с пневмонией.

Вывод. Таким образом, у 23,4% детей с Ковид-19 кроме катаральных симптомов, также были диагностированы кожные проявления в виде изменения цвета кожи на пальцах рук и ног схожие с обморожением, которые сопровождались макуло-папулезной сыпью, а у 8,5% детей в области подногтевых валиков мелкой необильной слабо выраженной гемморрагической сыпью.

Асламзода Г.К.^{1,2}, Музаффаров Ш.С.¹, Икром Т.Ш.²
ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ПОЛ И СОСТОЯНИЕ АОС У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СТРАДАЮЩИХ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² ГУ Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Министерства Здравоохранения и Социальной Защиты РТ

Цель исследования. Изучить интенсивность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояние антиоксидантной системы у детей с избыточной массой тела при острой бактериальной пневмонии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 детей в возрасте до 3 лет с избы-

точной массой тела, страдавших острой бактериальной пневмонией и госпитализированных в отделение пульмонологии детей раннего возраста ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». В зависимости от характера течения заболевания обследованные дети были разделены на две группы. Первую группу составили 26 детей с избыточной массой тела и неосложнённым течением острой бактериальной пневмонии. Во вторую группу вошли 34 ребёнка с избыточной массой тела и осложнённым течением острой бактериальной пневмонии. Наряду с общеклиническими лабораторными исследованиями и рентгенологическим исследованием органов грудной клетки для уточнения этиологического агента заболевания проводили бактериологическое исследование мокроты. Для оценки интенсивности процессов перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы определяли содержание МДА, активность СОД, а также концентрацию α -токоферола и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием специализированных компьютерных программ для статистического анализа медицинских исследований. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При поступлении в стационар у обследованных детей наиболее часто отмечались повышение температуры тела — 91,7%, одышка — 95,6%, продуктивный кашель — 57,3%, приступообразный кашель — 69,5%, свистящие хрипы — 41,9%, беспокойство — 79,5% и нарушение сна — 50,1%. Признаки гипоксемии в виде акроцианоза и цианоза носогубного треугольника выявлялись у 98,3% детей. По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлялись различные варианты воспалительных изменений в лёгких. Очаговая пневмония диагностирована у 31,4% детей, очагово-сливная — у 12,9%, полисегментарная — у 30,0%, долевая — у 25,7%. У детей первой группы с неосложнённым течением острой бактериальной пневмонии отмечалось повышение содержания малонового диальдегида (МДА), которое составило $4,8 \pm 0,2$ нмоль/мл. Активность супероксиддисмутазы (СОД) составляла $118,6 \pm 4,3$ Ед/мл, концентрация витамина Е — $12,4 \pm 0,5$ мкмоль/л, аскорбиновой кислоты — $38,6 \pm 1,7$ мкмоль/л. У детей второй группы с осложнённым течением острой бактериальной пневмонии выявлялись более выраженные изменения показателей ПОЛ и антиоксидантной системы. Содержание МДА составляло $6,7 \pm 0,3$ нмоль/мл, активность СОД — $96,4 \pm 3,8$ Ед/мл, концентрация витамина Е — $8,7 \pm 0,4$ мкмоль/л, аскорбиновой кислоты — $25,9 \pm 1,3$ мкмоль/л. Т

Выводы. У детей раннего возраста с избыточной массой тела при острой бактериальной пневмонии отмечается повышение интенсивности процессов перекисного окисления липидов, выраженность которого увеличивается при осложнённом течении заболевания. При неосложнённом течении острой бактериальной пневмонии выявляются умеренные изменения показателей антиоксидантной системы, что может свидетельствовать о начальном напряжении механизмов антиоксидантной защиты. При осложнённом течении заболевания отмечается более выраженная интенсификация процессов ПОЛ, сопровождающаяся снижением активности СОД и уменьшением концентрации витаминов Е и С, что указывает на более значительное истощение антиоксидантной защиты.

Ахмедова У.М., Дусматов Д., Назаров Дж.Т.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кафедра нормальной и патологической физиологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать перинатальные факторы у новорождённых с клиническим подозрением на раннюю неонатальную инфекцию и сопоставить частоту длительного безводного периода с группой детей, имевших факторы риска без признаков инфекционного процесса.

Материал и методы. С января по июнь 2025 года в отделении патологии новорождённых наблюдались 50 детей. Первую группу составили 15 новорождённых, у которых клинически предполагали ранний неонатальный сепсис либо этот диагноз был установлен в ходе обследования. Во вторую группу вошли 35 детей с факторами риска, но без клинико-лабораторных признаков сепсиса. Анализировали сведения о недоношенности, длительности безводного периода, материнской лихорадке и признаках внутриамниотической инфекции. Частоты рассчитывали отдельно в каждой группе. Для сопоставления использовали единственный признак с представленными данными обеих групп - безводный период более 18 часов.

Результаты исследования. Среди 15 детей первой группы недоношенность отмечена у 8 (53,3%), безводный период более 18 часов - у 7 (46,7%), материнская лихорадка - у 5 (33,3%), признаки внутриамниотической инфекции - у 4 (26,7%). Во второй группе длительный безводный период зарегистрирован у 5 из 35 детей (14,3%). Разность наблюдаемых частот составила 32,4 процентного пункта. Этот показатель описывает различие анамнеза двух сформированных клинических групп и не является оценкой риска сепсиса после длительного безводного периода. У 6 детей первой группы (40,0%) отмечено сочетание трёх и более перинатальных факторов.

Выводы. В группе новорождённых, обследованных по поводу предполагаемого или установленного раннего сепсиса, часто регистрировались недоношенность и несколько перинатальных факторов одновременно. Безводный период более 18 часов встречался чаще, чем среди детей группы риска без признаков инфекции.

Бабаева Л.А., Якубова З.Х.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности течения нейрогенных расстройств мочеиспускания у детей.

Материал и методы. Обследовано 20 детей с нервно-мышечной дисфункцией мочевого пузыря (НМДМП) (I

группа) и 20 детей с энурезом (II группа) в возрасте 6-15 лет, находившихся на стационарном лечении в I нефрологическом отделении ГУ «МК Истиклол». Проведены антропометрические, лабораторные, биохимические и бактериологические методы исследования, содержание Са, Р и мочевой кислоты в моче, УЗИ органов брюшной полости, почек, ЭхоКГ, ЭЭГ. По показаниям - экскреторная урография и микционная цистография.

Результаты исследования. При анализе уродинамики отмечено снижение эффективного объема мочевого пузыря, отмеченное у 50% больных обеих групп. Для больных с НМДМ было более характерно повышение скорости тока мочи, а для энуреза - снижение. При анализе клинических проявлений у детей с энурезом чаще наблюдались проявления симпатикотонии - бледность и сухость кожных покровов, уменьшенное потоотделение, у 55% - бледно-розовый дермографизм. В I группе чаще отмечались проявления ваготонии - повышенная зябкость, плохая переносимость душных помещений, повышенная жажда. 45% больных этой группы жаловались на тошноту, рвоту, боли в животе. Из 40 обследованных нами детей у 15 (37,5%) наблюдалась сопутствующая неврологическая патология. В I (65%) группе неврологическая патология была выявлена чаще по сравнению со II (35%) группой. Со стороны неврологического статуса наблюдались - гиперактивность, нарушение внимания, высокий уровень тревожности, трудности в общении. При анализе показателей фосфорно-кальциевого обмена, оказывающими влияние на формирование нейрогенных расстройств мочеиспускания, у больных с энурезом были выявлены изменения по типу идиопатической гиперкальциурии. Витамин D определяли 10 пациентам из общей группы методом случайной выборки. Дефицита витамина D не было выявлено, но снижение его уровня <30 нг/мл отмечено у 9 детей. На УЗИ почек и мочевого пузыря были выявлены - повышенная подвижность почек (35%), гидронефротическая трансформация (5%), пороки развития мочевой системы (2,5%), полное удвоение чашечно-лоханочной системы (25%). По результатам комплексного уродинамического исследования гиперрефлекторный тип НМДМП отмечался у 70% пациентов. При изучении микробного пейзажа мочи высеваемость микроорганизмов в обеих группах составила 40%, из них в 43,8% случаев была выделена *E. coli*, в 31,3% - *St. aureus*, в 12,5% - *Proteus*, в 6,2% - *S. Haemolyticus* и *P. aeruginosa*. На ЭЭГ, проведенной 9 больным с НМДМП, патологические отклонения в виде диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга без латерализации были выявлены в 33,3% случаев.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что у 37,5% больных наблюдалась сопутствующая неврологическая патология. В группе детей с энурезом чаще наблюдались проявления симпатикотонии, а у детей с НМДМП - ваготонии. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена и витамина D заключались в проявлениях гиперкальциурии, которая была характерна для детей с энурезом и сниженным уровнем витамина D в крови менее 30 нг/мл у 90% больных. Микробный пейзаж мочи характеризовался высевом в основном *E. Coli* и *St. Aureus* (75,1%). В 70% случаев был зарегистрирован гиперрефлекторный тип НМДМП. На ЭЭГ больных с НМДМП выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга без латерализации.

Бабаева Л.А.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

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

Цель исследования. Изучить эффективность проведенного лечения детей с низкой массой тела.

Материал и методы. Нами было обследовано 50 детей в возрасте от 1,5 до 3-х лет с низкой массой тела, находящихся на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ «Медицинский Комплекс Истиклол» г. Душанбе. Девочек было больше (54%), чем мальчиков (46%). Больные были подразделены на 2 группы в соотношении 1:1. Дети I группы получали 30% раствор элькар 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 элькар (левокарнитин). Оценивали аппетит, наличие и степень выраженности таких симптомов, как - нарушения сна, головные боли, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, трудности сосредоточения внимания.

Результаты исследования. В 68% случаев больные находились на искусственном вскармливании, из них 18% получали неадаптированную смесь. Основные жалобы при поступлении в стационар со слов родителей - плохая прибавка массы тела, функциональный запор/диарея, боли в животе, снижение аппетита. В 76% случаев отмечалась сопутствующая патология (рахит, анемия различной степени тяжести и др.) 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. У всех больных подкожно-жировой слой был развит недостаточно, у 12% снижен на всем протяжении. Наблюдались - снижение или полное отсутствие аппетита, нарушения сна, утомляемость, снижение работоспособности и толерантности к физической нагрузке, трудности сосредоточения внимания. В 100% случаев отмечался астенический синдром. Назначенное нами 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.

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 у указанной группы детей.

Выводы. При включении левокарнитина в комплексное лечение детей с низкой массой тела и сниженным аппетитом была отмечена хорошая переносимость и эффективность препарата, а также хорошая комплаентность больных. Применение препарата элькар позволяет повысить массу тела, улучшить функциональное состояние организма, а также повысить компенсаторно-приспособительные возможности.

Бадалова З.А.

КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА КАК ПРЕДИКТОР БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени буали ибни Сино"

Цель исследования. Оценить значение изменений кишечной микробиоты в развитии белково-энергетической недостаточности у детей раннего возраста и определить их прогностическую значимость.

Материалы и методы. Проведено исследование по типу «случай-контроль», включившее 150 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Основную группу составили 75 детей с белково-энергетической недостаточностью I–II степени, группу контроля — 75 практически здоровых детей. Всем детям проводились антропометрические исследования с расчетом Z-score массы тела к возрасту согласно стандартам ВОЗ. Изучались характер вскармливания, частота инфекционной заболеваемости и результаты бактериологического исследования кала. Оценивалось содержание бифидобактерий, лактобацилл, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, условно-патогенной флоры и грибов рода Candida. Для определения факторов риска рассчитывались отношение шансов (OR) и 95% доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты исследования. Нарушения кишечной микробиоты выявлены у 81,3% детей с БЭН и у 34,7% детей контрольной группы ($\chi^2=31,6$; $p<0,001$). Снижение уровня бифидобактерий отмечалось у 72,0% детей основной группы против 25,3% в группе контроля ($p<0,001$), а дефицит лактобацилл — у 65,3% и 22,7% соответственно ($p<0,001$). Рост условно-патогенной микрофлоры наблюдался у 58,7% детей с БЭН против 18,7% здоровых детей ($p<0,001$).

Установлена достоверная корреляционная связь между количеством бифидобактерий и показателем массы тела к возрасту ($r=0,58$; $p<0,001$). Выраженный дефицит бифидобактерий увеличивал риск развития белково-энергетической недостаточности в 5,2 раза (OR=5,2; 95% ДИ 2,4–11,1), а снижение уровня лактобацилл — в 3,8 раза (OR=3,8; 95% ДИ 1,9–7,6).

У детей с дисбиотическими нарушениями чаще регистрировались эпизоды кишечных инфекций (46,7%), рецидивирующие острые респираторные заболевания (62,7%) и снижение аппетита (57,3%), что дополнительно способствовало ухудшению нутритивного статуса. Средний показатель Z-score массы тела к возрасту составил $-2,4\pm0,5$ SD при наличии выраженного дисбиоза и $-1,5\pm0,4$ SD при отсутствии значимых нарушений микробиоценоза ($p<0,01$).

Выводы.

1. Белково-энергетическая недостаточность у детей раннего возраста сопровождается выраженными нарушениями кишечной микробиоты.
2. Наиболее характерными изменениями являются снижение содержания бифидо- и лактобактерий и увеличение условно-патогенной микрофлоры.
3. Дефицит бифидобактерий повышает риск развития белково-энергетической недостаточности более чем в 5 раз.
4. Нарушения кишечной микробиоты ассоциируются с ухудшением антропометрических показателей и высокой инфекционной заболеваемостью.
5. Оценка состояния кишечной микробиоты может использоваться для раннего выявления детей группы риска по развитию нут

Бадалова З.А.

РОЛЬ РАННЕГО ОТКАЗА ОТ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕФИЦИТА МИКРОНУТРИЕНТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Али ибни Сино.

Цель исследования. Оценить влияние раннего отказа от грудного вскармливания на риск развития белково-энергетической недостаточности и дефицита микронутриентов у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведено исследование по типу «случай-контроль», включившее 140 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Основную группу составили 70 детей с белково-энергетической недостаточностью I–II степени, контрольную группу — 70 практически здоровых детей. Изучались особенности вскармливания на первом году жизни, антропометрические показатели, уровень гемоглобина, сывороточного ферритина и 25(OH) витамина D. Оценка физического развития проводилась по стандартам ВОЗ с использованием Z-score массы тела к возрасту. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 27.0. Рассчитывались отношение шансов (OR) и 95% доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты исследования. Установлено, что ранний отказ от грудного вскармливания (до 6 месяцев жизни) отмечался у 71,4% детей основной группы и у 35,7% детей контрольной группы ($\chi^2=17,9$; $p<0,001$). Вероятность развития белково-энергетической недостаточности у детей, переведенных на искусственное вскармливание до 6 месяцев, была в 4,5 раза выше по сравнению с детьми, находившимися на грудном вскармливании (OR=4,50; 95% ДИ 2,08–9,72). Средний уровень гемоглобина у детей с БЭН составил $103,4\pm9,2$ г/л против $118,6\pm8,4$ г/л в контрольной группе ($p<0,001$), а уровень ферритина — $14,8\pm5,6$ нг/мл и $28,9\pm7,4$ нг/мл соответственно ($p<0,001$). Дефицит витамина D

выявлен у 62,9% детей основной группы и у 28,6% детей контрольной группы ($p<0,001$). Средний уровень 25(ОН)D составил $19,7\pm5,1$ нг/мл у детей с БЭН и $30,8\pm6,3$ нг/мл у здоровых детей ($p<0,001$). Выявлена положительная корреляционная связь между продолжительностью грудного вскармливания и показателями массы тела ($r=0,48$; $p<0,01$), уровнем гемоглобина ($r=0,41$; $p<0,01$) и концентрацией витамина D ($r=0,37$; $p<0,05$).

Выводы.

1. Ранний отказ от грудного вскармливания является значимым фактором риска развития белково-энергетической недостаточности у детей раннего возраста.
2. Искусственное вскармливание в первые 6 месяцев жизни повышает вероятность формирования БЭН в 4,5 раза.
3. У детей с ранним прекращением грудного вскармливания достоверно чаще выявляются дефицит железа и недостаточность витамина D.
4. Продолжительное грудное вскармливание оказывает положительное влияние на показатели физического развития и микронутриентный статус детей.
5. Полученные результаты обосновывают необходимость усиления программ поддержки грудного вскармливания как эффективной меры профилактики нутритивных нарушений в раннем детском возрасте.

Бадалова З.А.

СЕПСИС НА ФОНЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

КАфедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Д. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить влияние белково-энергетической недостаточности на тяжесть течения сепсиса и исходы заболевания у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 98 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, госпитализированных с диагнозом сепсис в отделение «Сепсис» МК «Истиклол». Основную группу составили 52 ребенка с БЭН I–III степени, группу сравнения — 46 детей без признаков нутритивной недостаточности. Проводилась оценка антропометрических показателей, уровня общего белка, альбумина, гемоглобина, С-реактивного белка, прокальцитонина, длительности пребывания в отделении интенсивной терапии и исходов заболевания. Статистический анализ выполнен с использованием пакета SPSS 27.0.

Результаты исследования. У детей с БЭН отмечались более низкие показатели альбумина крови ($27,9\pm4,1$ г/л против $36,8\pm3,5$ г/л; $p<0,001$) и гемоглобина ($101,7\pm11,4$ г/л против $114,2\pm9,8$ г/л; $p<0,001$). Полиорганная недостаточность развилась у 40,4% пациентов основной группы и у 17,4% детей группы сравнения ($p=0,01$). Средняя продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии составила $10,8\pm3,2$ суток против $6,9\pm2,4$ суток соответственно ($p<0,01$). Наличие БЭН увеличивало риск тяжелого течения сепсиса в 3,4 раза ($OR=3,4$; 95% ДИ 1,5–7,9). Установлена отрицательная корреляция между уровнем альбумина и тяжестью полиорганной дисфункции ($r=-0,57$; $p<0,001$). Летальность среди детей с БЭН составила 11,5%, тогда как в группе сравнения — 4,3%.

Выводы. Белково-энергетическая недостаточность является независимым фактором риска тяжелого течения сепсиса у детей раннего возраста. Снижение уровня альбумина и выраженный дефицит массы тела ассоциируются с высокой частотой полиорганной недостаточности, длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии и неблагоприятными исходами заболевания. Оценка нутритивного статуса должна рассматриваться как обязательный компонент

Бакоев Ф.С.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить динамику и региональные особенности распространённости ожирения среди детей 5–14 лет в Республике Таджикистан.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование официальных статистических данных Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за 2017–2021 гг. Анализировали зарегистрированные случаи ожирения среди детей в возрасте 5–14 лет. Абсолютные значения переводили в показатели на 10 000 детского населения. Оценивали динамику распространённости заболевания, территориальные различия, особенности городского и сельского населения, а также распределение по полу.

Результаты исследования. Детское ожирение является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современной педиатрии. Его формирование в школьном возрасте ассоциируется с повышенным риском сохранения ожирения во взрослом возрасте и раннего развития артериальной гипертензии, инсулинорезистентности, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии и метаболически ассоциированной стеатотической болезни печени. Для Республики Таджикистан особое значение приобретает изучение динамики ожирения в условиях изменений характера питания, уровня физической активности и образа жизни детского населения.

Установлена выраженная тенденция к росту распространённости ожирения среди детей Республики Таджикистан. Если в 2017 г. регистрировалось около 28 случаев на 10 000 детей 5–14 лет, то к 2021 г. показатель достиг 102 случаев на 10 000, то есть увеличился более чем в 3,6 раза. Наиболее заметное увеличение числа детей с ожирением наблюдалось в г. Душанбе и Согдийской области. Распространённость заболевания среди городского детского насе-

ления превышала соответствующие показатели сельской местности. Вместе с тем тенденция к увеличению числа случаев ожирения отмечалась и среди детей, проживающих в сельских районах. В городских условиях ожирение чаще регистрировалось среди девочек по сравнению с мальчиками. Полученные данные демонстрируют не только увеличение общей распространённости заболевания, но и наличие территориальной и гендерной неоднородности его эпидемиологии.

Заключение. За период 2017–2021 гг. в Республике Таджикистан отмечен существенный рост зарегистрированной распространённости ожирения среди детей 5–14 лет — приблизительно в 3,6 раза. Наиболее неблагоприятная динамика характерна для городского детского населения, прежде всего г. Душанбе и Согдийской области. Полученные результаты обосновывают необходимость внедрения национальной системы раннего выявления избыточной массы тела и ожирения у детей с регулярной оценкой ИМТ, характера питания и физической активности. Приоритетное значение должны иметь профилактические программы в школах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи с учётом региональных и гендерных особенностей.

Богданьянц М.В.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования. Систематизировать данные о клинической и экономической эффективности телемедицинских технологий при ведении пациентов с хронической патологией, оценить специфику их применения в системе общественного здравоохранения, а также выявить ключевые барьеры интеграции этих решений в реальную клиническую практику.

Материалы и методы. Проанализированы международные мета-анализы (включая Кокрейн), федеральные отчеты о цифровизации в РФ за 2023–2025 годы. Изучались хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и сахарный диабет.

Результаты исследования. Телемедицина и удаленный мониторинг пациентов перешли из категории пилотных проектов в категорию доказанных клинических вмешательств. Мета-анализ демонстрирует, что дистанционный мониторинг статистически значимо снижает количество госпитализаций, связанных с ХСН, а при сахарном диабете подтверждено улучшение показателей гликированного гемоглобина.

Клинико-экономические расчеты демонстрируют снижение прямых медицинских затрат на ведение пациента с ХСН на 20–35% в год преимущественно за счет сокращения числа незапланированных госпитализаций на 15–40% и уменьшения общей длительности стационарного лечения на 30–58%. В когортах пациентов с сахарным диабетом 2 типа использование Continuous Glucose Monitoring (CGM) - устройств с функцией передачи данных снижает затраты на ведение на 7–15%, главным образом за счет предотвращения госпитализаций по поводу острой декомпенсации (на 30–45%) и долгосрочной профилактики потребности в заместительной почечной терапии. Критически важным фактором успеха является интеграция технологии в проактивную междисциплинарную команду врачей: ретроспективное исследование показало снижение обращений в неотложную помощь на 83–93% только тогда, когда удаленный мониторинг сочетался с активным участием медиков. Изолированные системы сбора данных без участия команды неэффективны.

В России накоплен собственный опыт масштабирования подобных практик: функционируют региональные проекты дистанционного мониторинга, внедряются устройства в рамках проекта ГК «Ростех» «Персональные медицинские помощники», а также развиваются многопрофильные телемедицинские анкеты как инструмент раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний. Вместе с тем выявлены фундаментальные барьеры: низкая долгосрочная приверженность пациентов цифровой терапии (около 50% выбывания участников исследований), перегрузка медицинского персонала потоком сырых данных и отсутствие бесшовной интеграции гаджетов с электронными медицинскими картами.

Выводы. Удаленный мониторинг является доказанным инструментом снижения частоты декомпенсаций при ХСН и улучшения гликемического контроля при сахарном диабете, однако его эффективность напрямую зависит от наличия проактивной мультидисциплинарной медицинской команды. Отечественный опыт внедрения дистанционных технологий подтверждает эффективность локальных решений, но выявляет системные барьеры в интеграции устройств с медицинскими информационными системами. Ключевыми препятствиями для дальнейшего масштабирования являются высокая доля отказов пациентов от использования приложений и необходимость единого стандарта обмена данными между устройствами и госпитальными информационными системами.

Гайратова Н.Н.¹, Шарифзода З.У.², Халилова Г.Б.¹

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра нормальной и патологической физиологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

²Кафедра пропедевтики детских болезней, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Рассмотреть физиологические механизмы инсомнии у детей и факторы, связанные с нарушением сна.

Материалы и методы. Проведён обзор современных научных данных 2024–2025 гг. о физиологии сна в детском возрасте, формировании циркадных ритмов и регуляции цикла «сон - бодрствование».

Результаты исследования. Инсомния - это нарушение инициации, качества или продолжительности сна при наличии нормальных условий для сна, приводящее к нарушениям повседневной деятельности. У детей система регуляции сна формируется постепенно по мере созревания центральной нервной системы. В первые годы жизни продолжительность сна, число пробуждений и соотношение его фаз отличаются от показателей взрослых. Супрахиазматическое ядро гипоталамуса регулирует циркадные ритмы, а мелатонин служит важным гормональным сигналом, зависящим от светового режима. Позднее засыпание, эмоциональное возбуждение и использование ярких экранов смартфонов и планшетов затрудняют засыпание. Физиологической особенностью является сохранение высокой активности нервной системы в период перехода организма ко сну.

По данным когортных исследований, инсомния встречается примерно у 2,5% детей дошкольного возраста, у 7-9% школьников и у 10-12% подростков, причём у девочек чаще, чем у мальчиков. В целом почти каждый пятый ребёнок (около 18%) сталкивается с эпизодами инсомнии хотя бы один раз в возрасте от 4 до 14 лет. Длительные нарушения сна приводят к дневной утомляемости, раздражительности, снижению концентрации и изменению поведения.

Выводы. Инсомния у детей может быть связана с особенностями созревания механизмов сна, нарушением режима дня и повышенной нервной активностью. Соблюдение регулярного режима сна, уменьшение эмоциональной и световой нагрузки в вечернее время и создание спокойных условий для засыпания важны для поддержания нормального сна ребёнка.

Гафурова Р.Р., Файзуллина Р.М., Кудаярова Л.Р.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОБРАБОТКЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Россия

Цель исследования. Оценить возможности применения технологий искусственного интеллекта (ИИ) для обработки и интерпретации результатов молекулярной аллергологической диагностики и сопоставить результаты автоматизированного анализа с экспертной оценкой врача-аллерголога-иммунолога.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов, из них 24 ребёнка и 16 взрослых, с клиническими проявлениями аллергического ринита, бронхиальной астмы и атопического дерматита. Всем пациентам проведено молекулярное аллергологическое исследование методом мультиплексного анализа аллергенных компонентов. Полученные данные подвергали первичной обработке с использованием технологий ИИ с систематизацией выявленной сенсibilизации, выделением преобладающих молекулярных профилей и оценкой возможных перекрёстных реакций. Результаты автоматизированной обработки сопоставляли с последующей экспертной интерпретацией врачами-аллергологами-иммунологами. Дополнительно оценивали время, необходимое для анализа результатов одного исследования.

Результаты исследования. При анализе данных 40 пациентов были выделены три основных профиля сенсibilизации. У 14 (35,0%) пациентов преобладала сенсibilизация к пищевым аллергенам растительного происхождения, преимущественно к белкам семейства PR-10 и профилинам. В данной группе орофарингеальный аллергический синдром отмечался у 9 (64,3%) пациентов, лёгкие проявления атопического дерматита — у 6 (42,8%). У 11 (27,5%) пациентов доминировала сенсibilизация к бытовым и эпидермальным аллергенам, преимущественно к аллергенам клещей домашней пыли и эпителия животных. Персистирующий аллергический ринит в данной группе диагностирован у 8 (72,7%) пациентов, бронхиальная астма — у 6 (54,5%). У 15 (37,5%) пациентов выявлен сочетанный профиль сенсibilизации к пыльцевым и пищевым аллергенам. Сезонные обострения респираторных симптомов отмечались у 9 (60,0%) пациентов, эпизоды генерализованных аллергических реакций — у 5 (33,3%). Полное совпадение результатов автоматизированной обработки и экспертной оценки аллергологов-иммунологов зарегистрировано в 33 из 40 случаев (82,5%). В 7 случаях (17,5%) выявлены расхождения, преимущественно связанные с интерпретацией минорных аллергенных компонентов и оценкой их клинической значимости. Использование ИИ позволило систематизировать результаты молекулярного исследования и представить их в виде индивидуальных профилей сенсibilизации с отображением потенциальных перекрёстных реакций. Среднее время первичного анализа результатов одного исследования сократилось с 20 до 10 минут.

Выводы. Применение технологий искусственного интеллекта при обработке результатов молекулярной аллергологической диагностики позволяет систематизировать значительный объём данных, выделять основные профили сенсibilизации и визуализировать потенциальные перекрёстные реакции. Совпадение результатов автоматизированной обработки с экспертной оценкой врачей-аллергологов-иммунологов составило 82,5%. Использование ИИ сопровождалось сокращением среднего времени первичного анализа результатов в два раза. Полученные данные позволяют рассматривать ИИ как вспомогательный инструмент обработки результатов молекулярной аллергодиагностики при сохранении ведущей роли врача в оценке клинической значимости выявленной сенсibilизации.

Давлатова Дж.Дж.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру сопутствующей инфекционной патологии у детей, госпитализированных в отделение детской кардиоревматологии ГУ МК «Истиклол».

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 386 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении детской кардиоревматологии ГУ «Медицинский

комплекс Истиклол» г. Душанбе с января 2024 по декабрь 2025 года. Анализировались основные кардиологические и ревматологические диагнозы, наличие сопутствующей инфекционной патологии, локализация инфекционного процесса и характер его течения. Сопутствующие инфекционные заболевания были зарегистрированы у 164 детей (42,5%).

Результаты исследования. В структуре сопутствующей инфекционной патологии преобладали заболевания органов дыхания. Острые респираторные вирусные инфекции диагностированы у 61 ребёнка (37,2%), бронхит и внебольничная пневмония — у 39 (23,8%), инфекции ЛОР-органов, включая тонзиллофарингит, синусит и отит, — у 26 детей (15,9%). Таким образом, инфекции респираторного тракта в совокупности составили 76,8% всех выявленных инфекционных заболеваний. Инфекции мочевыводящих путей зарегистрированы у 16 пациентов (9,8%), острые кишечные инфекции — у 8 (4,9%), инфекции кожи и мягких тканей — у 6 (3,7%). Более тяжёлые инфекционные состояния — инфекционный эндокардит и бактериемия — выявлены у 5 детей (3,0%). Другие инфекционные заболевания составили 1,8% (3 пациента). Наиболее часто сопутствующая инфекционная патология отмечалась у детей с врождёнными пороками сердца и признаками сердечной недостаточности, а среди пациентов ревматологического профиля у детей с системными воспалительными заболеваниями, получавших глюкокортикостероидную или другую иммуносупрессивную терапию. Респираторные инфекции в ряде случаев сопровождались усилением одышки, тахикардией, снижением толерантности к физической нагрузке и декомпенсацией основного заболевания.

Выводы. Сопутствующая инфекционная патология выявлена у 42,5% детей, госпитализированных в отделение детской кардиоревматологии. В её структуре доминировали инфекции органов дыхания, на которые приходилось 76,8% случаев. Наиболее частыми были ОРВИ, бронхит, пневмония и инфекции ЛОР-органов. Несмотря на относительно низкую частоту, инфекционный эндокардит и бактериемия имели наибольшее клиническое значение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего выявления инфекционных очагов, особенно у детей с врождёнными пороками сердца, сердечной недостаточностью и пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию.

Давлатова Дж.Дж.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Проанализировать современные международные рекомендации по рациональному назначению антибактериальных препаратов детям с ВПС при острых респираторных инфекциях.

Материалы и методы. Проведён аналитический обзор действующих рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (WHO/AWaRe), NICE и обновлённых рекомендаций IDSA/PIDS 2026 г. по ведению респираторных инфекций и внебольничной пневмонии у детей.

Результаты исследования. Согласно международным рекомендациям, антибиотики не должны назначаться рутинно при остром рините, назофарингите, большинстве случаев острого кашля и бронхита вирусной этиологии. У ребёнка с ВПС решение о назначении антибактериальной терапии должно основываться не на факте наличия сердечного порока, а на наличии клинически обоснованной или подтверждённой бактериальной инфекции. Значимая сердечно-сосудистая патология требует более осторожного наблюдения, ранней оценки общего состояния, частоты дыхания, сатурации кислорода, признаков дыхательной и сердечной недостаточности и своевременного решения вопроса о госпитализации.

Антибактериальная терапия оправдана при установленной или высоковероятной бактериальной пневмонии, бактериальном среднем отите, стрептококковом тонзиллофарингите, бактериальном синусите, сепсисе и других документированных бактериальных осложнениях. Выбор препарата должен определяться предполагаемым очагом и возбудителем, возрастом ребёнка, тяжестью состояния, предшествующей антибиотикотерапией и локальными данными об антибиотикорезистентности. В соответствии с принципами WHO AWaRe при наличии эффективной альтернативы предпочтение следует отдавать антибиотикам группы Access, избегая необоснованного применения широкого спектра препаратов категорий Watch и Reserve. Обновлённые рекомендации IDSA/PIDS 2026 также подчёркивают необходимость этиологически и клинически обоснованного лечения внебольничной пневмонии у детей.

Следует разграничивать лечение ОРИ и антибиотикопрофилактику инфекционного эндокардита. Профилактика эндокардита проводится только отдельным группам высокого риска в связи с определёнными медицинскими или стоматологическими вмешательствами и не является основанием для назначения антибиотика при обычной вирусной респираторной инфекции.

Выводы. Наличие ВПС повышает риск осложнённого течения респираторных инфекций и требует более тщательного клинического мониторинга, однако не является самостоятельным показанием к антибактериальной терапии. Рациональное назначение антибиотиков должно основываться на вероятности бактериальной этиологии, локализации инфекции и тяжести состояния.

Давлатова Дж.Дж.

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Продемонстрировать клиническое значение выраженной пищевой избирательности у ребёнка дошкольного возраста и необходимость комплексной оценки нутритивного статуса.

Материал и методы. Представлен клинический случай мальчика 4 месяцев, госпитализированного в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Проведены сбор анамнеза, осмотр, лабораторные, рентгенологические и молекулярно-генетическое исследования.

Результаты исследования. Ребёнок М., поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии в тяжёлом состоянии. Отмечалась дыхательная недостаточность на фоне респираторной инфекции, симптомы интоксикации, температура тела 38,6 °С, ЧДД - 66/мин, ЧСС - 170/мин, SpO₂ - 87%. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировой слой резко истончён по всему телу. Масса тела ребёнка 3 кг, длина - 55 см, выраженная гипотрофия, дефицит массы тела составил более 47%.

У ребёнка выявлена клиническая картина тяжёлого варианта несовершенного остеогенеза (болезни «хрустального человека»): грубая деформация грудной клетки и трубчатых костей конечностей, короткие конечности, мягкий, деформируемый череп, снижение мышечного тонуса, разболтанность суставов, повышенная ломкость костей. В анамнезе отмечены повторные переломы при минимальной травматизации.

В общем анализе крови: лейкоцитоз до $19,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилёз, СОЭ - 28 мм/ч, СРБ - 74 мг/л. Биохимическое исследование крови: кальций - 2,08 ммоль/л, фосфор - 1,22 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 438 Ед/л. На рентгенограмме грудной клетки и конечностей выявляется остеопения, деформация и истончение кортикального слоя длинных трубчатых костей, множественные консолидированные переломы на разных стадиях заживления. Диагноз несовершенного остеогенеза установлен на основании клинко-рентгенологической картины и подтверждён молекулярно-генетически в г. Москва: выявлен патогенный вариант в гене, кодирующем коллаген I типа (белок, составляющий основу костного матрикса). Проводилась терапия: респираторная поддержка, антибактериальная, инфузионная, симптоматическая. Ребёнок консультирован детским ортопедом. Манипуляции проводились максимально щадяще, с учётом хрупкости костной ткани.

На фоне лечения была отмечена положительная динамика: нормализация температуры, повышение SpO₂ до 95-97%, регресс дыхательной недостаточности. Ребёнок переведён из реанимации в профильное отделение.

Вывод. Представленный случай подтверждает, что у детей раннего возраста, страдающих несовершенным остеогенезом, респираторная инфекция протекает с тяжёлой дыхательной недостаточностью, отягощаемой деформацией грудной клетки и ограничением экскурсии лёгких, что требует настороженности к таким инфекциям и щадящего подхода к манипуляциям с учётом хрупкости костей. Подход к больным должен быть мультидисциплинарным, с привлечением педиатра, генетика, ортопеда, физиотерапевта, при необходимости оториноларинголога.

**Давлатова С.Н., Ахрорзода М.А., Файзуллоев Ф.А.
УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ
(клинический случай)**

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

Цель исследования. Описать клинический случай узелкового периартериита (УПА) у ребёнка 12 лет.

Материал и методы. Клиническое наблюдение проведено в отделении детской кардиоревматологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Обследование пациента включало сбор анамнестических данных, физикальный осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови с определением показателей воспаления, коагулограмму, ЭКГ. Инструментальная диагностика: КТ-ангиография брюшной аорты и её ветвей, УЗИ внутренних органов, электронейромиография, рентгенография тазобедренных суставов, МРТ тазобедренных суставов.

Результаты исследования. Из анамнеза: ребёнок от II беременности, II срочных родов с массой тела 4100 г. Считает себя больным в течение месяца. Дебют заболевания характеризовался эпизодами лихорадки, артралгий и миалгий, геморрагической сыпью на нижних конечностях. Получал амбулаторное лечение, но эффекта от терапии не отмечалось. Настоящая госпитализация обусловлена утяжелением состояния - усилением кожного синдрома с появлением участков некроза, сохраняющейся лихорадкой до 39°C, сильной артралгией и миалгией. При поступлении состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, на коже бедра, туловища отмечается характерный признак заболевания - Livedo reticularis (**сетчатое, мраморное синюшно-красное изменение окраски кожи**). В подкожной клетчатке - болезненные, плотные узлы, диаметром 3-5 см. ЧСС-110 в мин. АД-140-160/90-100 мм.рт.ст. Живот мягкий, выраженная болезненность на всей протяжённости. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. На УЗИ почек признаки вторичного пиелонефрита. Мышцы обычной консистенции, не уплотнены. Мышечные боли носят приступообразный характер в области бедра, голени, правой лопаточной области. Суставы внешне не изменены, сильно болезненны при пальпации. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. Лабораторно: гемоглобин-84г/л, выраженный лейкоцитоз ($32,32 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($1142 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ 45 мм/ч, СРБ 104,2 мг/л, антистрептолизин-О-259,4, К- 2,9 ммоль/л, фибриноген-222г/л, фибрин-10 сек. Креатинин и мочевины в норме, общий белок- 51г/л, альбумин- 38 г/л, общий билирубин- 30 мкмоль/л, связанный-11 мкмоль/л, АлАТ и АсАТ не увеличены. ЛДГ-163 (N<332), креатинкиназа-32,7 (N<127). На рентгенографии и МРТ тазобедренных суставов патологии не выявлено. На электронейромиографии признаки денервационного и миопатического процесса отсутствуют. Антитела к циклическому цитруллиновому пептиду (АЦЦП) - 8.00 (N<17.00). Антитела к двухцепочечной ДНК (анти - dsDNA) - IgG- 3,79 (N<20). В общем анализе мочи - микрогематурия и умеренная протеинурия. На КТ-ангиографии выявлены множественные микроаневризмы почечных артерий, которые объясняют наличие артериальной гипертензии II степени. Ребёнку установлен диагноз: Узелковый периартериит, кожно-тромбоангиотическая форма, высокая степень активности, осложнённый артериальной гипертензией.

Вывод. УПА у детей может дебютировать с изолированным кожным и выраженным болевым синдромом. Наличие у ребёнка длительных артралгий в сочетании с геморрагической сыпью, лихорадкой и резистентной артериальной гипертензией требует исключения УПА. Ранняя верификация диагноза при помощи ангиографии, КТ-ангиографии,

электронейромиографии, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек и органов брюшной полости позволяет своевременно начать терапию и предотвратить поражение внутренних органов.

Джаббаров С.С.

ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические факторы риска возникновения ВЖК у маловесных детей.

Материалы и методы. Под наблюдением были 84 маловесных детей, которые находились в КЗ «Истиклол». Клиническую группу (1) составили 43 новорожденных, у которых было выявлено ВЖК и во вторую группу вошли 41 маловесный ребенок без признаков ВЖК. Новорожденным проведены комплексные общеклинические и биохимические исследования и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. При анализе данных анамнеза отмечено, что почти у каждой второй женщины во время беременности имели место анемия на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности и угрозы прерывания беременности. У двух матерей детей из группы 1 и у одной из группы 2 роды осложнились преждевременной отслойкой плаценты. В 19% случаев у матерей детей с ВЖК роды закончились кесаревым сечением. При изучении вероятных критериев риска возникновения ВЖК выявлено, что инфекционно-воспалительные процессы урогенитальной сферы в 3,3 раза чаще встречались у матерей, дети, которых вошли в состав группы 1 группы. В 2,1 раза чаще у детей группы 1 регистрировались частота рождения в асфиксии тяжелой степени, что требовало проведения искусственной вентиляции легких, а также наличие дыхательных расстройств у маловесных. При диагностике приведенных факторов риска возникновения ВЖК у недоношенных детей было выявлено, что наличие дыхательного дистресса у детей группы 1 наблюдалось в 2,6 раза чаще.

Выводы. Рождение младенцев в асфиксии тяжелой степени и наличие дыхательного дистресса в раннем неонатальном периоде достоверно повышают риск формирования ВЖК, поэтому такие новорожденные должны рассматриваться как группа риска ВЖК среди недоношенных детей, особенно при сохранении тяжести состояния на момент поступления в стационар.

Джаббаров С.С.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Оценить особенности нервно-психического развития детей с низкой массой тела при рождении в течение первого года жизни и определить взаимосвязь выраженности нарушений с массой тела и гестационным возрастом при рождении.

Материалы и методы. Проведено проспективное сравнительное исследование 40 детей первого года жизни, находившихся под динамическим наблюдением в медицинском комплексе «Истиклол» г. Душанбе. Основную группу составили 20 детей с массой тела при рождении менее 2500 г, группу сравнения — 20 доношенных детей с массой тела при рождении 2500 г и более.

В основной группе масса тела при рождении 1500–2499 г отмечалась у 10 (50,0%) детей, 1000–1499 г — у 7 (35,0%), менее 1000 г — у 3 (15,0%). Средний гестационный возраст детей основной группы составил $32,1 \pm 2,7$ недели, группы сравнения — $39,1 \pm 1,0$ недели.

Нервно-психическое развитие оценивали в возрасте 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования. При оценке нервно-психического развития в возрасте 12 месяцев средний показатель когнитивного развития по шкале Bauley-III в основной группе составил $91,6 \pm 8,9$ балла, тогда как в группе сравнения — $101,4 \pm 7,2$ балла ($p=0,001$). Средний показатель речевого развития составил соответственно $89,8 \pm 9,7$ и $100,6 \pm 7,9$ балла ($p<0,001$), моторного развития — $88,1 \pm 9,5$ и $101,8 \pm 7,1$ балла ($p<0,001$).

Показатели моторного развития ниже возрастного диапазона выявлены у 9 из 20 (45,0%) детей основной группы и у 2 из 20 (10,0%) детей группы сравнения ($p=0,031$). Отставание речевого развития отмечено у 8 (40,0%) детей с низкой массой тела при рождении против 1 (5,0%) ребенка группы сравнения ($p=0,020$). Снижение показателей когнитивного развития выявлено у 7 (35,0%) и 1 (5,0%) ребенка соответственно ($p=0,044$).

Наиболее низкие показатели нервно-психического развития регистрировались среди детей с массой тела при рождении менее 1500 г., т.е. показатель моторного развития составил $84,7 \pm 8,6$ балла, речевого — $86,5 \pm 9,1$ балла, когнитивного — $88,2 \pm 8,4$ балла. У детей с массой тела 1500–2499 г соответствующие показатели составили $91,8 \pm 8,0$, $93,1 \pm 8,7$ и $94,9 \pm 7,6$ балла.

Установлена прямая связь между массой тела при рождении и показателями моторного развития в возрасте 12 месяцев ($r=0,48$; $p=0,002$), а также между гестационным возрастом и когнитивным развитием ($r=0,43$; $p=0,006$).

К 12 месяцам скорректированного возраста у большинства детей основной группы отмечалась положительная динамика нервно-психического развития, однако у 8 (40,0%) сохранялось отставание как минимум в одной из исследуемых сфер по сравнению с 2 (10,0%) детьми группы сравнения ($p=0,065$).

Выводы. Дети с низкой массой тела при рождении характеризуются повышенным риском замедленного нервно-психического развития на первом году жизни. Наиболее выраженные отклонения отмечаются в моторной и речевой сферах и чаще выявляются у детей с массой тела менее 1500 г. Снижение массы тела и гестационного возраста при рождении ассоциируется с более низкими показателями когнитивного, речевого и моторного развития. Полученные

данные обосновывают необходимость длительного диспансерного наблюдения маловесных детей с регулярной стандартизированной оценкой психомоторного развития и ранним включением программ развивающей и реабилитационной помощи.

Джабаров С.С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В ПЕРВЫЕ ТРИ ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить особенности психомоторного развития детей с низкой массой тела при рождении в течение первых трёх лет жизни.

Материал и методы. Под динамическим наблюдением находились 96 детей в возрасте до 3 лет. Основную группу составили 62 ребёнка с массой тела при рождении менее 2500 г, группу сравнения — 34 ребёнка с нормальной массой тела при рождении. Средняя масса тела детей основной группы составила 2185 ± 286 г, гестационный возраст — $35,4 \pm 1,8$ недели. Психомоторное развитие оценивали в возрасте 6, 12, 24 и 36 месяцев по состоянию моторных, речевых, когнитивных и социально-коммуникативных функций.

Результаты исследования. В возрасте 6 месяцев наиболее выраженные различия выявлялись в моторной сфере. Самостоятельное переворачивание отмечалось у 75,8% детей основной группы против 91,2% в группе сравнения. К 12 месяцам задержка хотя бы одного психомоторного навыка выявлена у 30,6% маловесных детей и у 11,8% детей группы сравнения. Самостоятельная ходьба к одному году сформировалась соответственно у 66,1% и 85,3% детей.

В возрасте 24 месяцев наиболее заметными становились нарушения речевого развития. Активный словарь более 50 слов и использование двухсловных фраз отмечались у 69,4% детей основной группы против 88,2% в группе сравнения. Задержка экспрессивной речи выявлена соответственно у 27,4% и 8,8% детей.

К трёхлетнему возрасту у большинства маловесных детей наблюдалась положительная динамика, однако соответствие возрастным нормам по всем сферам развития зарегистрировано у 72,6% детей основной группы против 91,2% группы сравнения. В 36 месяцев задержка речевого развития сохранялась у 19,4%, когнитивного — у 12,9%, моторного — у 11,3% детей. Сочетанное отставание двух и более сфер отмечено у 14,5% маловесных детей.

Наиболее высокая частота нарушений выявлена у детей с массой тела при рождении менее 2000 г: к трём годам задержка одной или нескольких сфер развития сохранялась у 44,4% таких детей против 20,5% среди детей с массой 2000–2499 г. При наличии перинатальной гипоксии задержка психомоторного развития отмечалась у 38,5% обследованных.

Выводы. Дети с низкой массой тела при рождении имеют повышенный риск замедленного психомоторного развития в первые три года жизни. На первом году чаще выявляется задержка моторных навыков, на втором и третьем — речевых и когнитивных функций. Наиболее неблагоприятные результаты отмечаются у детей с массой тела при рождении менее 2000 г и перенесённой перинатальной гипоксией. Полученные данные подтверждают необходимость длительного катамнестического наблюдения маловесных детей и раннего проведения коррекционно-развивающих мероприятий.

Джабборова Ю.Ю., Саидмуродова Г.М., Комилов И.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клиническое течение и лечение гриппа у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Из общего числа (2810) госпитализированных детей с ОРВИ в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе Республики Таджикистан за первое полугодие 2025 года, диагноз гриппа был подтверждён лишь у 117 (4,1%) пациентов, причём у 68 (58,1%) диагностирован тип А, у 49 (41,9%) - тип В. Под наблюдением находились 41 (35%) детей первого года жизни. Диагноз гриппа был подтверждён выделением вирусных антигенов в мазках-отпечатках со слизистой полости носа и ротоглотки методом ПЦР, проведённых в Референс лаборатории МЗ и СЗН РТ.

Результаты исследования. Заболевание гриппом у детей первого года жизни начиналось постепенно с фебрильной лихорадки до $38,5-39,5^{\circ}\text{C}$ со слабо выраженными катаральными проявлениями в виде сопения носом, покашливания и симптомами интоксикации, проявляющиеся беспокойством, вялостью, отказом от груди. Усиление интоксикации на фоне вторичных метаболических нарушений у 22 (53,6%) детей привели к повторной рвоте, у 27 (65,8%) - к развитию нейротоксического синдрома в виде энцефалитической реакции с кратковременной потерей сознания, у 7 (17,1%) детей - к менингоэнцефалическим реакциям, сопровождающиеся судорогами и ригидностью затылочных мышц, у 15 (36,6%) детей - менингизмом. У всех (100%) детей с гриппом отмечены выбухание большого родничка и инверсия сна, у 30 (73,2%) - психомоторное возбуждение, у 38 (92,7%) - диарея. У 12 (29,3%) детей диагностирован геморрагический синдром за счёт развития коагулопатии потребления с уменьшением тромбоцитов до 200 и удлинением времени свёртывания крови более 5 минут, снижением протромбинового индекса ниже 70%, тромбинового времени ниже 15 секунд, количества фибриногена 2 мг/л . Лечение детей с гриппом проводилось согласно соответствующим протоколам, включающим в себя симптоматическое лечение противовирусными препаратами в виде Анаферона детского и Эргоферона, а также антибиотики (амоксциллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны - ципрофлоксацины (форцип), левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения) были назначены при пневмонии. Лечение детей с тяжёлыми формами гриппа проводилось в отделении интенсивной терапии. Осложнения были выявлены у большинства 29 (70,7%) детей первого года жизни в виде вторичной бактериальной

пневмонии, бронхита - у 12(29,3%) детей, причём у всех с наличием бронхообструктивного синдрома.

Вывод. Заболевание гриппом у детей первого года жизни имело свои особенности со слабо выраженными катаральными проявлениями в начале заболевания и развитием нейротоксикоза у 65,8% и геморрагического синдрома в периоде разгара, а также развитием осложнений со стороны органов дыхания у 70,7% детей. Лечение детей с гриппом проводилось согласно соответствующим протоколам, в виде симптоматической терапии, противовирусных препаратов (Анаферона детского и Эргоферона), а также антибиотиков.

Джумаева Л.Ф.^{1,2}, Исмаилова М.А.², Хамидова С.Н.³.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

¹Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Кафедра педиатрии и детской гематологии ГОУ «ИПОСЗ» РТ

³ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить молекулярно-генетическую характеристику возбудителя бактериальной пневмонии у новорождённых детей.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 53 новорождённых с пневмонией, находившихся в отделении патологии новорождённых ГУ НМЦРТ «Шифобахш». В зависимости от степени тяжести заболевания дети были разделены на две группы: первую группу составили 26 (49,1%) новорождённых с тяжёлой пневмонией, вторую — 27 (50,9%) новорождённых с очень тяжёлой пневмонией. Молекулярно-генетическому исследованию подвергнуты 34 образца *S. aureus*, из которых 16 образцов были получены от детей с тяжёлой пневмонией, и 18 образцов от детей с очень тяжёлой пневмонией. Проводилось определение хромосомных генов *pls*, *sac* и *scn* и анализ их сочетаний.

Результаты исследования. Молекулярно-генетическим методом исследования выявлены три варианта генотипов *S. aureus*, характеризующихся различными сочетаниями хромосомных генов. У детей с тяжёлой пневмонией наиболее часто в 11 (68,7%) образцах выявлялся генотип, из одного гена (*pls*). Комбинация двух генов (*pls*, *sac*) была обнаружена в 4 (25,0%) случаях, сочетание трёх генов (*pls*, *sac*, *scn*) отмечалось в 1 (6,3%) случае. У новорождённых с тяжёлой пневмонией основными клиническими проявлениями были дыхательная недостаточность I–II степени, субфебрильная температура тела и беспокойство. По данным рентгенологического исследования, в 15 (57,7%) случаях отмечалось одностороннее, преимущественно правостороннее, поражение лёгких. Во всех случаях заболевание имело острое течение, продолжительность которого составляла от 14 до 30 дней.

При исследовании штаммов *S. aureus*, выделенных у детей с очень тяжёлой пневмонией, отмечалось иное распределение генотипов. Наиболее часто выявлялось сочетание трёх генов (*pls*, *sac*, *scn*) в 9 (50,0%) случаях. Комбинация двух генов (*pls*, *sac*) была обнаружена в 7 (38,9%) случаях, генотип с одним геном (*pls*) — в 2 (11,1%) случаях. Основными клиническими проявлениями очень тяжёлой пневмонии были дыхательная недостаточность III степени, выраженный интоксикационный синдром, гипертермия выше 38,6 °C в 19 (70,4%) случаях, вялость и гипорефлексия в 18 (66,7%) случаях. По данным рентгенологических исследований, в 11 (40,7%) случаях отмечалось двустороннее поражение лёгких.

Вывод. Полученные результаты молекулярно-генетического исследования свидетельствуют о взаимосвязи генотипических особенностей *S. aureus* с тяжестью течения бактериальной пневмонии у новорождённых и позволяют рассматривать определение комплекса генов *pls*, *sac*, *scn* как для оценки особенностей возбудителя при тяжёлом течении заболевания.

Додхоев Д.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НИЗКОДОЗОВОГО РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИММУННЫЙ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Обобщить современные данные о молекулярных и иммунологических механизмах воздействия хронического низкодозового ионизирующего излучения на организм ребёнка и определить перспективные биомаркеры ранних биологических изменений.

Материалы и методы. Проведён аналитический обзор современных рецензируемых публикаций 2024-2026 гг., посвящённых низкодозовому и хроническому радиационному воздействию, оксидативному стрессу, повреждению ДНК, митохондриальной дисфункции и иммунной регуляции. Приоритет отдавался систематическим и аналитическим обзорам, исследованиям биомаркеров радиационного воздействия и работам с участием детских популяций.

Результаты исследования. Изучение биологических эффектов хронического воздействия малых доз ионизирующего излучения сохраняет особую актуальность для детского населения, проживающего на территориях с повышенным природным или техногенным радиационным фоном. Согласно современным представлениям, биологический ответ на низкодозовое облучение определяется не только непосредственным повреждением ДНК, но и изменениями окислительно-восстановительного гомеостаза, митохондриальной функции, межклеточной сигнализации и иммунно-воспалительных механизмов. При этом зависимость «доза–эффект» в диапазоне малых доз может иметь нелинейный характер, что затрудняет индивидуальное прогнозирование последствий хронической экспозиции.

Современные данные свидетельствуют, что одним из ранних механизмов биологического действия ионизирующего излучения является образование активных форм кислорода с последующим нарушением клеточного редокс-баланса. Персистирующий оксидативный стресс способен поддерживать повреждение ядерной и митохондриальной

ДНК, изменять энергетический метаболизм клетки и активировать провоспалительные сигнальные пути. Особое значение придаётся взаимодействию механизмов ответа на повреждение ДНК с системами cGAS–STING и NF-κB, участвующими в регуляции продукции интерферонов и провоспалительных цитокинов.

Иммунологические последствия радиационного воздействия зависят от дозы, мощности дозы и продолжительности экспозиции. При более значительном воздействии наиболее чувствительными клетками остаются лимфоциты. В диапазоне низких доз выявляются значительно более сложные реакции: наряду с оксидативным повреждением и воспалительной сигнализацией могут активироваться антиоксидантная защита, репарация ДНК и адаптивные клеточные механизмы. Поэтому изменения отдельных показателей иммунитета или перекисного окисления липидов не могут рассматриваться как специфический маркер хронического низкодозового облучения.

Особый интерес представляют результаты исследования 2024 г. у детей, подвергавшихся медицинскому радиационному воздействию при нейроангиографии. При исследовании мононуклеарных клеток периферической крови не была выявлена линейная дозозависимая динамика γH2AX и активных форм кислорода, однако в группе более высокой экспозиции отмечались изменения митохондриального мембранного потенциала и митохондриальной ДНК. Эти результаты подтверждают перспективность оценки митохондриальных маркеров наряду с традиционными показателями оксидативного стресса.

Досанова А.М., Додхох Дж.С.

ОХВАТ ДЕТСКОЙ ИММУНИЗАЦИЕЙ, НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ И РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить охват детей иммунизацией, распространённость нерешительности в отношении вакцинации и влияние социальных сетей на отказ от неё.

Материал и методы. Проведён анализ 7 источников 2015-2026 гг.: двух совместных пресс-релизов Детского фонда Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и 5 статей в рецензируемых журналах (модельное исследование, статья рабочей группы экспертов ВОЗ, метаанализ, междисциплинарное исследование, Кокрейновский систематический обзор). Оценивали охват иммунизацией, распространённость нерешительности в отношении вакцинации, влияние дезинформации в социальных сетях и эффект информирования родителей.

Результаты исследования. По оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2025 г. хотя бы одну дозу вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша получили 90% младенцев, полный курс из трёх доз - 85%; 13,5 млн детей не получили ни одной дозы. Охват первой дозой вакцины против кори составил 84%, второй - 77% при пороге 95%, необходимом для предупреждения вспышек (ЮНИСЕФ, ВОЗ, 2026). По данным моделирования, с 1974 г. вакцинация в рамках Расширенной программы иммунизации предотвратила 154 млн смертей и обеспечила 40% наблюдаемого снижения младенческой смертности в мире (Shattock A.J. et al., 2024). В Европейском регионе ВОЗ в 2024 г. зарегистрировано 127 350 случаев кори - вдвое больше, чем в 2023 г., и максимум с 1997 г. Казахстан с 28 147 случаями занял второе место в регионе после Румынии (ЮНИСЕФ, ВОЗ, 2025). Рабочая группа экспертов ВОЗ определила нерешительность в отношении вакцинации как задержку согласия на вакцинацию или отказ от неё при доступности прививочных услуг (MacDonald N.E., 2015). В метаанализе 23 публикаций с участием 29 131 родителя и опекуна детей 0-6 лет совокупная распространённость нерешительности составила 21,1% при 95% доверительном интервале (ДИ) 17,5-24,7 и варьировала от 13,3% в Американском регионе ВОЗ до 27,9% в регионе Восточного Средиземноморья (Abenova M. et al., 2024). В междисциплинарном исследовании сдвиг показателя иностранной дезинформации в социальных сетях на 1 пункт по 5-балльной шкале был связан со снижением среднего охвата вакцинацией на 2 процентных пункта в год (Wilson S.L., Wiysonge C., 2020). По данным Кокрейновского обзора, очное информирование или обучение родителей может улучшать прививочный статус детей: относительный риск 1,20 (95% ДИ 1,04-1,37) при низкой достоверности доказательств (Kaufman J. et al., 2018).

Выводы. Охват иммунизацией против кори остаётся ниже порога, необходимого для предупреждения вспышек, а заболеваемость корью в Европейском регионе ВОЗ, включая Казахстан, достигла многолетнего максимума. Нерешительность в отношении вакцинации выявляется примерно у каждого пятого родителя, дезинформация в социальных сетях связана со снижением охвата, тогда как доказательства эффективности очного информирования ограничены. Необходимы исследования причин отказа от вакцинации и влияния социальных сетей на родительские убеждения в странах Центральной Азии.

Дусматов Д.Ш., Назаров Ч.Т., Азимов А.С.

ИСТИФОДАИ ОҚИЛОНАИ АНТИБИОТИКҲО ДАР КҶУДАКОН: АСОСНОККУНИИ ТАҶИН ВА АРЗЁБИИ МУВОФИҚАТ

Кафедраи физиологияи нормалӣ ва патологӣ, МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон». Тоҷикистон.

Мақсади таҳқиқот. Муайян кардани меъёрҳои асоснокии таҷини антибиотикҳо дар амалияи амбулатории кӯдакон ва пешниҳоди тарзи оддӣ арзёбии мувофиқати таҷинот ба тавсияҳои клиникӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҳлили муқоисавии тавсияҳои CDC «Outpatient Clinical Care for Pediatric Populations» (2024) ва дастури Созмони ҷаҳонии тандурустӣ «The WHO AWaRe antibiotic book» (2022) анҷом дода шуд. Таҳлил ба ташхисҳои маъмули амбулаторӣ ва ҷор ҷузъи таҷинот равона гардид: нишондод, интиҳоби дору, воя ва давомноқӣ. Дар асоси муқоиса шакли бақайдгирии таҷинот пешниҳод карда шуд; қори мазкур аудити анҷомёфтаи беморони маҳаллӣ нест.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тавсияҳои CDC барои зукоми оддӣ ва сирояти ғайримахсуси роҳҳои болоии нафас таъини антибиотикро пешбинӣ намеkunанд. Ҳангоми гумони синусити бактериалӣ давом кардани аломатҳо зиёда аз 10 рӯз бе беҳбудӣ, бадшавӣ баъди беҳбудии аввалия ё оғози вазнин аҳамияти таҳқиқ доранд. Дар фарингити стрептококкӣ нишонаҳои клиникӣ танҳо барои ҷудо кардани сабаби вирусӣ ва бактериалӣ кофӣ нестанд; таҳқиқи мувофиқ ба синну сол бо санҷиши антиген ё кишт асоснок карда мешавад. Аз ин муқоиса бармеояд, ки танҳо мавҷудияти таб ё тағйири ранги тарашшӯх барои баҳодиҳии асоснокӣ антибиотик кофӣ нест. Дастури AWARe интиҳоби дору, воя, роҳи воридкунӣ ва давомнокии табобатро ба таҳқиқи муайян мепайвандад. Барои аудити амбулаторӣ пешниҳод мешавад, ки дар ҳар сабт таҳқиқ ва далели он, синну сол ва вазни кӯдак, дору, воя, роҳи воридкунӣ ва муҳлати таъин сабт шаванд. Мувофиқат барои ҳар ҷузъ ҷудогона ҳисоб карда мешавад: шумораи таъиноти мувофиқ ба шумораи таъиноти арзёбишаванда тақсим мегардад. Ин тартиб фарқ кардани антибиотики тамоман нолозимро аз интиҳоби нодурусти воя дар ҳолати нишондоди дуруст имкон медиҳад.

Хулоса. Истифодаи оқилонаи антибиотик аз таҳқиқи асоснок оғоз меёбад ва бо интиҳоби дурусти дору, воя ва давомнокӣ идома меёбад. Бақайдгирии ҷудогонаи ин ҷузъҳо роҳи мушаххаси ошкор кардани ҳатогиҳои таъинот аст.

Дусматов Д.С., Назаров Дж.Т.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ПЕДИАТРИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра нормальной и патологической физиологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Провести систематический анализ современных данных о распространённости, механизмах формирования и клинической значимости антибиотикорезистентности у детей, а также оценить эффективность программ рационального применения антибактериальных препаратов.

Материалы и методы. Нами был проведён обзор отечественных и зарубежных публикаций за 2021–2025 гг. (PubMed, Cochrane, ВОЗ, CDC). Были включены 84 исследования, посвящённые антимикробной резистентности у новорождённых, детей до 5 лет и подростков.

Результаты исследования. По данным ВОЗ, ежегодно инфекции, вызванные полирезистентными бактериями, приводят к 700 000 смертей, из них около 200 000 — у детей. К 2050 году прогнозируется рост до 10 млн случаев смерти в год. Наиболее значимые возбудители в педиатрии: MRSA, VRE, ESBL-продуценты, CRE и полирезистентная *Pseudomonas aeruginosa*. В период пандемии COVID-19 частота внутрибольничных инфекций, вызванных резистентными микроорганизмами, увеличилась на 20 %.

В странах с низким и средним уровнем дохода отмечен высокий уровень резистентности *E. coli* к ампициллину (62–89 %), рост резистентности *Shigella spp.* к цефтриаксону (с 1,6 % до 8 %), а также увеличение устойчивости *E. cloacae* к эртапенему (до 27,1 %). Главным фактором формирования АМР остаётся нерациональное использование антибиотиков: по данным CDC, до 28 % назначений необоснованны.

Программы рационального применения антибиотиков (AMS) доказали эффективность: они снижают частоту необоснованных назначений, увеличивают долю препаратов первой линии и сокращают длительность терапии без ухудшения исходов.

Выводы. Антибиотикорезистентность является одной из ключевых угроз педиатрическому здравоохранению, поскольку рост устойчивости микроорганизмов у детей напрямую связан с высоким уровнем необоснованного применения антибактериальных препаратов. Пандемия COVID-19 усилила распространение резистентных возбудителей в стационарах, что подчёркивает необходимость постоянного эпидемиологического надзора. В этих условиях особую значимость приобретают программы рационального использования антибиотиков (AMS), доказавшие свою эффективность в снижении частоты необоснованных назначений и улучшении клинических исходов. Борьба с антибиотикорезистентностью требует комплексного подхода, включающего разработку клинических рекомендаций с учётом локальных данных чувствительности, расширение микробиологического мониторинга и проведение образовательных инициатив для медицинского персонала и населения.

Исмаилов К.И., Зайнудинова П.К., Асламова Г.К.

НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ СВЁРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности показателей свёртывающей системы крови у новорождённых детей с внутриутробными инфекциями (ВУИ) различной степени тяжести.

Материал и методы. На базе Государственного учреждения Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» проведено обследование 120 новорождённых, находившихся в отделении патологии новорождённых. В зависимости от тяжести инфекционного процесса дети были разделены на 2 группы. Первую группу составили 68 (56,7%) новорождённых с тяжёлым течением внутриутробной инфекции. Вторая группа сформирована из 52 (43,3%) детей с очень тяжёлым течением патологического процесса. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых детей аналогичного возраста. Всем больным, помимо общеклинических исследований, определялись маркёры TORCH - инфекции методом ПЦР и ИФА, а также проводилось исследование гемостазиограммы. Для оценки состояния системы гемостаза оценивались показатели плазменного, антикоагулянтного и фибринолитического звеньев.

Результаты исследования. Из 120 исследуемых новорождённых, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорождённых 42 (35%) были в возрасте от 2 до 7 дней, 78 (65%) - от 7 до 28 дней жизни. Крите-

риями исключения являлись антенатально выявленные пороки развития, ранний неонатальный сепсис, наличие генетических заболеваний и хромосомной патологии.

При исследовании показателей системы гемостаза у новорождённых детей первой группы выявлена незначительная тенденция к удлинению времени свёртывания крови (ВСК) по Ли-Уайту ($8,90 \pm 1,10$), а также умеренное удлинение АЧТВ ($70,5 \pm 1,21$) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($46,0 \pm 1,3$). Наряду с этим отмечалось снижение содержания фибрина ($8,91 \pm 2,5$) и фибриногена ($177,04 \pm 4,1$) относительно соответствующих показателей у условно здоровых новорождённых ($11,1 \pm 0,81$ и $220,1 \pm 4,0$) соответственно.

У детей второй группы страдающих очень тяжёлой формой ВУИ, выявлялись более выраженные изменения показателей гемостаза. Отмечалось значимое удлинение ВСК по Ли-Уайту ($11,91 \pm 1,80$), и АЧТВ ($78,99 \pm 2,80$). При этом наиболее выраженные различия по сравнению с контрольной группой наблюдались в отношении протромбинового времени (ПВ) и международного нормализованного отношения (МНО) ($p < 0,001$, $p < 0,001$), на фоне низких значений фибриногена соответственно.

Следует отметить, что у больных при сравнении показателей коагулограммы обеих групп обследованных новорождённых отмечались однотипные изменения показателей гемостаза, включая увеличение АЧТВ, времени свёртывания крови по Ли-Уайту, фибрина, фибриногена, протромбинового индекса и протромбинового времени. Полученные данные свидетельствуют о тенденции к гипокоагуляционным изменениям, наиболее выраженным у детей с очень тяжёлой формой ВУИ.

Вывод. У новорожденных с внутриутробными инфекциями выявляются комплексные изменения системы гемостаза, включающие нарушения коагуляционного, антикоагуляционного и фибринолитического звеньев. Выраженность гемостатических нарушений возрастает по мере утяжеления инфекционного процесса. Полученные данные диктуют необходимость проведения контроля состояния гемостаза и профилактической антигеморрагической терапии детям с врождённой ВУИ.

Исмаилов К.И., Фирuzeва Ф.Ф.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИОЛИТЕ

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

Цель исследования. Оценить состояние отдельных показателей электролитного гомеостаза у детей раннего возраста с бронхиолитом.

Материал и методы. Обследованы 30 детей в возрасте от 1 до 24 месяцев с бронхиолитом и 30 практически здоровых детей, составивших контрольную группу. В зависимости от тяжести заболевания дети с бронхиолитом были распределены на три группы: с лёгким, среднетяжёлым и тяжёлым течением – по 10 детей в каждой. Тяжесть бронхиолита оценивали с использованием шкалы Wang Bronchiolitis Severity Score. В сыворотке крови определяли концентрации Na^+ , K^+ , Cl^- и Ca^{2+} .

Результаты исследования. Исследование показало, что характер изменений электролитного состава крови у детей с бронхиолитом зависел от тяжести заболевания. В контрольной группе концентрация Na^+ составила $139,8$ ммоль/л, K^+ - $4,2$ ммоль/л, Cl^- - $103,1$ ммоль/л, Ca^{2+} - $2,36$ ммоль/л. При лёгком течении бронхиолита статистически значимых изменений электролитных показателей по сравнению с контрольной группой не выявлено: Na^+ - $138,5$ ммоль/л, K^+ - $4,3$ ммоль/л, Cl^- - $102,2$ ммоль/л, Ca^{2+} - $2,34$ ммоль/л. При среднетяжёлом течении отмечалась тенденция к снижению концентраций Na^+ до $136,2$ ммоль/л и Cl^- до $100,8$ ммоль/л. Уровни K^+ и Ca^{2+} изменялись менее выражено и составляли $4,4$ и $2,31$ ммоль/л соответственно. При тяжёлом бронхиолите нарушения электролитного баланса были более выраженными: концентрация Na^+ снижалась до $133,9$ ммоль/л, Cl^- - до $99,0$ ммоль/л, Ca^{2+} - до $2,27$ ммоль/л, тогда как уровень K^+ составлял $4,6$ ммоль/л. Таким образом, по мере утяжеления бронхиолита отмечалось постепенное снижение концентраций Na^+ и Cl^- , а также менее выраженное снижение концентрации Ca^{2+} . Выявленные изменения свидетельствуют о нарушении водно-электролитного равновесия, выраженность которого возрастает при более тяжёлом течении заболевания.

Вывод. У детей раннего возраста с бронхиолитом выявляются изменения отдельных показателей электролитного гомеостаза, выраженность которых зависит от тяжести заболевания. Наиболее значимые изменения отмечаются в концентрациях Na^+ и Cl^- , особенно при тяжёлом течении бронхиолита. Изменения уровней K^+ и Ca^{2+} имеют менее выраженный характер. Полученные результаты обосновывают необходимость контроля электролитного состава крови у детей со среднетяжёлым и тяжёлым бронхиолитом для своевременного выявления нарушений водно-электролитного баланса и совершенствования комплексного ведения пациентов.

Исоева М.М., Саидмуродова Г.М., Юсупов А.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность регидратационной терапии у детей раннего возраста с острыми кишечными инфекциями (ОКИ).

Материал и методы исследования. Проведён анализ клинических данных 210 историй болезни больных детей в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет, госпитализированных в 2025 году в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с диагнозом ОКИ. Диагноз был выставлен на основании эпид. анамнеза, наличия диареи, признаков эксикоза и токсикоза, а также копрологического и бактериологического исследования кала. Статистическая обработка данных осуществлялась методами

вариационной статистики.

Результаты исследования. Возрастная структура выглядела следующим образом: детей от 3-х до 6-ти месяцев было 30 (28,3%), от 6-ти месяцев до 1 года - 51 (48,1%), от 1-го до 3 - х лет - 25 (23,9%). Исключительно грудное вскармливание отмечено у 6 (5,7%), смешанное - у 44 (41,5%), искусственное - у 59 (55,7%). В первые 3-е суток от начала болезни обратились 46 (21,9%), на 3 - 5-тые сутки - 108 (51,4%), позже 5-суток - 56 (26,7%) детей. Патологический жидкий стул зелёного цвета с примесью слизи отмечался у 179 (85,2%), со слизью и примесью крови - у 31 (14,8%) детей, а частота стула за сутки от 7-ми до 10-ти раз у 126 (60%), более 10 раз - у 84 (40%) детей. Симптомы интоксикации диагностированы у всех детей, причём с высокой температурой ($39,0^{\circ}\text{C}$ - $40,0^{\circ}\text{C}$) - у 96 (45,7%), с фебрильной температурой - у 114 (54,3%), а тошнота и однократная рвота - у 109 (51,9%), многократная рвота у 101 (48,1%). Из-за частой диареи и многократной рвоты - у 114 (54,3%) детей отмечались тяжёлые признаки (В), у 96 (45,7%) детей - умеренные признаки дегидратации (Б). Всем детям с умеренным обезвоживанием оральная регидратация с ОРС (регидрон) проведена в течении 4 часов из расчёта 75 на кг веса ребёнка с учётом основных правил (продолжать кормить, дополнительно отпаивать жидкостями в виде обычной кипячённой воды, рисового отвара, овощных отваров и для детей старше года - кисломолочных продуктов) и назначен препарат цинка (детям до 6 месяцев 10 мг, а старше 6 месяцев - 20 мг однократно в сутки). При оценке состояния детей за каждый час отмечались улучшение общего состояния и нормализация аппетита у 78 (81,2%) детей в первые сутки и уменьшение частоты стула - у 65 (67,7%), прекращение рвоты - у 75 (78,1%), восстановление водно-электролитного баланса - у 86 (89,6%). Детям в возрасте до года 81 (76,4%) с тяжёлыми признаками обезвоживания проведена внутривенная инфузионная терапия с раствором Рингера в течении 6 часов, детям старше года 25 (23,9%) - в течении трёх часов из расчёта 100 мл/кг веса и дополнительно отпаивали ОРС (около 5 мл/кг/ час) с оценкой состояния грудных детей через 6 часов, детей старше года - через 3 часа. Средняя продолжительность госпитализации детей с ОКИ составила 3-5 дней, и раннее начало регидратации значительно уменьшило осложнения.

Вывод. Было установлено, что своевременная регидратационная терапия у детей раннего возраста с ОКИ остаётся наиболее эффективным методом лечения, позволяет восполнить потерю жидкости и электролитов, способствует сокращению длительности заболевания, улучшению прогноза и уменьшению риска осложнений. Комбинированное применение внутривенной и оральной регидратации детям с тяжёлой дегидратацией способствовало стабилизации гемодинамических показателей и быстрому восстановлению объёма циркулирующей жидкости.

Ишмирзоев Ч.Р.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности жалоб, анамнеза и клинической картины у детей с БА по данным алергологического отделения КЗ МК «Истиклол».

Материалы и методы. Выборка данных из 46 карт историй болезни с БА. Среди обследованных детей в возрасте 3-6 лет было 8 (17,4%) пациента, 7-11 лет- 8 (17,4%) больных, 12-18 лет -30 (65,2%) пациентов. Мальчиков было 32 (70,0%), девочек -14 (30,0%). **Результаты исследования:** структура диагноза была следующей: :с легкой степенью - у 6 (23,1%), средней степени - у 14 (53,8%) пациентов, тяжелой степени -у 6 (23,10%) детей. Контролируемая БА отмечалась у 20 (43,5%) пациентов. Аллергическая БА наблюдалась у 37 (80,4%) пациентов, неаллергическая (вирус-ассоциированная) - у 9 (19,6%). Сенсибилизация к бытовым аллергенам - у 24 (52,2%) пациентов, к грибковым- у 8 (13,0%) , к пищевым аллергенам - у 22 (47,8%), к эпидермальным - у 10 (21,7%), их сочетание - у 20 (43,5%) пациентов. Среди сопутствующих заболеваний наблюдались: аллергический ринит - у 22 (47,8%) больных, аллергический конъюнктивит - у 10 (21,7%) пациентов, аллергический конъюнктивит - у 10 (21,7%), атопический дерматит - у 11 (23,9%), аллергический риноконъюнктивит + атопический дерматит - у 8 (17,4%) больных. При осмотре жалобы на частый сухой приступообразный кашель отмечались у 26 (56,5%) пациентов, кашель в ночное время - у 8 (17,4%), боль в грудной клетке - у 2 (4,4%) больного, экспираторная одышка при физической нагрузке - у 18 (26,0%) пациентов, свистящие хрипы - у 12 (26,0%) больных, приступы удушья - у 6 (13,0%), заложенность носа и назальный зуд - у 16 (34,7%) больных. Триггерами приступа БА послужили: 100% контакт с пылью деревьев, растений - у 26 (56,6%) пациентов, домашняя пыль - у 24 (52,2%), пищевые аллергены - также у 24 (52,2%), ОРВИ - у 20 (43,5%) больных, грибки в помещении - у 10 (21,7%) больных, контакт с животными - у 8 (17,4%) пациентов, физическая нагрузка - у 2 (4,3%), стресс -также у 2 (4,3%) пациентов. При объективном осмотре сухой приступообразный кашель отмечался у 18 (39,1%) пациентов, экспираторная одышка- у 8 (17,4%), затрудненное носовое дыхание - также у 8 (17,4%), заложенность носа - у 16 (34,8%), удлиненный выдох - у 10 (21,7%). При проведении перкуссии коробочный звук определялся у 10 (21,7%) пациентов, аускультативно: жесткое дыхание - у 30 (65,2%) детей, сухие свистящие хрипы - у 18 (39,1%). Наиболее частым были следующие сочетания клинических симптомов: сухой кашель+ жесткое дыхание + сухие свистящие хрипы - у 18 (39,1%) пациентов, экспираторная одышка + сухой кашель + затрудненное носовое дыхание - у 8 (17,4%) пациентов.

Выводы. Раннее выявление факторов риска развития БА, тщательный анализ клинических симптомов заболевания, своевременное наблюдение, эффективное и последовательное лечение должны улучшить прогноз и оказать положительное влияние на качество жизни пациентов с БА.

Ишмиров Ч.Р.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Изучить частоту и особенности аллергических заболеваний у детей с расстройством аутистического спектра.

Материал и методы. Проведено исследование с последующим статистическим анализом данных. Были обследованы 74 ребенка с установленным диагнозом РАС, из них 45 мальчиков и 29 девочек. Возраст участников составил от 1 года до 17 лет ($M = 10 \pm 4,679$). Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее консультации врачей: психиатра, педиатра и аллерголога-иммунолога, а также лабораторное иммунологическое обследование.

Результаты исследования. Аллергические заболевания были выявлены у 44 (53%) пациентов с РАС, из них впервые аллергическая патология была диагностирована у 24 обследуемых детей (36%). По результатам обследования были установлены следующие заболевания: аллергический ринит у 26 детей с аутизмом (25%), атопический дерматит у 19 (14%), поллиноз у 3 (5%). Мультиморбидность, включавшая 3 и более аллергических заболеваний, наблюдалась у 4 больных с более тяжелым течением РАС. Сенсибилизация была выявлена в 33,8% случаев. У 58 (53,8%) больных на момент обследования симптомы аллергии отсутствовали, однако у 13 (46%) из них наблюдалась сенсибилизация к различным (ингаляционным, пищевым) аллергенам и осиному яду. Поливалентная сенсибилизация была установлена у 10 (16,5%) человек. У пациентов с РАС была выявлена сенсибилизация к аллергену, которая наблюдалась у 6 (33,3%) больных.

Выводы. Показана высокая распространенность сопутствующей аллергической патологии у детей с РАС. Для эффективной медицинской помощи пациентам с аутизмом необходимо проводить комплексную своевременную диагностику аллергических заболеваний с последующей коррекцией данной патологии.

Кабирова Б.Х.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ: СТРУКТУРА, ЗНАЧИМОСТЬ И МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить влияние антенатальных факторов риска на формирование врожденных пороков развития (ВПР) и определить наиболее значимые модифицируемые предикторы.

Материалы и методы. Проведен анализ 180 карт беременных, историй родов и карт развития новорожденных. Основную группу составили 140 (77,7%) матерей детей с ВПР, контрольную — 40 (22,3%). Оценивали социально-биологические, акушерские, соматические и поведенческие факторы риска. Статистическая обработка выполнена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. Установлено, что более чем в 2/3 случаев формирование ВПР связано с сочетанным воздействием нескольких факторов. Наиболее значимыми являлись мультифакторные причины (40–60%), генетические и хромосомные нарушения (20–30%), соматические заболевания матери (8–10%), осложнения беременности (до 10%), вредные привычки (3–5%), недостаточное питание и дефицит витаминов (2–5%), инфекции (2–3%).

Возраст старше 35 лет отмечен у 33,0% матерей основной и у 25,0% контрольной группы. Более половины женщин основной группы (53,0%) были первородящими. Ранний токсикоз регистрировался у 62,1% женщин основной группы против 25,0% в контрольной. Хроническая фетоплацентарная недостаточность выявлена соответственно у 57,1 и 15,0%, угроза прерывания беременности в I триместре — у 50,7 и 32,5%. Отягощенный акушерский анамнез имели 42,1% матерей основной группы и 12,5% — контрольной. Соматические и дефицитные состояния, включая ожирение и железодефицитную анемию, встречались у значительной части обследованных женщин. Существенное различие выявлено по пассивному курению: 41,4% в основной группе против 5,0% в контрольной. Около трети женщин основной группы имели неблагоприятные социально-бытовые условия, способные опосредованно усиливать действие других факторов риска.

Выводы. Формирование ВПР преимущественно имеет мультифакториальную природу и связано с сочетанием генетических, материнских, инфекционных, акушерских и поведенческих факторов. Наиболее значимыми антенатальными предикторами являлись отягощенный акушерский анамнез, ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность и пассивное курение. Значительная часть выявленных факторов потенциально модифицируема, что определяет важность прегравидарной подготовки, полноценного антенатального наблюдения, коррекции дефицитных состояний и своевременного пренатального скрининга.

Кабирова Б.Х.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж., ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Изучить органы-мишени при врожденной цитомегаловирусной инфекции (ВЦМВИ) и определить наиболее характерные органые поражения у плода и новорожденного.

Материалы и методы. Диагностика ВЦМВИ проводилась с использованием серологических и молекулярно-

биологических методов. У матерей и детей определяли специфические IgM и IgG к ЦМВ с оценкой индекса авидности методом ИФА, ДНК ЦМВ в крови выявляли методом ПЦР. Статистическую обработку выполняли с использованием программы «Attestat 10.5.1».

Результаты исследования. За период динамического наблюдения 2018–2023 гг. частота выявления ЦМВИ среди обследованных беременных увеличилась с 26,5 до 45,2%, темп прироста составил 41,3%. Доля микст-вирусных инфекций варьировала от 39,5 до 55,3%. Среди TORCH-инфекций ЦМВ занимал ведущее место по распространённости.

Цитомегаловирус обладает выраженной пантропностью, однако наиболее значимые изменения выявляются со стороны центральной нервной системы, органа слуха, органа зрения, печени, лёгких и почек. Центральная нервная система является основным органом-мишенью. Инфицирование нейронов, нейтральных стволовых клеток, астроцитов, микроглии и эндимальных клеток может приводить к микроцефалии, задержке психомоторного развития, судорогам, эпилептическому синдрому и формированию детского церебрального паралича. У 55,3% наблюдавшихся детей отмечалось угнетение ЦНС, у 20,8% — судорожный синдром.

Поражение структур внутреннего уха сопровождается развитием сенсоневральной тугоухости и прогрессирующим снижением слуха. Вовлечение сетчатки, хориоидеи и зрительного нерва может проявляться хориоретинитом, атрофией зрительного нерва и снижением зрения. Поражение печени обуславливает развитие врождённого гепатита, холестаза, желтухи и гепатомегалии. При вовлечении лёгочной ткани возможно развитие интерстициальной пневмонии и дыхательной недостаточности. Поражение эпителия почечных канальцев сопровождается активной репликацией вируса и длительным выделением ЦМВ с мочой.

В 85–90% случаев ВЦМВИ у новорождённых может протекать бессимптомно. Вместе с тем в последующем возможно развитие отсроченных нарушений слуха, речи и нейрокогнитивных функций. Среди наиболее значимых последствий описываются стойкие неврологические нарушения и сенсоневральная тугоухость.

Выводы. Установлено увеличение частоты выявления ЦМВИ среди беременных за шестилетний период. Наиболее выраженный тропизм вирус проявляет к центральной нервной системе, органам слуха и зрения, печени, лёгким и почкам. Ведущим органом-мишенью является ЦНС, поражение которой определяет высокий риск отдалённых неврологических последствий и инвалидизации детей с врождённой цитомегаловирусной инфекцией.

Кадырова М.К., Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А.
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинические особенности нефропатологии во взаимосвязи с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 72 историй болезни детей с артериальной гипертензией на фоне нефропатологии в возрасте от 3 до 18 лет, находящихся на стационарном лечении в Государственном учреждении «Комплекса здоровья «Истиклол» детском нефрологическом отделении с 2025 по 2026 гг. Основную возрастную группу составили дети старше 10 лет (53 больных). Длительность наблюдения до 3 лет. Согласно данными нозологической структуры пациенты дифференцированы в 2 группы. Первая группа (19 больных) – артериальная гипертензия в составе вторично сморщенной почки с проявлениями хронической почечной недостаточностью и вторая группа (53 детей) - артериальная гипертензия в составе хронического гломерулонефрита(нефритический синдром, гематурическая и смешанная варианты хронического гломерулонефрита). Диагноз поставлен на основе анамнестических, клинических, лабораторных данных, включающих мочевой синдром, уровень мочевины, креатинина, показатели СКФ по пробе Реберга и оценки офтальмологического статуса. Всем пациентам проведены УЗИ и рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных уточнены некоторые этиопатогенетические особенности развития и прогрессирования нефропатологии у детей. Так, у 45 больных (1 группа) вторично сморщенная почка развилась у 5 больных, на фоне врожденных аномалий у 7, при рефлюкс-нефропатии у 5 и нефромегалии – у 28детей. У 77,3% больных вторично сморщенная почка с проявлениями ХПН IV-V стадии выявлена случайно при УЗИ, что указывает на позднюю диагностику и скудности мочевого синдрома. Основными причинами почечной дисфункции у 10 детей с хроническим гломерулонефритом (II группа) были частые рецидивы и перерывы в гормональной терапии. Среди факторов риска прогрессирования нефропатологии отмечены: отягощенная наследственность у 20% больных, у 63,6% длительность заболевания более 3 лет и влияния инфекционного фактора, что способствует снижению иммунитета. Особого внимания заслуживает центральный синдром с проявлениями энцефалопатии, развившейся у 44,4% (25 больных) на фоне уремической интоксикации. У больных с кардиальным синдромом превалировали такие симптомы как кардиалгия, одышка и тахикардия, коррелирующие со значениями артериальной гипертензии. Так , у больных с артериальной гипертензии свыше 160/100 мм.рт.столба были более выражены и полностью нивелировались при нормализации АД, за исключением ХПН IV-V стадии, у которых артериальная гипертензия имела более стабильный характер. У больных с хроническим гломерулонефритом (II группа) отмечена транзиторная артериальная гипертензия с повышением уровня мочевины и креатинина. Выявленная нами корреляционная взаимосвязь артериальной гипертензии с показателями мочевины и креатинина не исключает наличия патогенетической связи между степенью повышения АД и выраженностью почечной дисфункции.

Выводы. Таким образом, артериальную гипертензию в сочетании с метаболическими сдвигами можно расценивать как предшественник прогрессирования почечной дисфункции.

Кадырова М.К., Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА А, ПРОТЕКАЮЩИЕ НА
НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ

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

Цель исследования. Изучить клинические особенности сепсиса у детей раннего возраста, протекающие на неблагоприятном фоне.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 42 историй болезни. Больные были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 27 детей, что составило 64%, во 2 группу - 15 детей (24%) и в 3 группу - 5 детей (12%). Почти у всех детей заболевание развивалось на неблагоприятном преморбидном фоне: рахит, гипотрофия, анемия. Всем детям была взята: кровь на стерильность, посев из носа, уха и зева, а также посев кала и мочи на флору; общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, кала и рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования. Из анамнеза жизни установлено, что у большинства матерей, отмечался неблагоприятный акушерский анамнез и различные заболевания (токсикоз 1 и 2 половины беременности, нефропатия, воспалительные заболевания половых органов, ОРВИ). Отмечались и патологические роды (длительный безводный период, преждевременные роды, рождение детей в асфиксии, с обвитием пуповины, симптомами родовой травмы). Все больные поступали в стационар в тяжелом состоянии, которое было обусловлено выраженной интоксикацией и доминирующим поражением тех или иных органов. У детей 1 группы - заболевание характеризовалось тяжелым общим состоянием, повышением температуры до фебрильной цифры, бледностью кожных покровов с цианотическим оттенком, поверхностным дыханием с участием вспомогательной мускулатуры. Пневмония развивалась, чаще всего через 2-3 недели от начала септической инфекции и обычно сочеталось, с дисфункцией кишечника, срыгиваниями, беспокойством, тахикардией, увеличением печени и воспалительными очагами в различных органах. У больных 2 группы заболевание характеризовалось преобладанием кишечного синдрома: стул чаще всего был колитического характера, частота стула была различной - 3-6 до 15-18 раз в сутки. У всех детей отмечались частые срыгивания или рвота, потеря массы тела, отказ от еды, развивалась картина выраженного токсикоза с эксикозом. У детей 3 группы отмечалась типичная клиническая картина септической инфекции, однако в течение заболевания у них доминировали симптомы поражения центральной нервной системы: гипертермия, судороги клонико-тонического характера, монотонный крик, выраженное беспокойство, вздутие большого родничка, рвота, потеря сознания, менингеальные симптомы. Со стороны лабораторных данных: в анализе крови - анемия легкой и средне-тяжелой степени (Hb - от 110 г/л до 70 г/л) лейкоцитоз (от 10000 до 15000), умеренно ускоренное СОЭ (от 12 до 25 мм/ч). В биохимическом анализе крови: диспротеинемия - 17%, уменьшение уровня Са и Р-63%. Почти у всех обследуемых больных высевалось в крови: St aureus + ЦМВ+ герпес; в кале - St aureus, e Coli, кандиды, клебсиеллы; из носа и зева - St aureus. На рентгенограмме у 20 детей отмечалась картина пневмонии.

Выводы. Таким образом, у всех заболевание было генерализованного характера, наиболее часто в виде пневмонии или энтероколита, реже с поражением центральной нервной системы. Наиболее тяжелее сепсис протекал у детей раннего возраста на неблагоприятном преморбидном фоне.

Каландарова М.М., Саидмуродова Г.М., Сайёран Умарали
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.
ГОУ «ГДБДИБ» г. Душанбе. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и современные подходы к лечению острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей до 5 лет.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни 45 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет, госпитализированных в 2026 году в ГУ «ГКБДИБ» г. Душанбе с установленным диагнозом ОКИ. Диагноз ОКИ был выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, клинических признаков эксикоза и токсикоза, а также копрологического и бактериологического исследования кала. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Из числа госпитализированных пациентов с ОКИ 18 (40%) детей было от одного месяца до 6-ти месяцев, 9 (20%) - от 6 месяцев до 1 года, 15 (33,3%) - от 1 до 3-х лет, 3 (6,7%) - от 3 до 5 лет, и при этом 1 (2,2%) был организованным, 44 (97,8%) - неорганизованными. Большинство детей 26 (57,8%) поступили в стационар позже 3-х суток, а 19 (42,2%) - в первые трое суток от начала болезни. Исключительно грудное вскармливание отмечено только у 3 (6,6%) детей до года, смешанное - у 19 (42,2%) детей до 2-х лет, питание из общего стола у 21 (46,7%). Жидкий или водянистый стул диагностирован у всех (100%), признаки интоксикации в виде повышения температуры тела у всех (100%), слабость - у 41 (1,1%), снижение аппетита - у 40 (88, %), тошнота и рвота - у 39 (86,7%), боли и урчания в животе - у 30 (66,7%), умеренный эксикоз (типа Б) - у 13 (28,9%), тяжёлое обезвоживание (типа В) - у 32 (71,1%). У детей с эксикозом типа (Б) признаки обезвоживания проявлялись выраженной жаждой, состоянием возбуждения (беспокойством), сухостью слизистых оболочек рта, уменьшением мочеиспускания, запавшими глазами и снижением тургора кожи. У 5 (15,6%) детей с тяжёлым обезвоживанием при поступлении в стационар диагностирован гиповолемический шок, у 3 (9,4%) детей - нейротоксикоз 2-ой степени, у 2 (6,3%) - парез кишечника, что требовали неотложной медицинской помощи в реанимационном отделении. Было установлено, что у 7 (6,3%) госпитализированных детей отмечены сопутствующие состояния в виде гипотрофии второй степени, признаков рахита - у 4 (8,9%), а также заболевания в виде бронхопневмонии - у 3 (6,7%), пиелонефрита - у 6 (13,3%), анемии 1 и 2 степени

- у 12 (26,7%). У всех (100%) госпитализированных детей с ОКИ отмечен патологический жидкий стул зелёного цвета с примесью слизи, у 7 (15,6%) детей - со слизью и примесью крови. В копрограмме у большинства детей лейкоцитов в кале было более 25-35 в поле зрения, при бактериологическом исследовании кала у 10 (22,2%) диагностирован *E.coli*, у 27 (60%) - протей, у 12 *st.aurtus*, у 6 (13,3%) - клебсиелла. Лечение детей с ОКИ было проведено согласно утверждённым протоколам. Дети с умеренным обезвоживанием получали оральную регидратацию с ОРС (регидрон) в течении 4 часов из расчёта 75 на кг веса ребёнка, а при тяжёлом обезвоживании - инфузионную терапию раствором Рингера. Так как дети с наличием крови в стуле амбулаторно получали антибактериальную терапию, нами был назначен препарат Форцип (ципрофлоксацин) в виде суспензии 125 мг\5 мл из расчёта 15-30 мг\кг в сутки 2 -кратно, а также биопрепараты и цинк.

Вывод. Клинические особенности ОКИ у детей до 5 лет зависели от степени эксикоза и токсикоза, успех лечения был связан со своевременной оральной регидратацией, продолжением грудного вскармливания и питания, рациональным применением цинка и строго обоснованным назначением антибактериальных препаратов.

Каримзода М.Б., Саидмурадова Г.М., Нарзуллаева М.М.

НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинику нейротоксического синдрома и значимые осложнения у детей раннего возраста с тяжёлыми формами ОКИ.

Материал и методы. Под наблюдением находились 45 детей в возрасте до 3 лет с тяжёлыми формами ОКИ. Проводилась оценка клинических проявлений, осложнений, а также частота судорожного синдрома, гиповолемического и токсического шока, анализ изменений результатов копрологического и бактериологического исследований. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Установлено, что у всех (100%) детей тяжёлое течение ОКИ сопровождалось выраженными проявлениями интоксикации и дегидратации. Гемодинамические осложнения были представлены гиповолемическим шоком у 21 (46,%) и токсическим шоком у 17 (37,8%) пациентов. Нейротоксический синдром с судорожной готовностью и судорожным синдромом отмечался у 24 (53,3%) детей. Из общего числа госпитализированных детей выраженность неврологических проявлений ассоциировалась с тяжестью интоксикационного синдрома, степенью дегидратации и метаболическими нарушениями. Наиболее характерными признаками нейротоксического синдрома явились: высокая лихорадка (100%), беспокойство-15 (62,5%), выраженная вялость – 9 (3,5%), нарушение сна – 20 (83,3%), снижение аппетита- 24 (100%), мышечная гипотония – 7 (29,2%) и судорожная готовность – 11 (45,8%), в наиболее тяжёлых случаях – у 13 (54,2%) отмечались судороги с нарушением сознания 10 (41,2%). При копрологическом исследовании детей с тяжёлыми формами ОКИ воспалительные изменения выявлены у значительной части детей: лейкоциты в кале определялись у 35 (77,8%), эритроциты - у 9 (20%). Признаки нарушения переваривания пищевых компонентов («неперевариваемость») выявлены у 38 (84,4%) детей. При исследовании микробного спектра кишечной инфекции отмечалось выявление условно-патогенной и другой микрофлоры: кишечная палочка - у 9 (20%), стафилококки - у 13 (28,9%), клебсиеллы - у 8 (17,8%), грибковая флора - у 15 (33,3%) обследованных. Наличие нескольких видов микроорганизмов у 19 (42,2%) детей свидетельствовало о смешанном характере кишечной инфекции. В лечении нейротоксикоза у детей с тяжёлой формой ОКИ проведено восстановление водно-электролитного баланса, при гиповолемическом шоке внутривенная регидратация под контролем уровня сознания, функции дыхания, гемодинамики, температуры, электролитов, уровня глюкозы и диуреза. При судорогах проводилась неотложная противосудорожная терапия в соответствии с действующими протоколами.

Вывод. Нейротоксический синдром у детей раннего возраста с тяжёлыми формами ОКИ характеризовался высокой частотой судорожного синдрома (53,3%), токсическим шоком (37,8%), гиповолемическим шоком (46,%). Высокая частота лейкоцитов в копрограмме (77,8%) и признаки нарушения переваривания (84,4%) свидетельствуют о выраженном поражении кишечника. Выявленный микробный спектр указывает на значительную роль условно-патогенной флоры в развитии тяжёлых форм ОКИ. Раннее выявление признаков нейротоксического синдрома, своевременная регидратационная и патогенетическая терапия имеют принципиальное значение для предупреждения жизнеугрожающих осложнений у детей раннего возраста.

Кобилова М.Б.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Кафедра биологической химии Самаркандского государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить особенности ранней неонатальной адаптации детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) и определить характер основных адаптационных нарушений в зависимости от клинического варианта ЗВУР.

Материал и методы. Обследовано 120 новорождённых: 45 детей с симметричным вариантом ЗВУР, 45 - с асимметричным вариантом ЗВУР и 30 практически здоровых новорождённых контрольной группы. В первые дни жизни оценивали состояние по шкале Апгар, частоту гипогликемии, гипотермии и дыхательных нарушений, сроки начала энтерального питания и необходимость лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых. Статистическую обработку выполняли в SPSS 12.0; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У новорождённых с ЗВУР отмечалось более напряжённое течение раннего адаптационного периода. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте составила при симметричном варианте $6,9 \pm 0,8$ балла, при асимметричном - $7,3 \pm 0,7$, в контрольной группе - $8,3 \pm 0,6$ балла ($p < 0,001$); на 5-й минуте - $7,8 \pm 0,7$; $8,1 \pm 0,6$ и $8,8 \pm 0,4$ балла соответственно ($p < 0,001$). Гипогликемия выявлялась у 40,0% детей с симметричным и у 28,9% с асимметричным ЗВУР против 6,7% в контроле ($p = 0,006$), гипотермия - у 33,3%, 22,2% и 3,3% соответственно ($p = 0,008$). Дыхательные нарушения, потребовавшие дополнительной респираторной поддержки или оксигенотерапии, наблюдались у 31,1% детей с симметричным ЗВУР, 24,4% - с асимметричным и 3,3% детей контрольной группы ($p = 0,014$). Время до начала полноценного энтерального кормления составило $7,4 \pm 2,3$; $6,2 \pm 2,0$ и $3,4 \pm 1,1$ ч соответственно ($p < 0,001$). Необходимость наблюдения и лечения в отделении интенсивной терапии отмечена у 44,4% новорождённых с симметричным и у 31,1% с асимметричным вариантом ЗВУР против 6,7% в контрольной группе ($p = 0,002$). У детей с ЗВУР одновременно отмечалось более медленное становление основных механизмов метаболической, терморегуляторной и дыхательной адаптации. Наиболее выраженные отклонения регистрировались в первые часы жизни и сочетались с более высокой потребностью в дополнительном мониторинге жизненно важных функций. У новорождённых с симметричным вариантом ЗВУР частота большинства адаптационных нарушений была выше, чем при асимметричном варианте, что указывало на более тяжёлое течение раннего неонатального периода. Особенно значимыми признаками неблагоприятной адаптации являлись сочетание сниженной оценки по шкале Апгар, эпизодов гипогликемии и дыхательных нарушений. У практически здоровых новорождённых перечисленные нарушения регистрировались значительно реже и имели преимущественно кратковременный характер. Полученные данные свидетельствуют о зависимости выраженности ранних адаптационных расстройств от клинического варианта ЗВУР. Наиболее выраженные нарушения адаптации отмечались при симметричном варианте ЗВУР.

Выводы. Новорождённые с ЗВУР характеризуются более напряжённым течением ранней неонатальной адаптации, что проявляется снижением оценки по шкале Апгар, повышением частоты гипогликемии, гипотермии и дыхательных расстройств, замедленным становлением энтерального питания и большей потребностью в интенсивном наблюдении. Наиболее выраженные изменения характерны для симметричного варианта ЗВУР, что обосновывает необходимость раннего выделения этих детей в группу повышенного риска.

Кодирова М.К.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРЁХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра стоматологии, Азиатский международный университет, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Оценить клиническую и микробиологическую эффективность комплексной трёхэтапной терапии кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта у новорождённых, включающей коррекцию микробиоценоза.

Материал и методы. Под наблюдением находились 112 новорождённых. У 82 детей было диагностировано кандидозное поражение слизистой оболочки полости рта; 30 здоровых новорождённых составили контрольную группу для сопоставления исходных клинико-микробиологических показателей. Пациенты с кандидозом были распределены на основную группу ($n = 42$) и группу сравнения ($n = 40$). Диагноз устанавливали на основании клинических признаков — творожистого налёта, гиперемии и отёчности слизистой оболочки — с подтверждением микроскопическим и культуральным исследованием мазков на грибы рода *Candida*. В основной группе лечение проводили в три последовательных этапа: гигиеническая обработка слизистой оболочки с удалением налёта, местная антимикотическая терапия и применение пробиотического штамма *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. В группе сравнения проводили стандартную антимикотическую терапию. Клинический результат оценивали по достижению ремиссии и регистрации рецидивов; микробиологический — по наличию или отсутствию роста *Candida* при контрольном посеве через месяц после завершения лечения. Частоты клинической ремиссии и рецидивов между группами сравнивали точным критерием Фишера; статистически значимым считали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Клиническая ремиссия достигнута у 41 из 42 новорождённых основной группы (97,6%) и у 33 из 40 детей группы сравнения (82,5%). Разница составила 15,1 процентного пункта и была статистически значимой (точный критерий Фишера; $p = 0,027$). Рецидивы зарегистрированы у 2 детей основной группы (4,8%) и у 9 детей группы сравнения (22,5%); разница составила 17,7 процентного пункта ($p = 0,024$). Таким образом, в группе трёхэтапного лечения чаще наблюдалась ремиссия и реже отмечалось повторное появление заболевания. Через месяц после завершения терапии рост грибов рода *Candida* при культуральном исследовании не выявлен ни у одного из 42 детей основной группы. Этот результат свидетельствует об отсутствии выявляемого культуральным методом роста *Candida* в указанный срок; для сравнения микробиологической санации между группами необходимы соответствующие численные данные группы стандартной терапии.

Выводы. Комплексная трёхэтапная терапия, включавшая гигиеническую обработку слизистой оболочки полости рта, антимикотическое лечение и применение *Lactobacillus reuteri* DSM 17938, сопровождалась более высокой частотой клинической ремиссии по сравнению со стандартной терапией (97,6% против 82,5%; $p = 0,027$). Частота рецидивов в основной группе была ниже (4,8% против 22,5%; $p = 0,024$). Через месяц после завершения лечения у всех обследованных детей основной группы рост грибов рода *Candida* при культуральном исследовании не выявлен. Полученные данные свидетельствуют о перспективности комплексного подхода и показывают необходимость оценивать результат лечения одновременно по клиническим признакам, частоте рецидивов и микробиологическим показателям.

Кузibaева Н.К., Сатторова А.П.
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы новорожденных детей с врожденным пороком сердца при коррекции физической реабилитацией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 детей в возрасте 1 месяца, за период 2020-2022 годов, находившихся на стационарном лечении в 1 ДСО НМЦ «Шифобахш» с диагнозом ВПС. Диагноз был установлен на основании клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Для проведения исследования все дети были разделены на 2 группы. 1 группа – дети, прошедшие курс физической реабилитации, и 2 группа – дети, не прошедшие курс реабилитации. Проведенный сравнительный анализ электро- и эхокардиографических показателей, зарегистрированных у новорожденных 1-ой и 2-ой групп до начала исследования, показал практически одинаковые величины показателей, отражающих электрическую активность сердца.

Повторное обследование детей обеих групп было проведено нами через 1 месяц после начала исследования. Результаты показали, что к окончанию исследования для новорожденных 2 группы были характерны негативные изменения электрической активности сердца: статистически достоверное снижение величины электрической систолы (до $0,21 \pm 0,009$ с), сердечного цикла (до $0,34 \pm 0,007$ с), а также увеличение ЧСС до $170 \pm 0,65$ уд/мин. Анализ данных эхокардиографии, полученных при повторном обследовании детей 2-ой группы, не позволил зарегистрировать существенных изменений изученных показателей. Вместе с тем, динамика величин данных параметров рассматривалась нами как неоднозначная.

Гораздо более выраженные положительные изменения были отмечены нами при анализе результатов повторного обследования новорожденных 1-ой группы. Было характерно достоверное повышение времени возбуждения желудочков сердца (до $0,05 \pm 0,003$ с), длительности сердечного цикла (до $0,37 \pm 0,019$ с) и, как следствие, тенденция к снижению ЧСС (до $161 \pm 7,56$ уд/мин). Еще более выраженными оказались изменения эхокардиографических показателей. Через месяц занятий по программе физической реабилитации у новорожденных детей 1-ой группы регистрировалось достоверное повышение конечного диастолического (до $15,43 \pm 1,33$ мл) и конечного систолического (до $4,14 \pm 0,59$ мл) объемов крови, сердечного выброса (до $11,29 \pm 0,89$ мл) и МОК (до $1,81 \pm 0,14$ л/мин). Не менее убедительной выглядела явная тенденция к росту величин задней стенки желудочков (до $0,6 \pm 0,04$ см), межжелудочковой перегородки (до $0,6 \pm 0,04$ см), а также скорости кровотока практически через все клапаны сердца. Более того, величина скорости кровотока через митральный клапан к окончанию эксперимента увеличивалась достоверно (до $0,86 \pm 0,06$ м/с).

Выводы. Проведенные исследования показали достаточно высокую степень эффективности реабилитационных мероприятий, которые были проведены среди новорожденных с врожденным пороком сердца. Используемая программа реабилитации способствовала выраженной оптимизации функционального состояния сердца и сердечно-сосудистой системы их организма и может, тем самым, быть рекомендована для практического использования при работе с данным контингентом детей.

Кузibaева Н.К., Таджибаева З.А.
ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить принципы диагностики и лечения первичной легочной гипертензии у детей в Таджикистане.

Материалы и методы. Проведено обследование 10 детей в возрасте от 5 до 13 лет с первичной легочной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии НМЦ РТ за период 2010-2015 гг. Всем детям было проведено клинико-инструментальное обследование.

Результаты исследования. За период 2012 г. в отделении кардиоревматологии НМЦ РТ на стационарном лечении находились 10 больных с диагнозом «первичная легочная гипертензия (ПЛГ)». На время первой госпитализации возраст больных колебался от 5 до 13 лет ($10,5 \pm 1,3$). Срок наблюдения за больными – от 1 месяца до 7 лет. Девочек было 4, мальчиков – 6. Диагноз был выставлен после исключения врожденных пороков сердца и хронических бронхолегочных заболеваний, на основании данных полного клинико-инструментального обследования (в том числе компьютерной томографии, сцинтиграфии легких). Основными жалобами больных являлись утомляемость и одышка при незначительной физической нагрузке, ощущение сердцебиения. У 40% детей отмечались синкопальные состояния. При первой госпитализации в клинику у 20% детей наблюдались проявления сердечной недостаточности (СН) I степени, IIa степени – у 33%; 8 детей на период первой госпитализации имели признаки СН IIb- IIIст.

При проведении ЭхоКГ у детей с ПЛГ расчетное давление в легочной артерии превышало контрольные величины в среднем в 2 раза. Отмечались расширение ствола легочной артерии, эксцентрическая гипертрофия миокарда правого желудочка, дилатация правого предсердия, регургитация на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии. На ЭКГ при ПЛГ наблюдалось отклонение электрической оси сердца вправо, признаки гипертрофии миокарда правых отделов, выраженные нарушения реполяризации, обусловленные перегрузкой и ишемией миокарда. У большинства детей выявлялась неполная блокада правой ножки п. Гиса. Удлинение электрической систолы желудочков было у 33% больных. У 1 ребенка отмечалось трепетание предсердий.

Проведенная терапия включала назначение диуретиков, бронхолитиков, глюкокортикоидов, а также препарат

селдонофил. Проводимая терапия позволила у ряда больных стабилизировать состояние, уменьшить проявления сердечной и дыхательной недостаточности.

Выводы. Таким образом, диагностика легочной гипертензии у детей предполагает проведение комплексного обследования с целью установления диагноза, оценки клинического класса и типа лёгочной гипертензии, уровня давления в легочной артерии и оценки функционального и гемодинамического статуса пациентов с определением стадии заболевания. ПЛГ на современном этапе развития медицины является сложно диагностируемым и тяжелым заболеванием, которое имеет неблагоприятный исход. Однако современные методы лечения дают возможность уменьшить клинические проявления заболевания, улучшить качество жизни пациентов, увеличить ее продолжительность.

Кузibaева Н. К., Сатторова А.П.

ЭКСТРААРТИКУЛЯРНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинико-статистический анализ клинических историй болезни детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) с поражением глаз.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в 1 ДСО НМЦ «Шифобахш» с диагнозом «ювенильный идиопатический артрит (ЮИА)», и имеющих в анамнезе увеит, за период 2018-2020 годов. Диагноз был установлен на основании анамнеза, клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 детей с ЮИА с поражением глаз, из них 3 – девочек и 7 - мальчиков. В анамнезе, все дети неоднократно получали стационарное лечение на базе данного отделения и находились под наблюдением врача-ревматолога. У всех детей (10) выявлен двусторонний процесс поражения глаз. Первичное обращение детей с поражением сустава отмечено у 8 детей, из которых, трое связывают первичное поражение того или иного сустава с травмой. Один ребенок в анамнезе жаловался на наличие кишечной инфекции до начала заболевания. Первые клинические симптомы в виде поражения глаз установлены у 3 детей. На фоне проводимой общеукрепляющей, метаболитной, противовоспалительной терапии проведена базисная терапия в основном метотрексатом (10 пациентов). Была достигнута ремиссия на фоне проведенной терапии у детей с увеитом. Осложнений увеита у обследуемых нами пациентов с ЮИА не встречалось.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что ювенильный идиопатический артрит с проявлением увеита чаще встречался у мальчиков (7), а поражение глаз, как клиническое начало, выявлено у 3 детей.

Курбонов Н.Б., Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить некоторые аспекты специфической диагностики и провести сравнительную оценку лабораторных методов исследования при лекарственной аллергии у детей.

Материал и методы. В Республиканском аллергологическом центре в 2019- 2025 гг. обследованы 559 детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет с различными формами лекарственной аллергии; средний возраст детей составил $8,9 \pm 1,02$ года, мальчиков было 254, девочек-305. Проводились клинико-лабораторные и специфические исследования: сбор аллергологического и фармакологического анамнеза, общий и биохимический анализы крови, копрология, скарификационные пробы, тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов (ТТЕЭЛ), непрямой базофильный тест по Shelley и определение общего IgE методом PRIST; иммуноглобулины определяли методом радиальной иммунодиффузии по Mancini. Статистическую обработку проводили методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Наиболее частым клиническим проявлением лекарственной аллергии была крапивница (45,2%), далее - фиксированная экзантема (15,6%) и отёк Квинке (12,5%). В структуре предполагаемых препаратов-причин преобладали антибиотики (63,2%), НПВС (18,9%) и витаминные препараты (15,8%). ТТЕЭЛ выполнен у 250 детей 5–14 лет. При этом у большинства обследованных отмечалось выраженное торможение эмиграции лейкоцитов, средний индекс эмиграции составил $48,76 \pm 3,53\%$. Непрямой базофильный тест проведён 315 детям: положительные реакции зарегистрированы на пенициллин-58,1%, полусинтетические пенициллины-63,8%, цефалоспорины-34%; перекрёстная чувствительность к полусинтетическим пенициллинам и цефтриаксону отмечена у 9,9% детей. Общий IgE был исследован у 52 детей, у 41 (78,8%) его уровень находился в пределах 120–1850 МЕ/л. При исследовании иммуноглобулинов отмечалось достоверное снижение IgA при некоторых клинических формах лекарственной аллергии.

Вывод. Диагностика лекарственной аллергии у детей должна основываться на комплексной оценке аллергологического и фармакологического анамнеза, клинических проявлений и результатов специфических лабораторных исследований. По данным исследования, ТТЕЭЛ показал высокую диагностическую информативность (100%), а непрямой базофильный тест по Shelley in vitro – более 81,6%. ТТЕЭЛ имеет ограничения при остром периоде заболевания, тогда как базофильный тест может применяться в острый период лекарственной аллергии. Полученные данные подтверждают необходимость индивидуального выбора диагностического подхода с учётом тяжести аллергической реакции.

Мадамонов Ш.Ш.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Определить основные факторы риска повторных респираторных инфекций у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей в возрасте от 2–6 лет (средний возраст $4,1 \pm 1,2$ года), обратившихся в ГЦЗ №15, из которых 67 (55,8%) мальчиков и 53 (44,2%) девочек. Основную группу составили 60 детей с 6 и более эпизодами острых респираторных инфекций в год, группу сравнения — 60 детей с частотой не более 3 эпизодов в год. Оценивали анамнез, продолжительность грудного вскармливания, возраст начала посещения дошкольного учреждения, наличие пассивного курения, аллергических заболеваний, патологии ЛОР-органов и анемии. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ). Статистическая значимость определялась при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средняя частота респираторных инфекций составила $7,4 \pm 1,3$ эпизода в основной группе и $2,6 \pm 0,7$ — в группе сравнения ($p < 0,001$). Посещение дошкольного учреждения до 3 лет отмечалось соответственно у 71,7% и 43,3% детей и повышало риск повторных инфекций в 3,31 раза (ОШ=3,31; 95% ДИ: 1,55–7,07).

Грудное вскармливание менее 6 месяцев выявлено у 58,3% детей основной группы против 33,3% группы сравнения (ОШ=2,80; 95% ДИ: 1,33–5,88). Хроническая патология ЛОР-органов встречалась у 51,7% и 23,3% детей соответственно (ОШ=3,51; 95% ДИ: 1,60–7,69).

Аллергические заболевания выявлены у 36,7% детей основной группы и у 16,7% группы сравнения (ОШ=2,89; 95% ДИ: 1,23–6,83). Пассивное курение отмечалось у 45,0% против 21,7% детей (ОШ=2,96; 95% ДИ: 1,33–6,57), анемия — у 40,0% против 18,3% соответственно (ОШ=2,97; 95% ДИ: 1,29–6,83). Бронхообструктивный синдром в анамнезе наблюдался у 41,7% детей основной группы и у 15,0% детей группы сравнения.

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска повторных респираторных инфекций у детей дошкольного возраста являются хроническая патология ЛОР-органов, раннее посещение дошкольных учреждений, пассивное курение, грудное вскармливание менее 6 месяцев, аллергические заболевания и анемия. Выявление и коррекция модифицируемых факторов риска могут способствовать снижению частоты респираторной заболеваемости у детей.

Мадамонов Ш.Ш.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Х.Дж. Аминова
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Определить основные факторы риска артериальной гипертензии у детей и подростков.

Материалы и методы. Обследовано 180 детей и подростков в возрасте 10–17 лет, средний возраст — $14,2 \pm 2,1$ года, обратившихся в ГЦЗ №15. Основную группу составили 60 пациентов с артериальной гипертензией, группу сравнения — 120 детей с нормальным артериальным давлением. Оценивали индекс массы тела, семейный анамнез, физическую активность, особенности питания, употребление соли, продолжительность сна и экранное время. Артериальное давление измеряли стандартным методом при повторных визитах. Статистическая обработка включала расчёт отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ); различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среднее систолическое артериальное давление у детей основной группы составило $137,6 \pm 8,4$ мм рт. ст., в группе сравнения — $112,8 \pm 7,1$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), диастолическое — $84,9 \pm 6,3$ и $69,7 \pm 5,8$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,001$).

Избыточная масса тела и ожирение выявлены у 46,7% детей основной группы и у 15,8% детей группы сравнения. Данный фактор увеличивал вероятность артериальной гипертензии в 4,65 раза (ОШ=4,65; 95% ДИ: 2,30–9,42). Отягощённый семейный анамнез отмечался соответственно у 60,0% и 30,0% обследованных и повышал риск в 3,5 раза (ОШ=3,50; 95% ДИ: 1,83–6,69).

Недостаточная физическая активность регистрировалась у 70,0% пациентов основной группы против 43,3% в группе сравнения (ОШ=3,05; 95% ДИ: 1,58–5,90). Чрезмерное употребление соли выявлено у 66,7% и 40,0% детей соответственно (ОШ=3,00; 95% ДИ: 1,57–5,74). Экранное время более 4 часов в сутки отмечалось у 63,3% детей с артериальной гипертензией и у 37,5% детей группы сравнения (ОШ=2,88; 95% ДИ: 1,51–5,47).

Продолжительность ночного сна менее 8 часов зарегистрирована у 51,7% пациентов основной группы против 24,2% группы сравнения и ассоциировалась с увеличением риска артериальной гипертензии в 3,35 раза (ОШ=3,35; 95% ДИ: 1,74–6,47).

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска артериальной гипертензии у детей и подростков являются избыточная масса тела и ожирение, отягощённый семейный анамнез, низкая физическая активность, чрезмерное употребление соли, длительное экранное время и недостаточная продолжительность сна. Наиболее выраженная ассоциация установлена с ожирением. Раннее выявление и коррекция модифицируемых факторов риска могут способствовать профилактике стойкой артериальной гипертензии и будущих сердечно-сосудистых осложнений.

Мамаджанова Г.С.
ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан

Цель исследования. Установить причину запора у детей раннего возраста для профилактики и ведения детей с данной патологией.

Материалы и методы. В исследование вошли 50 пациентов раннего возраста с заболеваниями органов пищеварения, выявленными при обращении к семейному врачу с жалобами на запоры. Причины запоров у детей определялись на основании тщательного сбора анамнеза, физикального обследования детей и изучения амбулаторных карт.

Результаты исследования. Частота запора у детей грудного возраста составила 40%. При анализе причин было установлено, что факторы риска развития запоров у детей грудного возраста очень разнообразны. Наряду с запорами одновременно отмечалось срыгивание у 29% и колики — у 40%. Повышенный риск возникновения запоров имели дети при наличии следующих факторов: у 25% детей раннего возраста матери имели неблагоприятную беременность (токсикозы, стрессы, особенно в I триместре), вмешательство время родов, кесарево сечение. Нарушение рационального питания, еда всухомятку кормящей матери отмечались у 28% детей раннего возраста. 50% детей имели ранний переход на искусственное вскармливание и недостаточный питьевой режим. Частую смену одной смеси на другую имели 28% детей. Распространенной ошибкой среди родителей стало использование слабительных средств без рекомендации врача, применение у детей клизм — 25% опрошенных. Длительное нахождение ребенка раннего возраста в подгузниках. К причинам отсутствия условного рефлекса на дефекацию относятся низкая санитарная культура в семье, нарушение режима дефекации в 45% случаев.

Выводы. Таким образом, причины ранних факторов риска запоров в детском возрасте многообразны, и в основном это возрастные физиологические особенности. Семейные врачи и патронажные медсестры должны быть осведомлены о нормальных режимах дефекации детей раннего возраста, уметь дифференцировать варианты нормы и патологии для грамотного обучения и информирования родителей, не допуская необоснованного лечения запора у детей.

Мамаджанова Г.С.
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения врожденных пороков сердца у 57 детей с низкой массой тела при рождении.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-анамнестических данных детей с низкой массой тела при рождении и диагностированными врожденными пороками сердца на базе родильного отделения КЗ.МК «Истиклол». Оценивались показатели массы тела, особенности физического развития, клинические проявления сердечной недостаточности, наличие цианоза, частота респираторных заболеваний и результаты инструментального обследования, включая эхокардиографию за период 2022-по 2025г.г..

Результаты исследования. У маловесных детей с ВПС отмечалась более высокая вероятность нарушения физического развития и недостаточная прибавка массы тела. Наиболее значимыми клиническими проявлениями являются одышка (67,0%), тахикардия 88,8%, повышенная утомляемость при кормлении 45,3%, цианоз 38,9%, а также склонность к частым инфекциям дыхательных путей %6,8%. Гемодинамически значимые пороки могут способствовать увеличению энергетических затрат организма и усугублению дефицита массы тела. Эхокардиография выявила анатомические варианты пороков сердца: ДМЖП -23,0%, ДМПП -58,9%, ОАП-34,7%, Тетрадо Фало-36,0% и различную степень гемодинамических нарушений.

Выводы. Врожденные пороки сердца у детей с низкой массой тела характеризуются особенностями клинического течения, связанными с ограниченными адаптационными возможностями организма и риском задержки физического развития. Ранняя диагностика ВПС, динамическая оценка гемодинамики, контроль нутритивного статуса и своевременное определение тактики лечения имеют важное значение для улучшения прогноза данной категории пациентов.

Мамаджанова Г.С., Саидмуратова Г.М.
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. и детских инфекций ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Цель исследования. Оценка исходного иммунного статуса и его влияния на результаты иммунизации против кори у часто болеющих детей (ЧБД).

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование исходного иммунного статуса у 35 ЧБД. Пациенты аналогичного возраста и пола получили вакцинацию против кори-1 и были распределены на две группы: основная — 35 ЧБД, контрольная группа — 30 относительно здоровые дети. Всем детям проведены исследования показателей клеточного звена иммунитета к дифференцированным антигенам CD3, CD4, CD8, CD16, CD72, содержания иммуноглобулинов А, М, G . Выявление антитоксических антител к кори определяли в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с коревым диагностикумом. В качестве защитного титра противокоревых антител принят уровень 1 : 10.

Результаты исследования. Из 35 ЧБД 2/3 составляли больные с частыми ОРВИ — $65,71 \pm 1,30\%$, на втором месте по частоте встречаемости были ОКИ — $57,14 \pm 2,12\%$, аллергические проявления — $31,43 \pm 2,31\%$, бронхиты — $20 \pm 0,61\%$, пневмонии — $5,71 \pm 0,07\%$; ангины — $11,43 \pm 0,19\%$ и прочие — $17,14 \pm 0,27\%$. Атопический диатез и другие проявления аллергии на коже в группе ЧБД отмечались более чем в 7 раз чаще в раннем возрасте. Уровень заболеваемости в контрольной группе: ОРВИ — $26,67 \pm 1,32\%$, ОКИ — $16,67 \pm 0,29\%$, прочие — $10 \pm 0,21\%$. Для характеристики изучаемых контингентов был проведен анализ привитости ЧБД, который показал, что только 22,86% пациентов были привиты в календарные сроки профилактических прививок, показатели достоверно ниже, чем у контрольной группы. Срок медицинских противопоказаний у половины непривитых (51,43%) составил более 6 мес. Против кори не привиты в срок 82,86% детей. Изучение поствакцинального иммунитета у ЧБД составила 77,14%. У относительно здоровых детей этот показатель был намного выше — 96%. Содержание Т-резистентных лимфоцитов к коревой вакцине было повышено: у относительно здоровых детей — до $46,67 \pm 2\%$, у ЧБД — до $22,86 \pm 3\%$.

Выводы. Проведенное исследование показало полную безопасность вакцинации у ЧБД, которые еще до вакцинации имели значительное снижение клеточного и гуморального иммунитета. Оценка результатов исследования уровня специфических антител против кори у ЧБД (регистрация серонегативных титров, преобладание низких титров и отсутствие высоких титров) требует проведения дополнительных иммунокорригирующих мероприятий.

Мамадьярова М.Г.¹, Ходжаева Н.М.¹, Файзуллоев Н.²

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹ Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

² Национальная академия наук Таджикистана.

Цель исследования. Провести анализ современных клинико-эпидемиологических особенностей скарлатины у детей на основании данных отечественной и зарубежной научной литературы.

Материал и методы исследования. Проведен аналитический обзор современных научных публикаций, посвященных эпидемиологии, клиническим проявлениям, диагностике и лечению скарлатины у детей. Проанализированы данные отечественных и зарубежных исследований последних лет, а также современные клинические рекомендации по ведению пациентов со стрептококковой инфекцией.

Результаты исследования. Анализ литературы показал, что скарлатина преимущественно регистрируется у детей дошкольного и младшего школьного возраста, характеризуется выраженной сезонностью с увеличением числа случаев в осенне-зимний и весенний периоды. Современное течение заболевания чаще имеет среднетяжелый характер, тогда как тяжелые токсические формы встречаются значительно реже. Вместе с тем сохраняется риск развития гнойных и иммуновоспалительных осложнений при поздней диагностике и несвоевременном начале антибактериальной терапии. Существенное значение приобрели экспресс-методы выявления β -гемолитического стрептококка группы А, позволяющие повысить своевременность диагностики и рациональность назначения антибиотиков.

Вывод. Таким образом, современные особенности скарлатины у детей характеризуются изменением клинической картины при сохранении эпидемиологической значимости заболевания. Ранняя диагностика, своевременное назначение этиотропной терапии и постоянный эпидемиологический мониторинг являются основными направлениями профилактики осложнений и снижения заболеваемости среди детского населения.

Маматов Ч.А., Кузibaева Н.К.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости артериальной гипертензии (АГ) и ее факторов риска для разработки основных направлений профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 1000 школьников, из них 450 мальчиков и 550 девочек, в 2022–2023 гг. с двумя скринингами, анкетированием, измерением давления, антропометрией, ЭКГ и оценкой активности. Все дети были обследованы дважды, артериальное давление измерялось стандартным методом трёхкратно в день в течение 10 дней. Критерии оценки индекса массы тела применяли по стандартной шкале SDS IMT / Z-score.

Результаты исследования. В результате исследования были выявлены факторы риска, способствующие формированию артериальной гипертензии. Проведено 2 скрининга в 2022 и 2023 годах. При сравнительном анализе результатов исследования двух скринингов была отмечена положительная динамика в отношении распространенности АГ в популяции школьников, которая составила по данным 2-го скрининга — 10,4%, 1-го 11,9%, обусловленная меньшей распространенностью АГ среди девочек 2-го скрининга — 8,8%, чем 1-го 11,6%; в популяции мальчиков значимых различий не наблюдалось (12,4% и 12,2% соответственно). Отмечена статистически незначимая тенденция в сторону увеличения распространенности избыточной массы тела (ИМТ) среди школьников 2-го скрининга по сравнению с 1-м (9,2% и 7,6% соответственно). Дефицит физической активности более выражен у современных школьников, особенно среди девочек. Распространенность гиподинамии среди девочек 11–15 лет 2-го скрининга отмечена у 53,7% школьников, среди девочек 1-го скрининга — у 38,5%. Отмеченная прямая статистически достоверная корреляционная связь уровня АД с массой тела и ИК, и обратная связь с количеством локомоций. Основной причиной снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у взрослых является первичная профилактика артериальной гипертензии в детском возрасте, центральными факторами риска которой является ИМТ и гиподинамия, а их частота в последние десятилетия увеличивается как среди детского так и среди взрослого населения.

Выводы. Таким образом, при динамическом исследовании популяции школьников отмечена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении АГ и ее факторов риска, обусловленная высокой распространенностью АГ среди современных школьников, особенно среди мальчиков, тенденций в сторону увеличения ИМТ в популяции современных мальчиков, выявлена отрицательная динамика распространенности низкой физической активности в популяции школьников, дефицит двигательной активности среди девочек 11-12 лет по сравнению с возрастной нормой.

Маткаримова А.А.¹, Исмаилова А.А.², Жиёмуратова Г.К.³.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ У ДЕТЕЙ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ

¹Республиканский детский многопрофильный медицинский центр, Узбекистан

²Институт иммунологии и геномики человека, Узбекистан

³Нукусский филиал института иммунологии и геномики человека, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинко-иммунологические особенности первичных иммунодефицитов (ПИД) у детей региона Приаралья, определить структуру выявленных форм заболевания и разработать подходы к совершенствованию ранней диагностики на уровне специализированной и первичной медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинко-лабораторное исследование детей региона Приаралья с подозрением на первичный иммунодефицит. В исследование были включены 3200 детей со «сложным стационарным диагнозом», из которых после поэтапного клинического, иммунологического и молекулярно-генетического обследования верифицированы различные формы ПИД. Используются клинко-anamnestический, лабораторный, иммунологический, молекулярно-генетический и статистический методы исследования. Выполнена оценка субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, NK-клеток), содержания иммуноглобулинов основных классов и показателей клеточного иммунитета.

Результаты исследования. Впервые для региона Приаралья определена структура первичных иммунодефицитов. Наиболее часто диагностированы синдром Вискотта–Олдрича (22,0%) и синдром Луи–Бар (22,0%), агаммаглобулинемия Брутона (12,2%), селективный дефицит IgA (12,2%), общая вариабельная иммунная недостаточность (9,8%), синдром Ди Джорджи (9,8%), синдром Джоба (4,9%), хроническая гранулематозная болезнь (4,9%) и аутоиммунный лимфопролиферативный синдром (2,4%). У детей с синдромальными формами ПИД выявлены выраженные нарушения клеточного и гуморального иммунитета, характеризующиеся снижением содержания CD4+, CD8+, NK-клеток, В-лимфоцитов, иммуноглобулинов IgG и его субклассов, что сопровождалось хронической воспалительной нагрузкой и формированием иммунной дисфункции. Установлено, что поздняя диагностика ПИД ассоциируется с высокой частотой тяжёлых рецидивирующих инфекций дыхательных путей, развитием осложнений и ухудшением прогноза заболевания.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической значимости раннего выявления первичных иммунодефицитов у детей региона Приаралья. Разработанный алгоритм ранней диагностики, основанный на комплексной оценке клинических признаков и иммунологических показателей, позволяет своевременно выявлять различные формы ПИД, оптимизировать маршрутизацию пациентов, снизить частоту тяжёлых осложнений и повысить эффективность специализированной медицинской помощи. Внедрение разработанных диагностических критериев в практическое здравоохранение будет способствовать улучшению качества жизни пациентов и совершенствованию системы оказания медицинской помощи детям с врождёнными ошибками иммунитета.

Махмудова М.М.

РАДИАЦИОННЫЙ ФОН И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЗАВИСИМОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 им. проф. Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Оценить особенности иммунозависимой заболеваемости детей, длительно проживающих в регионе с повышенным радиационным фоном.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный сравнительный анализ заболеваемости детей в возрасте от 1 до 14 лет за 2016-2020 гг. Основную группу составили 10 573 ребёнка, проживавших в г. Истиклол, характеризующемся повышенным радиационным фоном; контрольную - 45 032 ребёнка г. Истаравшан с обычным уровнем радиационного фона. Используются данные формы №63 «История развития ребёнка» и статистической формы №12. Структуру заболеваний оценивали согласно МКБ-10. Статистический анализ проводили в программе Statistica 12 с использованием критерия χ^2 ; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Длительное воздействие ионизирующего излучения рассматривается как один из экологических факторов, способных влиять на состояние здоровья детского населения. Иммунная система характеризуется высокой чувствительностью к радиационному воздействию вследствие интенсивной пролиферации и дифференцировки иммунокомпетентных клеток. Современные исследования показывают, что биологические эффекты низких доз радиации могут реализовываться через образование активных форм кислорода, повреждение ДНК, изменение клеточной сигнализации и цитокиновой регуляции. Вместе с тем клиническое значение длительного воздействия, повышенного природно-техногенного радиационного фона на иммунную реактивность детей, остаётся недостаточно изученным.

В структуре заболеваемости детей, проживающих в условиях повышенного радиационного фона, ведущую позицию занимали заболевания органов дыхания - 62,1% (6563 случая) против 53,7% (24 203 случая) в контрольной группе ($p < 0,001$). Заболевания органов пищеварения регистрировались соответственно в 13,1% (1390) и 6,7% (3022) случаев ($p < 0,001$). Среди патологии органов дыхания инфекционно-воспалительные заболевания составляли 96,8% (6356 из

6563) случаев в основной группе. Анализ динамики показал, что на протяжении периода наблюдения распространённость респираторной патологии среди детей территории с повышенным радиационным фоном в целом превышала соответствующие показатели контрольной территории. Полученные данные указывают на значительную инфекционно-воспалительную нагрузку у детского населения, длительно проживающего в экологически неблагоприятных условиях.

Заключение. Проживание детей на территории с повышенным радиационным фоном ассоциировалось с более высокой общей долей заболеваний органов дыхания и пищеварения, значительная часть которых имела инфекционно-воспалительный характер. Полученные результаты могут косвенно свидетельствовать об особенностях неспецифической и адаптивной реактивности организма, однако не являются прямым доказательством иммунной дисфункции. Для установления характера иммунологических изменений необходимы проспективные исследования с индивидуальной дозиметрией и определением субпопуляций Т-, В- и NK-лимфоцитов, сывороточных иммуноглобулинов и цитокинового профиля.

Мирзаева Г.К.

ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Кафедра биологической химии Самаркандского государственного медицинского университета. Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Оценить особенности метаболизма органического и неорганического матрикса костной ткани у детей с хроническим остеомиелитом на основании определения показателей кальций-фосфорного обмена, костного изофермента щелочной фосфатазы и биомаркеров синтеза и деградации коллагена I типа.

Материал и методы. Обследованы дети в возрасте до 16 лет с хроническим остеомиелитом, находившиеся на лечении в хирургическом отделении 2-й клиники Самаркандского государственного медицинского университета. В сыворотке крови определяли содержание общего кальция и неорганического фосфора, активность костного изофермента щелочной фосфатазы, концентрацию аминотерминального пропептида проколлагена I типа (PINP) и β -изомеризованного C-концевого телопептида коллагена I типа (β -CrossLaps). PINP и β -CrossLaps исследовали иммуноферментным методом. Полученные показатели сопоставляли с данными практически здоровых детей соответствующего возраста. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У детей с хроническим остеомиелитом выявлены выраженные изменения показателей костного ремоделирования. Концентрация PINP составила в среднем 610 ± 180 нг/мл против 470 ± 150 нг/мл у практически здоровых детей ($p < 0,001$), что соответствовало повышению активности процессов синтеза коллагена I типа. Одновременно уровень β -CrossLaps был повышен до $1,22 \pm 0,35$ нг/мл против $0,86 \pm 0,29$ нг/мл в контрольной группе ($p < 0,001$), указывая на усиление деградации костного коллагена. Рост маркера резорбции был более выраженным, чем изменение маркера костеобразования, что свидетельствовало о дисбалансе сопряжённых процессов ремоделирования костной ткани. Активность костного изофермента щелочной фосфатазы у больных хроническим остеомиелитом составляла 186 ± 54 Ед/л, тогда как у здоровых детей - 142 ± 38 Ед/л ($p < 0,001$). Концентрация общего кальция была умеренно снижена - $2,27 \pm 0,12$ ммоль/л против $2,34 \pm 0,10$ ммоль/л в контроле ($p = 0,005$), содержание неорганического фосфора - $1,42 \pm 0,22$ против $1,55 \pm 0,20$ ммоль/л соответственно ($p = 0,007$). Наиболее существенные различия выявлены по PINP и β -CrossLaps. Сочетанное повышение маркеров образования и резорбции кости свидетельствовало об ускорении костного обмена при хроническом воспалении, при этом преобладание β -CrossLaps указывало на смещение равновесия в сторону деградации органического матрикса. Выраженность изменений биомаркеров костного коллагена была существенно выше, чем отклонения традиционных показателей кальций-фосфорного обмена. Это свидетельствовало о большей чувствительности PINP и β -CrossLaps к активным процессам перестройки костной ткани при хроническом воспалении. Повышение костной щелочной фосфатазы можно рассматривать как проявление компенсаторной активации остеобластов и репаративного костеобразования. Одновременное усиление деградации коллагена I типа отражало сохраняющуюся активность деструктивного процесса в костной ткани. Таким образом, изменения биохимических маркеров характеризовали разнонаправленность процессов резорбции и восстановления костного матрикса. Комплексное определение PINP, β -CrossLaps и костной щелочной фосфатазы позволяло более полно оценить состояние костного метаболизма у детей с хроническим остеомиелитом.

Выводы. Хронический остеомиелит у детей сопровождается нарушением сопряжённости процессов формирования и резорбции костной ткани, характеризующимся повышением PINP, β -CrossLaps и активности костной щелочной фосфатазы на фоне умеренных изменений кальций-фосфорного обмена. Наиболее выраженные изменения β -CrossLaps свидетельствуют об усилении деградации коллагена I типа. Комплексное определение PINP и β -CrossLaps может быть информативным для оценки активности костного ремоделирования и мониторинга эффективности хирургического лечения.

Мирзоева З.Э.

ИЗУЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.дж.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучение видового состава кишечной микро биоты у детей с ожирением.

Материалы и методы. На базе МК «Истиклол.» г. Душанбе была проведена выборка из 50 детей с ожирением (основная группа). Контрольную группу составили 30 детей с нормальной массой тела. Средний возраст детей был от 9 до 16 лет. Оценка физического развития детей проводилась по индексу массы тела (ИМТ) по таблицам.

Результаты исследования. По результатам исследования кала у здоровых детей нормобиота была представлена на 95% основными фило типами. До 3,3% бактерий не было верифицировано. У детей с ожирением бактерии фило типа Firmicutes (68,1%) более чем в два раза преобладали над бактериями фило типа Bacteroidetes (27,7%). У детей с ожирением преобладали Staphylococcus spp. – 36,0%, Escherichia spp. – 22,7%, Enterococcus spp. – 13,3%, Bacillus spp. – 9,3%. До 18,7% бактерий не было верифицировано. На уровне видов у детей с ожирением были идентифицированы представители нормальной микробиоты кишечника – наибольший удель ный вес приходился на Escherichia coli (22,7%), Staphylococcus hominis (13,3%), Staphylococcus haemolyticus (12,0%), Staphylococcus epidermidis (9,3%). Остальные бактерии встречались реже: Enterococcus faecium (6,7%), Enterococcus faecalis (6,7%), Klebsiella pneumoniae (4,0%), Lactobacillus ruminis (2,7%) и Lactobacillus plantarum (2,7%), Staphylococcus capitis (2,7).

Выводы. У детей с ожирением фило тип Firmicutes был доминир ющим среди всех идентифицированных микроорганизмов. Авторы полагают, что дети с несбалансированной микробной флорой подвергаются более высокому риску развития ожирения.

Мирзоева З.Э.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

Цель исследования. Определить основные клиничко-анамнестические и эхокардиографические факторы риска развития лёгочной гипертензии у детей с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы. Обследовано 120 детей с ВПС в возрасте от 1 месяца до 14 лет, пролечившихся на базе МК «Истиклол», средний возраст которых составил $4,2 \pm 3,1$ года. Мальчиков было 63 (52,5%), девочек — 57 (47,5%). В зависимости от наличия ЛГ пациенты были разделены на две группы: основную составили 42 (35,0%) ребёнка с признаками ЛГ, группу сравнения — 78 (65,0%) детей без ЛГ.

Наиболее часто диагностировались дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — у 49 (40,8%) детей, дефект межпредсердной перегородки — у 28 (23,3%), открытый артериальный проток — у 25 (20,8%), атриовентрикулярный септальный дефект и сочетанные пороки — у 18 (15,0%) пациентов. Всем детям проводили клиническое обследование, электрокардиографию и эхокардиографию с доплеровским исследованием. Оценивали размеры дефекта, направление и выраженность шунта, расчётное систолическое давление в лёгочной артерии, размеры правых отделов сердца и функцию правого желудочка. Учитывали возраст установления диагноза, сроки хирургической коррекции, частоту респираторных инфекций и показатели физического развития. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ); различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. ЛГ выявлена у 35,0% обследованных детей. Среднее расчётное систолическое давление в лёгочной артерии в основной группе составило $52,8 \pm 13,6$ мм рт. ст., в группе сравнения — $26,4 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$).

ДМЖП большого размера и атриовентрикулярные септальные дефекты значительно чаще встречались среди детей основной группы — 57,1% против 25,6% в группе сравнения ($p < 0,001$). Расширение правых отделов сердца выявлялось соответственно у 71,4% и 23,1% пациентов ($p < 0,001$).

Поздняя диагностика ВПС, после первого года жизни, отмечалась у 23 (54,8%) детей с ЛГ и у 20 (25,6%) пациентов без неё. При позднем выявлении порока риск формирования ЛГ возрастал в 3,51 раза (ОШ=3,51; 95% ДИ: 1,60–7,69; $p < 0,01$).

Повторные эпизоды бронхолёгочной инфекции в течение года наблюдались у 27 (64,3%) детей с ЛГ и у 28 (35,9%) без ЛГ (ОШ=3,22; 95% ДИ: 1,48–7,00; $p < 0,01$). Дефицит массы тела выявлен у 47,6% пациентов основной группы и у 20,5% детей группы сравнения ($p < 0,01$).

Таким образом, наиболее значимыми факторами, ассоциированными с формированием ЛГ, являлись крупный левоправый шунт, гемодинамически значимый ВПС, поздняя диагностика, несвоевременная хирургическая коррекция, повторные бронхолёгочные инфекции и нарушение физического развития.

Выводы. Лёгочная гипертензия выявлена у 35,0% обследованных детей с ВПС. Наиболее существенными факторами риска её развития являются наличие крупного левоправого шунта, поздняя диагностика порока и задержка хирургической коррекции. Повторные бронхолёгочные инфекции и дефицит массы тела также чаще встречаются у детей с ЛГ. Ранняя эхокардиографическая диагностика, своевременное определение гемодинамической значимости порока и оптимальные сроки хирургического лечения имеют ключевое значение для профилактики необратимых изменений сосудов малого круга кровообращения.

Музаффаров Ш.С., Асламзода Г.К.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

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

Цель исследования. Изучение изменений электролитного баланса сыворотки крови у новорождённых детей с ранним и поздним неонатальным сепсисом.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 64 новорождённых ребёнка, госпитализированных в отделение патологии новорождённых ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Диагноз неонатального сепсиса подтверждали с учётом уровней С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина, лактата и результатов гемокультуры.

С целью дифференциации течения заболевания и определения предполагаемого источника инфицирования наблюдаемые дети были разделены на две группы. В первую группу вошли 28 новорождённых детей с ранним неонатальным сепсисом, во вторую — 36 новорождённых детей с поздним неонатальным сепсисом.

Для оценки электролитного статуса сыворотки крови определяли уровни кальция, калия и натрия. Статистический анализ проводили с использованием компьютерных программ для медицинского статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. Наблюдаемые дети поступали в отделение на 1–20-е сутки жизни (медиана — 9,5 суток) с жалобами на нестабильность температуры тела: гипертермия отмечалась в 71,3% случаев, гипотермия — в 29,7%. Также наблюдались симптомы дыхательных нарушений: апноэ — в 5% случаев, тахипноэ — в 74%, брадипноэ — в 11%.

Нарушение толерантности к энтеральному питанию отмечалось в 84% случаев, вздутие живота — в 58%, рвота с примесью желчи — в 13%, плохое сосание — в 39%, судорожные припадки — в 4%, вялость — в 69% случаев. Гипотония и серый цвет кожных покровов с грязно-жёлтушным оттенком отмечались в 52% случаев.

Оценка электролитного статуса наблюдаемых новорождённых показала, что на фоне вышеуказанных клинических проявлений электролитный баланс сыворотки крови претерпевает существенные изменения, обусловленные системными нарушениями в организме. По сравнению с детьми контрольной группы ($2,0 \pm 0,1$ ммоль/л; $4,9 \pm 0,4$ ммоль/л; $142,5 \pm 0,8$ ммоль/л) у новорождённых с поздним неонатальным сепсисом выявлялись гипокальциемия ($1,2 \pm 0,07$ ммоль/л), гипокалиемия ($3,1 \pm 0,9$ ммоль/л) и гипернатриемия ($146,7 \pm 0,5$ ммоль/л).

Наиболее выраженные изменения электролитного состава отмечались у новорождённых детей с ранним неонатальным сепсисом, у которых наблюдались выраженная гиперкалиемия ($2,9 \pm 0,9$ ммоль/л), гипернатриемия ($152,8 \pm 1,3$ ммоль/л) и гипокальциемия ($0,6 \pm 0,04$ ммоль/л).

Выводы. Электролитный баланс сыворотки крови у новорождённых детей с неонатальным сепсисом характеризуется снижением уровней калия и кальция и, напротив, повышением уровня натрия, что может быть связано с повышенной перспирацией, колитическим синдромом и нарушениями функции почек.

Наиболее глубокие изменения электролитного состава отмечались у детей с ранним неонатальным сепсисом, что, вероятно, связано с быстрым истощением компенсаторных ресурсов организма, нарушением процессов первичной адаптации в раннем неонатальном периоде и снижением толерантности к энтеральному питанию.

Полученные результаты указывают на необходимость своевременного выявления новорождённых с признаками острого воспалительного ответа, раннего реагирования на возникающие нарушения и организации надлежащего неонатального ухода с момента рождения, а также назначения эмпирической антибактериальной терапии до установления возбудителя заболевания.

Муминова Р.М., Сатторов М.А., Кузibaева Н.К.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать состояние здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы 50 амбулаторных карт (форма 112/у) детей, наблюдавшихся в учреждении первичной медико-санитарной помощи Дангаринского района в 2016–2018 гг. В исходном тексте не указаны критерии включения, число умерших и выбывших, определения исходов, знаменатели отдельных показателей и статистический анализ.

Результаты исследования. Авторы сообщают о малых аномалиях сердца, анемии, нарушениях желудочно-кишечного тракта и дефиците массы тела. Задержка развития к концу первого года отмечалась у 25% против 45% при первом обращении: это снижение на 20 процентных пунктов, или на 44,4% относительно исходной доли, а не улучшение на 120%. Приведённые 55%, 45%, 25% и 23% не соответствуют целым числам при едином знаменателе $n=50$; возможно, использованы разные знаменатели, но они не названы. Данные второго года исключены как выходящие за цель и заголовок.

Выводы. Серия выявила частые нарушения развития и сенсорно-неврологические исходы. Высокая выживаемость и низкая инвалидность не подтверждены: отсутствуют данные о смертях, выбывании и критериях инвалидности. Нужна свёрка исходов по первичным картам.

Муродова М.К., Маматов Ч.А.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности выявления хеликобактериальной инфекции у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей, находившихся на стационарном лечении в отделении детской гастроэнтерологии НМЦ «Шифобахш» за период 2017–2019 гг. Возраст детей составил от 7 до 15 лет. По полу распределению девочек было 12 девочек, мальчиков 18. У всех детей в анамнезе выявлено наличие хронической патологии гастродуоденального отдела, по поводу которой неоднократно получали стационарное лечение. По нозологической форме были установлены следующие заболевания: у 15 (50%) детей — хронический гастродуоденит, у 10 (33,3%) — хронический гастрит, у 2 (6,6%) — хронический дуоденит, у 2 (6,6%) — язвенная болезнь 12 п. кишки и у 1 ребенка язвенная болезнь желудка. Всем детям было проведено исследование данных анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований. Использовали дыхательный уреазный тест и иммуноферментный анализ кала для подтверждения *Helicobacter pylori* (HP).

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований показал, что у всех детей в анамнезе выявлена хроническая гастродуоденальная патология. Анкетирование родителей установило наличие данной патологии у 83,3 %. Также формированию заболеваний гастродуоденальной зоны способствовали факторы риска, которые присутствовали у всех (100%) детей. Необходимо отметить, что заболевание чаще встречалось у мальчиков (60%), чем у девочек (40%). В результате проведенных тестов на наличие *Helicobacter pylori* (HP) установлено, что чаще возбудитель определялся у детей с язвенной болезнью желудка и 12п.кишки, т.е все дети с установленным диагнозом язвенного поражения были инфицированы. У детей с воспалительными заболеваниями инфицированность *Helicobacter pylori* (HP) выявлена у 12 (40%) с хроническим гастродуоденитом, у 8 (26,6%) с хроническим гастритом.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что зараженность хеликобактериозом больше встречается при язвенных поражениях желудка и 12п.кишки, а после при воспалительных заболеваниях.

Наврузкулова Ш.Ф.

ФАКТОРЫ РИСКА БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинко-лабораторные особенности гипербилирубинемии и факторы риска билирубиновой энцефалопатии у недоношенных новорожденных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 72 историй болезни недоношенных новорожденных с гестационным возрастом 28-36 недель и массой тела при рождении 1100–2490 г, находившихся на стационарном лечении в неонатальном отделении. Оценивали гестационный возраст, массу тела, уровень общего и непрямого билирубина, содержание гемоглобина и альбумина, наличие гемолиза, гипоксии, инфекции, а также неврологические симптомы. В зависимости от выраженности гипербилирубинемии дети были разделены на две группы: I группа-24 новорожденных с выраженной гипербилирубинемией и неврологическими симптомами, II группа-48 детей с неосложненной неонатальной желтухой.

Результаты исследования. В I группе средний гестационный возраст составил $31,8 \pm 1,9$ недели, во II группе $34,2 \pm 1,6$ недели. Масса тела при рождении менее 1500 г отмечалась соответственно у 41,7% и 14,6% детей. Максимальная концентрация общего билирубина в I группе составляла в среднем 286 ± 42 мкмоль/л против 201 ± 35 мкмоль/л во II группе. Гипоальбуминемия выявлена у 45,8% новорожденных I группы и у 16,7% II группы. Перинатальная гипоксия регистрировалась соответственно у 54,2% и 25,0%, признаки неонатальной инфекции-у 37,5% и 14,6%, гемолитические состояния-у 25,0% и 10,4% детей.

У новорожденных с риском билирубиновой энцефалопатии наиболее часто наблюдались вялость и снижение рефлексов-45,8%, нарушение сосания-41,7%, мышечная гипотония -33,3%, эпизоды апноэ-20,8%. Всем детям с выраженной гипербилирубинемией проводилась интенсивная фототерапия; в отдельных случаях при быстром повышении билирубина потребовалось проведение более интенсивной терапии.

Выводы. Билирубиновая энцефалопатия у недоношенных новорожденных чаще развивается при сочетании малого гестационного возраста, низкой массы тела, выраженной непрямой гипербилирубинемии, гипоальбуминемии, гипоксии и инфекционных осложнений. Наиболее уязвимую группу составляют дети с гестационным возрастом менее 32 недель и массой тела менее 1500 г. Ранний лабораторный контроль билирубина и своевременная фототерапия и

м
е

Наврузкулова Ш.Ф.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

к

Цель исследования. определить частоту, клинко-лабораторные особенности и основные факторы риска развития анемии у недоношенных новорожденных, находившихся на лечении в родильном доме ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 86 недоношенных новорожденных, находившихся под наблюдением в отделении новорожденных родильного дома ГУ «Медицинский комплекс Истиклол». Гестационный возраст детей составлял 28-36 недель, масса тела при рождении 1050-2490 г. В зависимости от массы тела дети были разделены на две группы: I группа-34 ребенка с массой менее 1500 г, II группа-52 ребенка с массой 1500-2499 г. Оценивали показатели гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, ретикулоцитов, ферритина сыворотки, клинические проявления анемии, характер вскармливания, наличие инфекционно-воспалительных заболеваний и потребность в трансфузии эритроцитарной массы.

Результаты исследования. Анемия различной степени выраженности была диагностирована у 38 из 86 детей (44,2%). Среди новорожденных с массой тела менее 1500 г анемия наблюдалась у 23 детей (67,6%), тогда как в группе с массой 1500-2499 г у 15 детей (28,8%).

Средний уровень гемоглобина при выявлении анемии у детей I группы составлял $92,6 \pm 12,8$ г/л, во II группе $108,4 \pm 11,7$ г/л. Средний показатель гематокрита составил соответственно $28,7 \pm 4,1\%$ и $33,1 \pm 3,8\%$. Снижение уровня ферритина менее 35 нг/мл выявлено у 47,8% детей I группы и у 26,7% детей II группы.

Наиболее частыми клиническими проявлениями были бледность кожных покровов-60,5%, тахикардия-36,8%, недостаточная прибавка массы тела-31,6%, снижение активности при кормлении-28,9%, эпизоды апноэ-18,4%. У детей с массой тела менее 1500 г данные симптомы наблюдались значительно чаще.

я

п
р
с

Анемия чаще выявлялась у новорождённых, перенёсших респираторный дистресс-синдром -52,6%, инфекционно-воспалительные заболевания-34,2%, а также у детей, которым проводились многократные лабораторные исследования в первые недели жизни-42,1%. Исключительно грудное вскармливание или кормление сцеженным грудным молоком получали 69,8% обследованных.

Препараты железа по клиническим показаниям назначались 31 ребёнку (36,0%). Трансфузия эритроцитарной массы потребовалась 8 новорождённым (9,3%), из них 7 детей имели массу тела при рождении менее 1500 г. На фоне проведённой терапии отмечались повышение уровня гемоглобина, улучшение активности при кормлении и положительная динамика массы тела.

Выводы. Анемия выявляется почти у половины недоношенных новорождённых и наиболее часто развивается у детей с массой тела при рождении менее 1500 г. Основными факторами риска являются глубокая недоношенность, очень низкая масса тела, инфекционно-воспалительные заболевания, респираторная патология и повторные диагностические заборы крови. Систематический контроль гемоглобина, гематокрита и показателей обмена железа, рациональное питание и своевременная профилактика дефицита железа позволяют снизить частоту тяжёлой анемии и по-

т
р
е
б
н
о
с

Назарова З.С., Саидмуродова Г.М., Джаббарова Ю.Ю.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ С КОРЬЮ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение причин развития осложнений у непривитых детей с корью.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 177 историй болезни детей в возрасте от 2 месяцев до одного года жизни, госпитализированных в ГУ «ГДКБДИБ» г. Душанбе за месяцы вспышки 2025 г. с лабораторно подтверждённой корью (выявление IgM к вирусу кори методом ИФА). У непривитых детей с корью были изучены причины развития осложнений, течение и данные лабораторных показателей. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. В период повторной эпидемической вспышки в начале 2025 года кори в городе Душанбе из 792 госпитализированных детей с корью, детей до года было 177 (22,3%). Прививочный статус госпитализированных детей показал, что все они не получили вакцинацию от кори по возрасту, большинство 92 (52%) по причине частых ОРВИ и ОКИ, 12 (6,7%) по причине отказа вакцинации по семейным обстоятельствам, 9 (5,1%) – по внутриутробным заболеваниям не получили другие вакцины соответственно национальному календарю.

Анамнез матерей больных детей с корью показал, что в периоде беременности у всех была диагностирована анемия, причём 1 степени у 130 (73,4%), 2 степень - у 47 (26,5%).

Большинство детей 97 (54,8%) были на смешанном, 42 (23,7%) искусственном и только 38 (21,5%) детей - на грудном вскармливании. Причём только 56 (32%) детей получали своевременно после 6 месяцев прикорм, а остальные дети получали только адаптированные смеси.

Анализ преморбидного состояния показал, что 34 (19,2%) детей родились с малым весом ниже 2500 гр., 11 (6,2%) - недоношенными по сроку, так как родились на 30-34 неделе беременности, у 58 (32,8%) детей - гипотрофия 1 и 2 степени, у 89 (50,2%) - анемия 1 и 2 степени, у 69 (39%) - признаки рахита.

Осложнения со стороны бронхолёгочной системы отмечены у всех госпитализированных детей, причём у 112 (63,7%) диагностирована пневмония, у 7 (3,9%) – пневмоторакс, и при этом заболевание протекало довольно тяжело со смертельным исходом. Также у 58 (32,8%) детей диагностирован бронхит, у 29 (16,4%) детей - острый ларинготрахеит. Осложнения со стороны органов пищеварения в виде острого энтероколита отмечены у большинства 150 (84,7%) детей, причём у 22 (14,7%) из них заболевание сопровождалось рвотой, у 17 (11,3%) - со стоматитом. Также у 79 (44,6%) детей отмечены осложнения со стороны ЦНС в виде нейротоксикоза 1 и 2 степени, у 2 (1,2%) – в виде энцефалита, в связи с чем после завершения заразного периода данные дети были переведены в детское неврологическое отделение.

Вывод. Таким образом, было установлено, что к причинам развития тяжёлых осложнений у непривитых детей с корью относятся анемия у матерей (100%), нарушение питания с превалированием смешанного (54,8%) и искусственного (23,7%) вскармливания, гиповитаминоз, в том числе дефицит витамина А с наличием сопутствующих состояний в виде гипотрофии (32, 8%), анемии (50,2%), рахита (39%), а также иммунодефицитными факторами по причине частых ОРВИ и ОКИ (52%) в анамнезе жизни.

Назарова С.Б.

ИЗМЕНЕНИЯ ФОНОВОЙ АКТИВНОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

ГУ НМЦ «Шифобахш». Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности ЭЭГ у детей с задержкой психоречевого развития.

Материалы и методы. В работе проведен анализ обследования 50 детей в возрасте от 3 до 10 лет с задержкой психоречевого развития, расстройства аустического спектра, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, а также с когнитивными нарушениями за период с 2023 по 2026гг. Проводилась рутинная ЭЭГ с анализом фоновой активности и наличия эпилептиформных изменений. Оценивали организацию основного ритма, степень зрелости биоэлектрической активности, наличие очаговых изменений и реакция на функциональные пробы (при их проведении).

Результаты исследования. У 30 (60%) детей выявлено диффузные изменения биоэлектрической активности

мозга. У большинства детей отмечались признаки функциональной незрелости биоэлектрической активности головного мозга, проявлявшиеся снижением организации возрастного ритма и умеренным замедлением фоновой активности. У 13 (26%) зарегистрирована эпилептиформная активность в виде острых волн и комплексов «острая-медленная волна» по морфологии соответствующих доброкачественным эпилептиформным разрядам детства (ДЭРД). Эпилептиформная активность чаще выявлялась у детей с выраженными нарушениями психоречевого развития. У 7 (14%) наблюдались очаговое замедления фоновой активности. Полученные данные свидетельствуют о том, что изменения фоновой активности встречаются значительно чаще, чем эпилептиформные изменения. Это подтверждает высокую диагностическую ценность ЭЭГ при обследовании детей с нейроразвивающими нарушениями.

Выводы. У детей с задержкой психоречевого развития и другими нейроразвивающими нарушениями наиболее часто выявляются неспецифические изменения биоэлектрической активности головного мозга. ЭЭГ является важным методом ранней диагностики, позволяющим выявить функциональные нарушения, определить необходимость дальнейшего обследования и проводить динамическое наблюдение за пациентами.

Насратуллах Рахматуллах, Маматова Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Описать частоту отдельных костных изменений у детей раннего возраста с подозрением на рахит и наличие сведений об их лабораторном обследовании.

Материал и методы. Проанализированы результаты описательного обследования 58 детей в возрасте от 4 месяцев до 1 года 6 месяцев, наблюдавшихся амбулаторно в ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”» с 1 июня по 30 августа 2026 года. При опросе родителей уточняли жалобы на потливость, беспокойство, снижение аппетита и нарушения сна; при осмотре оценивали форму черепа и нижних конечностей. Учитывали сведения о лабораторном обследовании, включавшем общий анализ крови, витамин D, кальций, фосфор и щелочную фосфатазу. Частоту каждого внешнего признака рассчитывали относительно всей группы; классификация этиологических форм рахита не являлась задачей данного анализа.

Результаты исследования. Выступающие лобные бугры отмечены у 18 детей (31,0%), квадратная форма головы - у 6 (10,3%), варусная деформация нижних конечностей - у 10 (17,2%), вальгусная - у 6 (10,3%). Эти доли характеризуют каждый признак отдельно; их нельзя складывать для определения числа детей с костными изменениями, поскольку сочетания признаков не учитывались в сводных данных. Из перечисленных изменений чаще всего регистрировалось выступание лобных бугров. Сведения о выполненном лабораторном обследовании имелись для 38 детей (65,5%); для остальных 20 (34,5%) наличие такого обследования по сводке не установлено.

Выводы. Наиболее частым из учитывавшихся костных изменений было выступание лобных бугров. Лабораторное обследование документировано у двух третей детей, что подчёркивает необходимость связывать результаты осмотра и последующей диагностики в единой записи. Описанные признаки полезны для определения потребности в уточняющем обследовании.

Насридинова Н.Н.

ГЕСТАЦИОННАЯ ЗРЕЛОСТЬ КАК ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить особенности ранней постнатальной адаптации недоношенных новорождённых в зависимости от гестационного возраста.

Материалы и методы. На базе МД МТ «Истиклол» обследованы 114 новорождённых: 84 недоношенных и 30 доношенных детей группы сравнения. В зависимости от срока гестации недоношенные были распределены на три группы: 35-36 недель-32 ребёнка, 32-34 недели-28 и менее 32 недель-24. В первые 5 суток жизни оценивали частоту дыхательных движений и сердечных сокращений, SpO₂, температуру тела, содержание глюкозы и лактата в крови, показатели кислотно-основного состояния и электролитного обмена. Статистическую обработку проводили с использованием критериев Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни с поправкой Бонферрони; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. С уменьшением гестационного возраста адаптация к внеутробной жизни протекала менее устойчиво: снижались показатели SpO₂, температуры тела и гликемии, одновременно возрастали частота дыхания и сердечных сокращений. Максимальная выраженность нарушений установлена у новорождённых с гестационным возрастом менее 32 недель. В первые сутки жизни средняя SpO₂ у них составляла $88,1 \pm 2,3\%$, тогда как у доношенных детей $96,8 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$). Гипотермия зарегистрирована у 58,3% детей данной группы, дыхательная недостаточность - у 66,7%, метаболический ацидоз - у 45,8%. Полученные данные показывают, что наибольшую функциональную напряжённость в раннем неонатальном периоде испытывают дыхательная, терморегуляторная и метаболическая системы.

Выводы. Гестационный возраст является одним из основных факторов, определяющих характер ранней адаптации недоношенного ребёнка. Наиболее выраженные нарушения выявлены при сроке гестации менее 32 недель и проявлялись гипоксемией, гипотермией и метаболическим ацидозом. Комплексный контроль жизненно важных показателей в первые 5 суток позволяет своевременно выявить формирующуюся дезадаптацию и индивидуализировать тактику выхаживания недоношенных новорождённых.

Насридинова Н.Н.

СЕПСИСИ БАРВАҚТИ НАВЗОДӢ: ПЕШГУӢКУНАНДАӢОИ КЛИНИКИЮ ЛАБОРАТОРӢ ВА ОМИЛӢОИ ХАВФ

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 ба номи профессор Аминов Ҳ.Ҷ. МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Мақсади таҳқиқот. Муайян намудани пешгуӢкунандаҳои клиникаию лабораторӣ ва омилҳои перинаталии хавфи сепсиси барвақти наводӣ дар кӯдакони дар МД МТ «Истиқлол»-и шаҳри Душанбе бистаришуда дар соли 2026.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. 84 наводде, ки аз моҳи январ то августи соли 2026 дар шӯъбаҳои неонатологии МД МТ «Истиқлол» муоина ва табобат гирифтаанд, мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Ба гурӯҳи асосӣ 42 наводи дорои аломатҳои клиникаию лаборатории сепсиси барвақт ва ба гурӯҳи муқоисавӣ 42 наводи бе нишонаҳои раванди сироятӣ системавӣ дохил карда шуданд. Синни гестатсионӣ, вазни таваллуд, ҳолат аз рӯи ҷадвали Апгар, ҷараёни ҳомиладорӣ ва таваллуд, давомнокии давраи беоб, инчунин аломатҳои клиникӣ арзёбӣ гардиданд. Аз нишондиҳандаҳои лабораторӣ миқдори лейкоцитҳо ва тромбоцитҳо, сафедаи С-реактивӣ (СРБ) ва прокалситонин муайян карда шуданд.

Натиҷаҳо. Норасидӣ дар гурӯҳи асосӣ дар 45,2% ҳолат ва дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 19,0% ҳолат ба қайд гирифта шуд ($p<0,05$). Вазни ками таваллуд мутаносибан дар 42,9% ва 16,7% наводдон мушоҳида гардид ($p<0,01$). Давраи беоби зиёда аз 18 соат дар 33,3% модарони наводдони гирифтори сепсис ва дар 9,5% гурӯҳи муқоисавӣ муайян карда шуд. Аломатҳои бештар паҳншудаи клиникӣ ихтилоли нафаскашӣ-71,4%, пастшавии фаъолияти ҳаракатӣ-61,9%, таҳаммулнопазирӣ ба ғизодиҳии энтералӣ-54,8% ва ноустувории ҳарорати бадан-47,6% буданд. Сатҳи миёнаи СРБ дар гурӯҳи асосӣ $28,6\pm 11,4$ мг/л ва дар гурӯҳи муқоисавӣ $4,2\pm 2,1$ мг/лро ташкил дод ($p<0,001$). Баландшавии прокалситонин зиёда аз 2 нг/мл мутаносибан дар 69,0% ва 7,1% ҳолатҳо ($p<0,001$), тромбоцитопенияи камтар аз 150×10^9 /л бошад, дар 40,5% ва 9,5% наводдон муайян гардид ($p<0,01$).

Хулоса. Омилҳои асосии хавфи сепсиси барвақти наводӣ норасидӣ, вазни ками таваллуд ва давраи тӯлонии беоб мебошанд. Ихтилоли нафаскашӣ, баландшавии сатҳи СРБ ва прокалситонин дар яқоягӣ бо тромбоцитопения аз нишондиҳандаҳои муҳимми ташхисӣ ба ҳисоб мераванд. Арзёбии маҷмӯии омилҳои перинаталӣ ва нишондиҳандаҳои клиникаию лабораторӣ барои барвақт муайян намудани наводдони гурӯҳи хавфи баланд ва интиҳоби тактикаи муносиби табобат мусоидат менамояд.

Омарбекова Б.Р.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАСШИРЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ: УРОКИ ДЛЯ КАЗАХСТАНА

Кафедра сестринского дела НАО «Медицинский университет Астана». Казахстан.

Цель исследования. Систематизировать международный опыт расширенной сестринской практики в педиатрической первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и определить организационные модели, применимые для совершенствования деятельности медицинских сестёр педиатрических структур ПМСП Республики Казахстан.

Материал и методы. Применён информационно-аналитический метод — анализ научных публикаций и официальных документов международных организаций (ВОЗ, Международный совет медсестёр — ICN, Организация экономического сотрудничества и развития — ОЭСР) и профессиональных ассоциаций (NAPNAP — США, NHS England, Royal College of Nursing — Великобритания), а также нормативно-правовых актов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, регламентирующих деятельность медицинских сестёр педиатрического профиля (приказы №149, №25, №150, №264).

Результаты исследования. Анализ показал устойчивую международную тенденцию к расширению профессиональных функций медицинской сестры в педиатрическом первичном звене в рамках концепции Advanced Practice Nursing (ICN). В Финляндии модель «Neuvola» обеспечивает до 80% профилактических визитов силами медицинской сестры с использованием структурированных инструментов оценки развития; данная модель ассоциирована с одними из лучших в Европе показателей детского здоровья. В Великобритании система «Health Visitor» обеспечивает охват ранними скринингами развития до 95% детей за счёт самостоятельного ведения профилактических визитов медицинской сестрой общественного здоровья. В США и Канаде модель Pediatric Nurse Practitioner, по данным Национальной ассоциации педиатрических практикующих медсестёр (NAPNAP), ассоциирована с сокращением времени ожидания приёма педиатра на 20–30% и увеличением охвата профилактическими осмотрами до 90%. В Нидерландах модель «Jeugdgezondheidszorg» предусматривает не менее 15 профилактических визитов медсестры в первые четыре года жизни ребёнка в рамках междисциплинарного взаимодействия. Сопоставление с нормативной базой Республики Казахстан показало, что действующие приказы МЗ РК №149, №25, №150 закрепляют за медицинской сестрой преимущественно исполнительские функции, тогда как самостоятельное проведение скрининга развития и консультирование родителей не имеют статуса закреплённой сестринской компетенции.

Выводы. Международный опыт демонстрирует, что расширение профессиональной автономии медицинской сестры в педиатрическом первичном звене — доказательно обоснованное направление повышения доступности и качества профилактической помощи детям. Адаптация элементов финской модели «Neuvola» и британской модели «Health Visitor» — в частности, делегирование медицинской сестре самостоятельного скринингового наблюдения с использованием валидированных инструментов — представляет перспективное направление совершенствования педиатрических структур ПМСП Казахстана и требует соответствующей актуализации профессиональных стандартов и программ последипломной подготовки.

PEDIATRACK AI: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ ПОДДЕРЖКИ СЕСТРИНСКОГО СКРИНИНГА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Кафедра сестринского дела НАО «Медицинский университет Астана». Казахстан.

Цель исследования. Разработать концептуальную модель AI-платформы PediaTrack для поддержки принятия клинических решений медицинской сестрой при проведении скрининга нервно-психического развития детей раннего возраста в условиях педиатрической первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. Проведён анализ научных публикаций (PubMed, Frontiers, JAMA Pediatrics) по психометрическим характеристикам валидированных инструментов скрининга развития детей раннего возраста — SWYC, ASQ-3 и Denver II — с сопоставлением их чувствительности, специфичности, времени проведения и охватываемых доменов оценки. На основе результатов сопоставления предложена концептуальная архитектура платформы PediaTrack AI с определением функциональной роли предиктивного компонента на основе машинного обучения.

Результаты исследования. Сопоставление инструментов показало, что ни один из них не превосходит остальные по всем параметрам одновременно: ASQ-3 демонстрирует более высокую специфичность у детей старшего возраста (около 92% против 71% у SWYC по данным JAMA Pediatrics, 2020), тогда как SWYC превосходит ASQ-3 по чувствительности к лёгким нарушениям развития и является единственным из трёх инструментов, включающим отдельный блок оценки семейных факторов риска (Family Questions) — психического здоровья и стресса родителей. Время заполнения SWYC составляет 10–15 минут, что сопоставимо с ASQ-3 и существенно меньше, чем у клиницист-администрируемого Denver II (125 пунктов). На основании этого сопоставления предложена концептуальная архитектура платформы PediaTrack AI, включающая три функциональных модуля: модуль цифрового проведения протокола SWYC медицинской сестрой в ходе планового осмотра; модуль предиктивной аналитики, в котором алгоритм машинного обучения (градиентный бустинг) предполагается использовать для анализа динамики скрининговых показателей ребёнка в серии визитов с целью раннего прогнозирования риска нарушений развития; модуль отчётности для передачи структурированного заключения врачу-педиатру. На данном этапе архитектура представляет собой концептуальную разработку, не прошедшую техническую реализацию и клиническую апробацию.

Выводы. Сопоставительный анализ существующих инструментов скрининга показывает, что SWYC обладает рядом преимуществ для использования медицинской сестрой в первичном звене — простотой заполнения и встроенной оценкой семейных факторов риска, — при этом не превосходя другие инструменты по всем параметрам. Предложенная концептуальная модель PediaTrack AI обозначает направление, в котором предиктивная аналитика на основе динамики скрининговых данных потенциально может дополнить существующие статические инструменты скрининга, выявляя группы риска до клинической манифестации нарушений. Дальнейшая разработка требует технической реализации прототипа и его клинической апробации.

Пирматова Т.А., Али-заде Ш.Б.

ОЦЕНКА ВИТАМИНА D ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить обеспеченность витамином D детей с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 детей с ожирением, Всем детям проведено клиническое и лабораторное обследование. Уровень витамина D в крови обследуемых детей определяли с помощью хемолюминисцентного иммуноанализа.

Результаты исследования. Уровень обеспеченности витамином D в группе детей с ожирением находилась в диапазоне недостаточности – менее 30 нг/мл.

Для выявления вклада факта ожирения в развитие витамин-D-дефицитного состояния было произведено сопоставление данных обеспеченности 25(OH)D с контрольной группой. Снижение уровня витамина D у детей в основной группе (менее 30 нг/мл) наблюдалось в 100% (n=60) случаев, что встречалось значительно чаще, чем в контрольной группе (точный критерий Фишера $p=0,000$; $p<\alpha$). Установлено, что содержание витамина D у детей с ожирением значительно ниже по сравнению с детьми из группы контроля (критерий Манна-Уитни 241,5; $p=0,003$; $p<\alpha$). Рассматривая показатели витамина D по уровню содержания в крови, установлено: в то время как в группе детей с ожирением нормальных показателей витамина D установлено не было, в группе контроля оптимальный статус витамина D установлен в 77,5% (n=31) случаев и составил $34,6\pm 2,8$ нг/мл ($p=0,000$, $p<\alpha$). Недостаточный уровень витамина D (от 21 до 29 нг/мл) у детей с ожирением был выявлен в 45% (n=27) случаев и составил $23,5\pm 1,1$ нг/мл, в то время как в контрольной группе детей недостаточный уровень витамина D определён в 17,5% (n=7) случаев и составил $26,9\pm 1,98$ нг/мл. Более 50% (n=33) детей с ожирением имели дефицит витамина D, уровень витамина D составил $15,6\pm 2,4$ нг/мл. В группе здоровых детей лишь 5% (n=2) детей имели дефицит витамина D, уровень витамина D составил $18,1\pm 0,14$ нг/мл. В группе детей с ожирением значимых различий по уровню витамина D в зависимости от возраста не установлено ($p>\alpha$). Во всех возрастных группах у детей с ожирением установлен низкий уровень витамина D. При исследовании корреляция между уровнем витамина D и возрастом пациентов с ожирением отмечено наличие слабой, но статистически незначимой прямой корреляции ($r=0,193$, $p>\alpha$).

Выводы. Дети с ожирением в 100% случаев имели низкую обеспеченность витамином D. Доказана взаимосвязь, чем выше индекс массы тела, тем ниже уровень витамина D. Всем детям с ожирением необходимо рекомендовать определять исходную концентрацию 25(OH)D в крови для дальнейшего дифференцированного назначения дозы витамина D.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

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

Цель исследования. Изучить показатели перекисного окисления липоидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у детей в возрасте с 2 до 5 лет с диагнозом внебольничной пневмонии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 78 детей, больных острой пневмонией, в возрасте от 2 до 5 лет, в том числе 40 (51,3%) мальчиков и 38 (48,7%) девочек. Контрольную группу составляли 14 детей аналогичного возраста, из которых 8 мальчиков и 6 девочек. Все больные дети находились на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в 2025-2026 гг. Госпитализацию детей осуществляли на 2-4 день болезни. Среднетяжёлое течение было диагностировано у 52 детей, тяжёлое течение 26 детей. Концентрации малонового диальдегида (МДА) определяли ТБК-тестом, активность супероксиддисмутазы (СОД) – спектрофотометрическим методом. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Согласно полученным результатам, степень тяжести внебольничной пневмонии оказывает существенное влияние на состояние ПОЛ и системы АОЗ в лейкоцитах крови больных детей. Выявлено, что с увеличением степени тяжести заболевания наблюдаются выраженные метаболические изменения. Наиболее выраженные изменения показателей ПОЛ и ферментативной системы АОЗ в лейкоцитах у детей отмечены в остром периоде тяжёлого течения пневмонии. Уровень МДА в остром периоде пневмонии оказался увеличенным в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Выявлено, что с увеличением степени тяжести пневмонии происходит прогрессивное увеличение внутриклеточных метаболитов ПОЛ и МДА. В то же время, активность СОД в лимфоцитах крови в остром периоде внебольничной пневмонии при среднетяжёлом и тяжёлом течении оказалась ниже на 1,26 раза ($p < 0,05$).

Вывод. Результаты исследования показывают, что развитие внебольничной пневмонии у детей раннего возраста сопровождается активацией ПОЛ в Т-лимфоцитах крови. В то же время наблюдается относительная недостаточность ферментов АОЗ в популяции лимфоцитов. Дисбаланс в системе ПОЛ/АОЗ в Т-лимфоцитах наиболее выражен в остром периоде внебольничной пневмонии. С увеличением степени тяжести пневмонии нарушения ПОЛ и ферментативной системы АОЗ в Т-лимфоцитах крови больных пневмонией возрастают и являются наибольшими в остром периоде тяжёлого течения заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (ГАЛАКТОЗЕМИЯ) У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ ТГМУ им.Абуали ибнСино. Таджикистан

Цель исследования. Демонстрация клинического случая ребёнка 3 месяцев с врождённым заболеванием печени (галактоземией).

Материалы и методы исследования. В ГУ «Истиклол» 18.05.2026 года поступил ребёнок 3 месяцев в детское гастроэнтерологическое отделение. Ребёнку провели анамнестические и клиничко-лабораторные методы исследования (общий анализ крови и мочи, копрологическое исследование, биохимические показатели печёночных проб, вирусологическое исследования крови), инструментальные исследования (УЗИ и фибросканирование печени). ребёнку был поставлен диагноз: «Врождённое заболевание печени (галактоземия). Холестатический гепатит высокой активности. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести. Рахит II степени, фаза разгара».

Результаты исследования. При поступлении родители ребёнка предъявляли жалобы на появление желтушности кожных покровов, срыгивания иногда рвота, отмечали несколько (3) эпизодов диареи, выраженное вздутие живота, плохую прибавку массы тела, вялость, капризность, снижение аппетита, частое беспокойство сменяющееся сонливостью. Из анамнеза заболевания выяснилось, что у ребёнка появилась желтушность кожи и склер глаз 1 месяц тому назад. Получил амбулаторно лечение, которое не дало положительного результата, поэтому ребёнок был направлен на лечение в детское гастроэнтерологическое отделение ГУ «Истиклол». После стационарного лечения и положительной клиничко-лабораторной динамики в удовлетворительном состоянии больной выписан домой. Но 18 мая ребёнок поступил повторно с вышеперечисленными жалобами, желтушностью кожных покровов в детское гастроэнтерологическое отделение ГУ «Истиклол». Из анамнеза жизни выяснилось, что брак родителей родственный (двоюродные брат с сестрой). Беременность протекала на фоне токсикоза I-ой половины беременности, анемии и был эпизод ОРВИ. До 20 апреля 2026 года ребёнок вскармливался грудным молоком. Как только в апреле месяце у ребёнка выявлена галактоземия ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Нутрилак АМИНО». При поступлении состояние больного было тяжёлое из-за выраженной интоксикации. Кожные покровы желтушные, склеры иктеричные. Живот вздут, пальпация затруднена. Заключение УЗИ печени: Гепатомегалия с повышенной эхогенностью паренхимы и снижением сосудистого рисунка. В копрограмме цвет стула ахаличный. Моча тёмная. В биохимическом анализе крови повышенные показатели билирубина и ферментов АлАТ и АсАТ. На основании вышеперечисленных данных больному был выставлен диагноз: «Врождённое заболевание печени (галактоземия). Холестатический гепатит высокой активности. Белково-энергетическая недостаточность средней степени тяжести».Получил лечение: диетотерапия (Нутрилак АМИНО); Холудексан рег os; глюконат кальция 10% и магния сульфат 25% в/в; витамин В₁₂ в/м; лактулоза рег os; вит.Д и вит.А рег os. Проведенная терапия дала положительный эффект, как на клиническое течение болезни, так и на лабораторные показатели. Ребёнок в относительно удовлетворительном состоянии выписан домой

под наблюдение врача гастроэнтеролога и педиатра.

Выводы. В последние годы участились случаи врождённых заболеваний печени. Без своевременной диагностики и адекватного лечения деструктивные процессы в печени младенцев развиваются очень быстро, приводя к фиброзу и печёночной недостаточности. Поэтому мы настоятельно рекомендуем практическим врачам более внимательно относиться к новорождённым детям с затянувшейся желтухой для более раннего выявления врождённых заболеваний печени с целью лечения и продления жизни данных детей.

Рахманова З.Э., Шарипов З.Х., Бердиева Ф.О.

ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра пропедевтики детских болезней, ГОУ ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Анализ факторов риска врождённой патологии печени у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Материалом для реализации поставленной задачи послужили 25 больных, которые находились на обследовании и лечении в ГУ «Истиклол» детском гастроэнтерологическом отделении за период 2022-2026 гг. мальчиков было 16 (64%), девочек 9 (36%). Дети до 1-ого года с врождённой патологией печени составили 76% (19 больных). Методами исследования для постановки и подтверждения диагноза послужили анамнестические данные, а также клиничко-лабораторные и инструментальные методы.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных выявил наличие генетических заболеваний печени у ближайших родственников 4 (16%) больных. У 13 (52%) матерей, обследованных детей, беременность протекала с эпизодами ОРВИ, в схему лечения которой были добавлены НПВС. В крови 6 (24%) мам обнаружены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса. Родители всех больных жаловались на длительное появление желтушности кожи и склер глаз, стул сероватого цвета (обесцвеченный), на тёмный цвета мочи, а также увеличение живота. У 10 больных (40%) отмечался зуд и сухость кожи. Родители 16 больных (64%) жаловались на частые срыгивания, а иногда даже рвоту между кормлениями. В 92% случаев (23 больных) отмечались изменения со стороны нервной системы в виде общей вялости, сонливости, а также снижения тонуса мышц. При осмотре у всех детей отмечалась желтушность кожи и склер с разной степенью интенсивности, а также отставание в физическом и психическом развитии. У 20 больных (80%) в первые дни госпитализации был сниженный аппетит, вяло сосали грудь матери. Диарея была у 5 (20%), а запор лишь у 2 (8%) больных. Также у всех детей выявлена гепатомегалия до 6-7 см из-под правой рёберной дуги, сопровождающаяся у 16 больных (64%) метеоризмом умеренной степени. Со стороны общего анализа крови у 17 детей выявлена анемия средней степени (эритроциты в пределах $3,1-3,5 \times 10^{12}/л$; Hb 100-84 г/л). Со стороны биохимических показателей крови у всех обследованных пациентов выявлены изменения в виде повышения уровня общего билирубина в пределах 60,3-108,6 мкмоль/л в основном за счёт связанной фракции; повышение АлАт (до 190 Ед/л) и АсАТ (до 115,3 Ед/л); высокий уровень щелочной фосфатазы (до 1180 Ед/л); снижение уровня альбумина (до 29-33 г/л). Проведено фибросканирование печени 9 больным (36%), где результаты показали наличие фиброза печени у 4 (16%) F₃, у 5 больных (20%) F₁. Анализы крови на наличие вирусов гепатитов В и С: отрицательные результаты у 17 пациентов (68%), у 1 ребёнка (2,5%) выявлен вирус гепатита С, у 7 больных (28%) – положительный результат на наличие вируса гепатита В.

Выводы. Наиболее частыми факторами риска развития врождённой патологии печени у детей раннего возраста можно отнести генетическую предрасположенность, применение НПВС во время беременности, наличие вирусов из группы TORCH-комплекса. Полученные результаты диктуют необходимость усилить работу по диспансерному наблюдению беременных женщин акушер-гинекологами, неонатологами и семейными врачами с целью своевременного адекватного лечения будущих мам, но желательно без НПВС для профилактики возникновения врождённых заболеваний печени у детей.

Саидмурадова Г.М., Юсупов А.О., Каландарова М.А.

КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 ТИПА

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучить клинические и лабораторные особенности герпетической инфекции у детей, вызванной ВПГ-1.

Материал и методы исследования. Проведён анализ данных клинических проявлений и лабораторных показателей 47 детей с подтверждённой инфекцией ВПГ 1 типа. Этиологическая расшифровка ВПГ-1 проведена методом амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР). Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. При проведении исследования нами были оценены: возраст, клинические признаки заболевания, выраженность интоксикации и лихорадки, наличие поражений слизистых оболочек рта, кожи и наличие лимфаденопатии. Больные дети с ВПГ 1 типа были распределены на три возрастные группы: дети до 1 года - 5 (10,6%), от 1 до 3 лет - 22 (46,8%), от 4 до 7 лет - 20 (42,6%). Симптомы интоксикации в виде вялости, беспокойства и повышения температуры отмечались у всех (100%) детей, причём с высокой лихорадкой (до 39-40°C) - у 38 (80,8%), с фебрильной лихорадкой - у 9 (19,2%).

Кожный синдром, сопровождающийся везикулёзными высыпаниями с серозным содержимым, локализованные преимущественно на губах, крыльях носа и лице у 35 (74,5%) и чаще 28 (59,6%) у детей старшего возраста. Поражение слизистых в виде гингивита, проявляющийся острым герпетическим афтозным стоматитом, расположенного на дёснах, языке, внутренней поверхности щёк, твёрдом и мягком нёбе, сопровождающийся отёком слизистых рта и кро-

воточивостью дёсен, которые быстро вскрываясь, образовывали болезненные эрозии и сопровождались зудом, диагностировано у 24 (51,1%) детей раннего возраста, что из-за выраженной болезненности слизистых оболочек рта сопровождались отказом от еды и жидкости. Увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфатических узлов было отмечено у большинства 35 (74,5%) и чаще 32 (68,1%) детей старше года. У всех детей старшего возраста с ВПГ-1 заболевание сопровождалось герпетическим фарингитом, у 17 (36,2%) - тонзиллофарингитом.

В периферической крови у всех детей с ВПГ - 1 типа в остром периоде отмечены умеренная лейкопения, выраженный лимфоцитоз и моноцитоз, а с гингивитом, тонзиллофарингитом отмечена выраженная воспалительная реакция в виде лейкоцитоза, нейтрофилёза, повышения СОЭ и СРБ. Из числа детей с HSV-инфекцией 1 типа, у 31 (65,9%) одновременно отмечены положительные результаты на HSV-IgM и HSV-DNA низкий индекс авидности IgG до 30–40%, что свидетельствует об активной инфекции, у 10 (21,3%) - только положительный IgM, у 6 (12,7%) детей - вирусная ДНК и высокий индекс авидности более 50%, что показывает хроническое течение заболевания.

Вывод. Таким образом, клинико-лабораторные показатели больных детей, вызванные ВПГ-1 типа, напрямую зависели от формы заболевания с преобладанием острой инфекции (65,9%), над рецидивирующим течением (12,7%) и характеризовались выраженным клиническим полиморфизмом. Наиболее типичным проявлением первичного инфицирования являются симптомы интоксикации (100%), сопровождающиеся лихорадкой, острым герпетическим гингивостоматитом (51,1%) и болезненными поражениями слизистых оболочек полости рта и регионарной лимфаденопатией (74,5%), что дают возможность своевременно определить тактику лечения.

Саидмурадова Г.М., Назарова З.С., Исоева М.Ф.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Изучение клинических и лабораторных особенностей течения кори у детей первого года жизни.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 186 историй болезни детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет с лабораторно подтверждённой корью (выявление IgM к вирусу кори методом ИФА). У госпитализированных детей первого года жизни с корью были изучены клиническое течение и осложнения, а также данные лабораторных показателей. Статистическая обработка данных осуществлялась методами вариационной статистики.

Результаты исследования. В период эпидемической вспышки кори в 2022 году среди населения Республики Таджикистан было выявлено, что в инфекционные стационары г. Душанбе из 538 обратившихся детей были госпитализированы 391 (72,7%), и чаще 245 (62,5%) - городские жители, чем из сельской местности 146 (37,3%). Под наблюдением находились 45 госпитализированных детей первого года жизни с корью. Все дети не получили вакцинацию от кори по возрасту.

У 22 (48,9%) детей отмечено типичное клиническое течение заболевания, с характерным инкубационным периодом от 8 до 17 дней, наличием в продроме симптомов катара верхних дыхательных путей, белесоватых пятен Бельского–Филатова–Коплика на слизистых щёк, губ, высокой лихорадкой у 12 (54,5%) и фебрильной - у 13 (59,1%) детей, а также в периоде появления в течении трёх суток макуло-папулёзных высыпаний. У 23 (51,1%) детей первого года жизни заболевание протекало атипично, с укорочением (до 2 - 3 дней) продромального периода, слабо выраженными катаральными симптомами и интоксикацией. Характерная пятнисто - папулёзная сыпь не имела этапности и началась с туловища, живота и переходила на лицо и шею, с укорочением до двух суток времени высыпания и переходом сыпи в обильное шелушение. Но, независимо от течения заболевания, у всех (100%) детей первого года жизни отмечались осложнения, причём со стороны дыхательных путей были отмечены у всех детей, у 39 (86,7%) - была диагностирована пневмония, у 14 (42,1%) - ларинготрахеит, у 6 (13,3%) детей - бронхит. Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в виде энтероколита диагностировано у всех (100%) детей, стоматита - у 14 (31,1%), афтозно-язвенного стоматита - у 7 (15,5%) детей. Энтероколит у 26 (57,8%) детей сопровождался тяжёлой степенью обезвоживания, Поражение ЦНС сопровождалось у 10 (22,2%) детей нейротоксикозом с превалированием судорожного синдрома - у 8 (17,7%), энцефалита - у 6 (13,3%), менингоэнцефалита - у 4 (8,8%) детей. Средняя длительность стационарного лечения у всех детей с осложнённым течением кори составила $7 \pm 2,3$ койко-дней. В общем анализе крови всех детей в первые дни заболевания отмечена лейкопения (3,5-4,2 лейкопения).

Вывод. Таким образом, в период эпидемической вспышки заболевания, клинические признаки кори у детей первого года и раннего возраста протекали атипично, но с присоединением осложнений в виде пневмонии у 75%, ларинготрахеита - у 33,3%, бронхита - у 3 (25%), энтероколита (72,7%) и поражением нервной системы (45,4%). У детей старшего возраста корь протекала типично с превалированием поздних осложнений в виде энтероколита (57,1%), пневмоний (58,3%), ларингитов (50%).

Саидмурадова Г.М., Назарова З.С. Нилуфари Киёмиддин

ТАЪЛИЛИ САБАБЪОИ ФАВТИ КЎДАКОН ДАР БЕМОРХОНАЪОИ СИРОЯТИИ ШАЪРИ ДУШАНБЕ ДАР ШАРОИТИ АВЪЛИ БЕМОРИИ СУРХЧА

(дар асоси маводъои беморхонаъои сироятии ш.Душанбе)

Кафедраи бемориҳои сироятии кӯдакони МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино. Тоҷикистон.

Мақсади таъкикот. Омӯзиши сабабҳои фавти кӯдакон дар беморхонаҳои сироятии шаъри Душанбе дар шароити аввали бемории сурхча.

Маводҳо ва усулҳои таъкикот. Дар омӯзиши сабабҳои фавти кӯдакон аз ҳулосаҳои таълили нӯъмонҳои соли

Самиева Н.Ш.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДИАРЕЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И СВЯЗЬ СО СТЕПЕНЬЮ ДЕГИДРАТАЦИИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить характер и частоту электролитных нарушений у детей с острой диареей и определить их взаимосвязь со степенью дегидратации и тяжестью клинического течения заболевания.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 124 детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, госпитализированных с острой диареей в детские отделения МД МТ «Истиклол» г. Душанбе в 2024-2026 гг. Оценивали возраст, продолжительность заболевания до госпитализации, частоту жидкого стула и рвоты, температуру тела, клинические признаки дегидратации, диурез и нутритивный статус. Лабораторное обследование включало определение концентрации натрия (Na), калия (K), хлора (Cl), глюкозы, мочевины и креатинина в сыворотке крови. При наличии показаний оценивали кислотно-основное состояние. По степени дегидратации, дети были распределены на три группы: без клинически значимой дегидратации-37 (29,8%), с умеренной -62 (50,0%) и тяжёлой-25 (20,2%) детей.

Результаты исследования. Электролитные нарушения различной степени выявлены у 57 (46,0%) обследованных детей. Частота их обнаружения увеличивалась по мере нарастания дегидратации: от 18,9% у детей без клинически значимого обезвоживания до 45,2% при умеренной и 88,0% при тяжёлой дегидратации. Наиболее частым нарушением являлась гипонатриемия, установленная у 31 (25,0%) ребёнка. При тяжёлой дегидратации снижение уровня Na^+ отмечалось у 13 (52,0%) пациентов, тогда как при умеренной-у 15 (24,2%). Гипокалиемия выявлена у 26 (21,0%) детей и также чаще наблюдалась при тяжёлом обезвоживании у 11 (44,0%) пациентов. Гипернатриемия встречалась значительно реже-у 7 (5,6%) детей. Сочетанные нарушения содержания натрия и калия преимущественно регистрировались у пациентов с повторной рвотой, частотой жидкого стула более 6 раз в сутки и длительностью заболевания более 3 суток до госпитализации. У детей с выраженными электролитными нарушениями чаще наблюдались вялость, тахикардия, олигурия и нарушение периферической перфузии. Метаболический ацидоз выявлен у 15 (60,0%) детей с тяжёлой дегидратацией. Средняя продолжительность стационарного лечения увеличивалась в зависимости от степени обезвоживания и выраженности электролитных нарушений и составила $4,2 \pm 1,3$ суток у пациентов без значимой дегидратации, $5,8 \pm 1,7$ суток при умеренной и $7,6 \pm 2,1$ суток при тяжёлой дегидратации.

Выводы. Электролитные нарушения являются частым осложнением острой диареи у детей и имеют выраженную связь со степенью дегидратации. Наиболее характерными изменениями являются гипонатриемия и гипокалиемия, частота которых существенно возрастает при тяжёлом обезвоживании. Повторная рвота, высокая частота жидкого стула и поздняя госпитализация ассоциируются с повышенным риском электролитных нарушений. Определение Na^+ и K^+ у детей с умеренной и особенно тяжёлой дегидратацией имеет важное значение для своевременной коррекции водно-электролитного баланса и выбора оптимальной регидратационной терапии.

Сатторов С.О., Нурматова Г.С.

ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

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

Цель исследования. Выявить особенности половой структуры зарегистрированных случаев гепатита А у детей 5–14 лет посредством сравнительной оценки абсолютного числа и удельного веса случаев среди мальчиков и девочек за исследуемые периоды 2025 и 2026 годов.

Материал и методы. Использованы статистические сведения и истории болезни Региональной клинической инфекционной больницы Дангаринского района. В представленном за семь месяцев массиве 2025 года учтены 28 случаев с диагнозом гепатита А, в массиве 2026 года - 64. Анализировались учётные случаи, а не независимо подтверждённые в рамках исследования новые инфекции. Для каждого массива рассчитаны доли по полу; разность и отношение объёмов представлены как арифметические характеристики. Периоды рассмотрены как два отдельных учётных массива; временной тренд не оценивался.

Результаты исследования. В массиве 2025 года девочкам соответствовали 13 записей (46,4%), мальчикам - 15 (53,6%). В массиве 2026 года - 21 (32,8%) и 43 (67,2%) соответственно. Второй массив содержал на 36 записей больше первого. Отношение объёмов составило 2,29; арифметическая разность относительно объёма первого массива - 128,6%. Эти величины описывают предоставленные сведения и не обозначают темп роста популяционной заболеваемости.

Выводы. Таким образом, увеличение объёма второго массива сопровождалось большей долей записей о мальчиках. Половая структура учёта зависит как от числа обращений, так и от охвата диагностикой и правил регистрации. В двух больничных массивах преобладали записи о мальчиках; их доля составляла 53,6% и 67,2%.

Сатторова А.П., Кузibaева Н.К.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить уровни биомаркеров у новорождённых, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных НМЦ «Шифобахш» за период 2020-2022 гг. Все дети родились из условий хронической внутриутробной гипоксии с отягощенным акушерским анамнезом. Девочек было 25, мальчиков-35. В отделении было проведено клиничко-лабораторное и био-, иммунологическое обследование, осмотры профильных специалистов. Для сравнения уровня показателей биомаркеров была набрана группа здоровых детей-30. Установлена степень ГИЭ. Статистический анализ полученных массивов данных выполнялся с применением программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты исследования. Для установления факторов риска формирования гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) у новорожденных (60, 100%), всем матерям было проведено анкетирование. В результате анкетирования были выявлены факторы риска хронической внутриутробной гипоксии плода (60,100%). Также выявлено осложненное течение перинатального периода (24,40%). Один новорожденный, родившийся и находившийся в крайне тяжелом состоянии, скончался на вторые сутки. У 40 (66,6%) детей определены последствия перенесенной хронической внутриутробной гипоксии плода в виде неврологических нарушений: нервно-психические и когнитивные нарушения – 40 (66,6%), судорожный синдром – 35 (58,3%), гипертензионно-гидроцефальный синдром – 45 (75%), микроцефалия – у 1 ребенка. Необходимо отметить, что часто у детей проявлялись несколько синдромов.

При сравнительном анализе иммунологических показателей выявлены следующие изменения в зависимости от степени поражения ЦНС. Уровень IL-1 β и IL-6 был повышен (20; 38) по сравнению с показателями группы здоровых детей (7, 17). У детей с тяжелым поражением ЦНС выявлены более высокие уровни: IL-1 β - 27; по IL-6 — 48; по IL-8 — 15; по IL-18 — 39.

Выводы. Таким образом, при развитии гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных из условий хронической внутриутробной гипоксии плода установлено повышение уровня IL-1 β и IL-6 в сыворотке крови.

Сатторова А.П., Кузibaева Н.К.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности клиничко-инструментальных и лабораторных показателей у детей раннего возраста с фебрильными судорогами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, за период 2022–2024 гг. получавших лечение в детском отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» с различными соматическими заболеваниями. Мальчиков было 16, девочек-14. Контрольную группу составили 30 условно здоровых детей, которые не имели в анамнезе фебрильные судороги. Критерии включения: наличие в анамнезе фебрильных судорог. Всем детям в отделении было проведено клиничко-инструментальное и лабораторное обследование, консультация профильных специалистов. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты исследования. Для выявления причин возникновения фебрильных судорог у детей, всем матерям обследуемой группы (100%) был проведен тщательный сбор акушерского анамнеза. Анализ проведенных исследований показал, что у матерей обследуемой группы детей в анамнезе выявлены факторы риска, приводящие к развитию плода в условиях хронической внутриутробной гипоксии. Самыми частыми были анемия (93,3%), заболевание мочевыделительной системы (86,6%). Также были выявлены осложнения во время беременности (50%), и родов (33,3%). У части детей (33,3%) установлено сочетание нескольких факторов риска. Так как все дети находились в отделении с определенным заболеванием, им были проведены лабораторно-инструментальные исследования. Для исключения эпилептиформной активности, проводили ЭЭГ. На ЭЭГ ни у одного ребенка не было выявлено эпилептиформной активности (100%). Отмечались лишь транзиторные изменения основной активности головного мозга (60%). На электрокардиограмме выявлены метаболические изменения (26,66%), нарушения ритма и проводимости (50%), и нормальная ЭКГ (23,4%). В лабораторных анализах выявлены в основном гипокальциемия (33,3%) и гиперхлоремия (26,6%). Изменения в общем анализе крови не выявили особых изменений, так как дети были госпитализированы по поводу основного соматического заболевания.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что основными показателями у детей с фебрильными судорогами явились гипокальциемия и гиперхлоремия, а также изменения на ЭЭГ.

Султонбеков Н.С., Исмоилов К.И., Зайнуддинова П.К.

СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНОГО И КАЛЬЦИЕВОГО ГОМЕОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

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

Цель исследования. Изучить особенности фосфорного и кальциевого гомеостаза у недоношенных новорожденных с внутриутробными инфекциями.

Материал и методы. В отделении неонатологии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с октября по май месяц 2026 года под нашим наблюдением было 14 недоношенных детей в возрасте от 8 суток до 27 дней, которые были госпитализированы с диагнозом внутриутробная инфекция. Контрольную группу составили 10 недоношенных новорожденных того же возраста, без признаков внутриутробной инфекции. Среди пациентов было 5 девочек и 9 мальчиков. Из общего количество больных 2 детей были с экстремально низкой массой тела 7 новорожденных - очень низкой массой тела и 5 - низкой массой тела. Детям были проведены следующие методы исследования: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма, биохимический анализ, ИФА крови на TORCH-инфекцию с определением Ig M и G, бактериологический

посев крови, ВИЧ-СПИД, гепатит В и С, а также рентген грудной клетки и УЗИ внутренних органов.

Результаты исследования. На момент поступления состояние детей было тяжёлым. У 10 пациентов фиксировалось тахипноэ, частота дыхания выше 60, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, акроцианоз, наличие хрипов и снижение проводимости воздуха при аускультации. По таблице Сильвермана у 6 детей с гестационным возрастом до 34 недель сумма баллов достигала выше 7, что соответствовало тяжёлой степени синдрома дыхательных расстройств. У 8 детей при осмотре визуализировалась желтушность кожных покровов, которая по шкале Крамера достигала 4 зоны. Также у детей с желтухой отмечалась гепатомегалия от 3 см до 7 см из-под края рёберной дуги. У всех детей с тяжёлой дыхательной недостаточностью на рентгенограмме зафиксировано снижение воздушности лёгких, купол диафрагмы соответствовал 6-7 межреберью, визуализировались участки затемнений по типу интерстициальной пневмонии. В лабораторных исследованиях: ОАК- уровень Нб от 100 до 130 г/л, эр- от 3.00 до $4,7 \cdot 10^{12}$, лейкоц.- от 8 до $37 \cdot 10^9$, в коагулограмме у 2 детей была отмечена гипокоагуляция (фибрин-7,0, фибриноген-155,0). Биохимия: у детей с желтушностью уровень общего билирубина достигал 200-280 мкмоль/л, у 66,6% новорожденных отмечено повышение СРБ – от 26 до 106 мг/л, также отмечено значительное снижение уровня Са в крови, который достигал от 1,80-1,88 ммоль/л, Р был в нормальном диапазоне от 1,0 до 1,1 ммоль/л. При определении ИФА крови на TORCH-инфекцию с определением Ig M и G, результаты оказались положительными на герпес - у 8 детей, и у 4 пациентов - на ЦМВИ и у 2-на хламидиоз. Было повышение не только IgG (от 1:600 до 1:1200), но и значительное повышение IgM (от 1:100 до 1:200). У больных с врожденной герпесвирусной инфекцией клиника проявлялась желтушностью. При ЦМВИ и хламидиозной инфекции отмечалась клиника интерстициальной пневмонии. При нейросонографии у всех больных отмечено диффузное гипоксическое изменение структур головного мозга; у двух детей с врожденной ЦМВИ отмечено увеличение размеров желудочков мозга (от 0,6 до 0,8 см). У детей в контрольной группе было замечено небольшое снижение уровня Са-1,96-2,10 ммоль/л; остальные результаты лабораторных данных соответствовали нормальному значению.

Вывод. Результаты нашего исследования показали, что у детей с ВУИ уровень общего кальция оказался умеренно сниженным, тогда как в контрольной группе снижение было менее выраженным. При этом уровень фосфора оставался в пределах нормальных значений. Полученные результаты указывают на необходимость контроля кальциево-фосфорного обмена у недоношенных детей с внутриутробными инфекциями.

Табарова Н.Б.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.дж.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить распространенность обмена мочево́й кислоты (гиперурикемия) у детей с заболеваниями почек.

Материалы и методы. В исследование было включено 94 пациента 10-17 лет ($14,5 \pm 0,4$ лет) за период 2023-2025 гг. с заболеваниями почек. В условиях стационара было проведено комплексное обследование. По результатам обследования пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 24 ребенка, у которых уровень мочево́й кислоты в сыворотке крови был выше 360 мкмоль/л, вторую группу сравнения (контрольную) составили 70 детей с нормальным уровнем мочево́й кислоты (120–320 мкмоль/л).

Результаты исследования. Диагностически гиперурикемия установлена у 15,4% (28) детей, что составило менее четверти от всех обследованных лиц. Проводился анализ распространенности гиперурикемии в зависимости от нозологической формы патологии почек. Вторичная гиперурикемия регистрировалась у 5,12% (9) детей с нефритом смешанного генеза; у 3,0% (5) – с мочекаменной болезнью; у 13,09% (16) – с вторичной артериальной гипертензией. Первичное нарушение обмена мочево́й кислоты, генетически детерминированное, осложненной хронической болезнью почек 2-3 стадии.

Выводы. Таким образом, выявленная гиперурикемия в сыворотке крови у определенной части детей с заболеваниями почек свидетельствует о нарушении обмена мочево́й кислоты.

Табарова Н.Б.

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.дж.

ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Анализ клинических и лабораторно-инструментальных показателей заболеваний, сопровождающихся фебрильными судорогами у детей, разработка лечебно-диагностической тактики оказания неотложной помощи.

Материалы и методы. В исследование включили 98 ребенка (мальчиков — 56, девочек — 42) с диагнозом: фебрильные судороги (по МКБ-10: R56.0), госпитализированных в стационар в период с 2024 по 2025 г. Проведен анализ историй болезни пациентов: анамнеза, клинических проявлений, этиологических факторов, лабораторных, инструментальных методов диагностики, терапии на госпитальном этапе.

Результаты исследования. При анализе было выявлено, что преобладали мальчики — 57%. Возрастная структура: от 6 месяцев до 6 лет — 88%, 1–3 года — 43,2% (с пиком заболеваемости 1,5 года), 2 пациента возрасте от 1 до 6 месяцев, 10 — старше 6 лет. Первый эпизод ФС — в 61,7%, повторные — у 28,2%. Простые ФС — в 70,6%, сложные (атипичные) — в 19,4%. Простые судороги у детей до 3 лет проявлялись генерализованными клоническими

приступами, у старших — тонико-клоническими (продолжительность — от 1–2 до 15 мин). В момент приступа отмечались апноэ, цианоз, в постприступном периоде — дезориентация в пространстве и времени, сонливость. Для атипичных (сложных) ФС характерно развитие длительных приступов с односторонним преобладанием, асимметрией моторных и клонических подергиваний. Фебрильные судороги развивались на фоне инфекции верхних дыхательных путей (50%), отита (15%), пневмонии (19%), гастроэнтерита (27%), герпетической инфекции (5%). У 2 пациентов в поствакцинальном периоде. ЭЭГ — без изменений в 72%, общемозговые изменения — в 2,1%, легкое замедление основной активности — в 7,2%, в теменно-затылочной области — в 2,9%, эпилептиформная активность — в 16,4%. При повторных сложных ФС на ЭЭГ сна эпилептиформной активности не выявлено.

Выводы. Отсутствие протоколов обследования и лечения пациентов с диагнозом «фебрильные судороги» создает сложности в курации педиатрами и инфекционистами данной категории пациентов.

Тажиева З.У., Маткаримова А.А., Курбанбаева Р.У.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ

Кафедра педиатрии Медицинского института Каракалпакстана, Узбекистан

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось изучение клинических и иммунологических особенностей респираторных аллергозов у детей, проживающих в Приаралье, а также оценка возможностей повышения эффективности их ранней диагностики.

Материалы и методы. Для оценки распространенности аллергической патологии был выполнен анализ официальных статистических данных по детскому населению Республики Каракалпакстан за период 2015–2022 гг., включивший 2847 зарегистрированных случаев аллергических заболеваний. Клиническая часть исследования охватила 419 детей в возрасте от рождения до 18 лет с подтвержденной аллергической патологией. Аллергологическое обследование проводилось с использованием системы PROTIA Allergy-Q96M, позволяющей определять специфические IgE-антитела к широкому спектру аллергенов. Дополнительно исследовали показатели гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG, общий IgE) и концентрации цитокинов IL-4 и IL-10.

Результаты исследования. Проведенный анализ свидетельствует о существенном увеличении распространенности аллергических заболеваний среди детского населения Каракалпакстана. За исследуемый период показатель вырос на 51,1%, увеличившись с 26,2 до 39,6 случая на 1000 детей. В структуре выявленной патологии наибольшую долю составили бронхиальная астма (31,3%), аллергический бронхит (26,0%), атопический дерматит (17,2%) и крапивница (17,2%). Изучение спектра сенсибилизации показало преобладающую роль пылевых аллергенов сорных растений, которые определялись более чем у половины обследованных пациентов. У большинства детей (72,7%) выявлена полисенсибилизация, что свидетельствует о высокой аллергической нагрузке и сложности клинического течения заболевания.

Статистический анализ продемонстрировал наличие значимой связи между уровнем экологической нагрузки региона и степенью тяжести бронхиальной астмы ($rs=0,58$; $p<0,001$). Кроме того, установлена корреляция между частотой обострений заболевания и возникновением пылевых бурь ($rs=0,71$; $p=0,031$). Иммунологические исследования выявили повышение содержания общего IgE, а также цитокинов IL-4 и IL-10, что указывает на активацию Th2-зависимых механизмов иммунного ответа. Максимальные значения общего IgE регистрировались у пациентов с бронхиальной астмой.

Заключение. Для детского населения региона Приаралья характерны высокая распространенность респираторных аллергических заболеваний, раннее развитие пылевой сенсибилизации и существенное влияние экологических факторов на течение аллергического процесса. Применение современных лабораторных технологий аллергодиагностики, в частности системы PROTIA Allergy-Q96M, способствует более раннему выявлению аллергической патологии, повышению качества диагностики и совершенствованию маршрутизации пациентов в системе первичной медико-санитарной помощи.

Толибов А.Х., Ходжаева Н.М., Салимов А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить современные клиничко-эпидемиологические особенности амелиаза у детей, определить основные факторы передачи инфекции и охарактеризовать диагностические проблемы заболевания.

Материал и методы исследования. Проведён аналитический обзор современных научных публикаций, систематических исследований и эпидемиологических данных по амелиазу у детей. Особое внимание уделено распространённости *E. histolytica*, клиническим проявлениям, условиям водоснабжения и санитарии, а также современным подходам к лабораторной диагностике.

Результаты исследования. Амелиаз наиболее тесно связан с небезопасным водоснабжением, неудовлетворительной санитарией и недостаточным соблюдением гигиенических мероприятий. В исследовании, проведённом среди 602 школьников *E. histolytica* /*E. dispar* выявлена у 25,9% обследованных детей; при этом почти половина домохозяйств использовала для питья воду из незащищённых источников - оросительных каналов, рек и незащищённых колодцев. Защищённый источник воды ассоциировался со снижением риска выявления *E. histolytica* /*E. dispar*.

Клинически кишечный амелиаз характеризуется диареей с примесью крови и слизи, схваткообразными болями в

животе и тенезмами; температура может отсутствовать или быть умеренно повышенной. При тяжёлом течении возможны выраженное поражение толстой кишки, обезвоживание и редкие жизнеугрожающие осложнения, включая фульминантный некротизирующий колит и токсический мегаколон.

Существенной проблемой остаётся лабораторная верификация диагноза. При микроскопическом исследовании *E. histolytica* может быть неотличима от морфологически сходных *E. dispar*, что создаёт риск гипердиагностики амёбиаза. Поэтому при возможности необходимо использовать методы, позволяющие проводить видовую идентификацию возбудителя.

Вывод. Амёбиаз у детей сохраняет эпидемиологическую значимость, особенно в условиях недостаточного качества питьевой воды и санитарно-гигиенической инфраструктуры. Полученные в Таджикистане данные свидетельствуют о существенной распространённости *E. Histolytica* /*E. dispar* среди школьников и подчёркивают роль безопасного водоснабжения в профилактике инфекции. Клиническая настороженность должна быть особенно высокой при длительной диарее с кровью и слизью, болях в животе и тенезмах. Совершенствование лабораторной диагностики, улучшение качества питьевой воды, санитарно-гигиеническое обучение детей и семей являются основными направлениями профилактики и снижения заболеваемости.

Тошпулатова Г.О.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ИИ-СИСТЕМЫ В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: КОНЦЕПЦИЯ АДАПТИВНОГО ПОДБОРА КОРРЕКЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

Кафедра «Неврологии, детской неврологии и медицинской генетики»
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Разработать концептуальную модель применения технологий искусственного интеллекта (ИИ) для персонализированного подбора и адаптации когнитивных заданий у детей с неврологической патологией с учётом возраста, исходного когнитивного профиля и индивидуальной динамики выполнения.

Материалы и методы. Исследование имеет концептуально-методологический характер. На данном этапе клиническая апробация, обучение алгоритмов на данных пациентов и программная реализация системы не проводились. На основании анализа принципов нейропсихологической оценки, когнитивной коррекции и адаптивного обучения сформирована концептуальная модель цифровой системы. В качестве оцениваемых когнитивных доменов определены внимание, рабочая память, скорость обработки информации, исполнительные и зрительно-пространственные функции, память и обучение; при необходимости – речь и когнитивная гибкость. Параметрами адаптации нагрузки являются возраст, исходный уровень выполнения, сложность задания, точность, количество ошибок, время реакции, признаки утомления и динамика предыдущих тренировочных сессий.

Результаты исследования. Сформирована модель адаптивной когнитивной коррекции, предусматривающая первичную оценку когнитивных функций, формирование индивидуального профиля, определение приоритетных дефицитарных доменов и последующий динамический подбор тренировочных заданий. Изменение сложности предполагается осуществлять на основании текущих показателей выполнения: при достижении установленного критерия успешности нагрузка постепенно повышается, тогда как при увеличении количества ошибок, снижении точности или появлении признаков утомления предусматривается её снижение, изменение формата задания или увеличение количества повторений. Таким образом, тренировочная программа адаптируется не только к возрасту и исходному уровню ребёнка, но и к индивидуальной скорости освоения навыка. В модели предусмотрен модуль ориентировочного прогнозирования количества тренировочных сессий, необходимых для достижения заданного целевого уровня, с последующим пересчётом прогноза по мере накопления индивидуальных данных. Например, при выполнении задания на рабочую память с точностью 90% для последовательности из 4 элементов, 60% для 5 элементов и 20% для 6 элементов предполагается постепенное увеличение нагрузки от 4–5 до 6 элементов после достижения установленного критерия успешности. Данный пример является иллюстративным и не представляет эмпирических результатов.

Вывод. Предложена концептуальная модель адаптивной ИИ-системы, ориентированная на персонализацию когнитивной коррекции и объективизацию мониторинга динамики когнитивных функций у детей с неврологической патологией. ИИ рассматривается как инструмент поддержки специалиста, не заменяющий клиническую оценку врача и нейропсихолога. Эффективность, безопасность и прогностическая точность модели требуют последующей проверки в пилотном исследовании и клинической валидации.

Туробова З.Н., Кузibaев А.К.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить особенности нутритивного статуса у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Исследование включало оценку индекса массы тела у 1200 детей 6–18 лет с различной соматической патологией, включая 50 детей с бронхиальной астмой, за период 2023–2024 гг. поликлинике Дангаринского района. У отдельной группы из 25 детей с бронхиальной астмой и жалобами на нарушения пищевого поведения выполняли биоимпедансометрию. Схема включения пациентов представляла собой сплошную выборку детей (N = 1200) в возрасте 6–18 лет с различной соматической патологией (рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма, атопический дерматит, полиноз, хронический пиелонефрит и др.), из которых сформирована целевая группа больных бронхиальной астмой (БА) (n = 50). Все пациенты находились под наблюдением специалистов по основному заболеванию. На первом этапе из 50 детей с БА в подгруппу углубленного анализа было отобрано 25 пациентов, имевших

жалобы на расстройства пищевого поведения, что послужило показанием для инструментальной оценки состава тела. В качестве референсных диапазонов жировой массы использовали возрастнo-половые перцентильные шкалы, где нормальным уровнем считались показатели в диапазоне от 10-го до 85-го перцентиля, а критерием скрытого (латентного) избытка жировой массы — превышение 85-го перцентиля процента жировой ткани при нормальных или сниженных значениях SDS IMT (от -1 до +1 z-score и ниже). Статистический анализ включал расчет абсолютных чисел (n), долей в процентах (%) и 95% доверительных интервалов (95% ДИ) по методу Клоппера–Пирсона.

Результаты исследования. Анализ проведенного исследования показал, что в изучаемой медицинской документации из общей выборки обследованных детей (n = 1200), ожирение в качестве самостоятельной патологии в направительном диагнозе было указано у 10 пациентов (0,83%; 95% ДИ: 0,45–1,50), в качестве коморбидного состояния — у 12 детей (1,00%; 95% ДИ: 0,58–1,74), в том числе у 7 из 50 детей с БА (14,0%; 95% ДИ: 6,9–25,8). По результатам стандартизированного расчета SDS IMT ($> 2,0$ z-score), избыток массы тела и ожирение верифицированы у 32 из 1200 детей общей выборки (2,67%; 95% ДИ: 1,90–3,67). В группе детей с БА (n = 50) при анализе распределения показателей SDS IMT в подгруппе углубленного анализа (n = 25) получены следующие данные: нормальные показатели (от -1 до +1 z-score) — у 6 пациентов (24,0%); показатели ниже нормы (SDS IMT < -1) — у 2 пациентов (8,0%); показатели выше нормы (SDS IMT $> 2,0$ z-score) — у 7 пациентов (28,0%). Биоимпедансометрия была выполнена 25 пациентам из группы БА, имевшим показания для углубленной оценки состава тела и жалобы на нарушения пищевого поведения. Повышенный показатель жировой массы выявлен у 16 из 25 обследованных детей с БА (64,0%). При этом у части пациентов нормальные антропометрические показатели SDS IMT маскировали избыток жировой ткани, что позволило диагностировать «латентное» ожирение, не выявляемое при стандартной антропометрии.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали значительную частоту скрытых нарушений нутритивного статуса у детей с бронхиальной астмой (ожирение как коморбидное состояние по документации отмечено у 14% пациентов этой группы). Индекс массы тела для возраста и пола остается основным скрининговым инструментом, однако оценка состава тела методом биоимпедансометрии существенно дополняет его, позволяя выявлять латентные формы избытка жировой массы. На этапе реабилитации таких больных целесообразно уточнять показатели нутритивного статуса для проведения своевременной диетической коррекции.

Улугова Х.Т., Лим М.В.

СТРУКТУРА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра 1-Педиатрии и неонатологии СамГМУ. Узбекистан

Цель исследования. Разработка методов комплексной мультимодальной реабилитации бронхиальной астмы (БА) у детей с ожирением.

Материал и методы. Обследованы 120 детей с диагнозом бронхиальная астма и ожирение в возрасте от 7 до 12 лет: I группа - 60 детей с БА на фоне ожирения, II группа - 60 больных БА без ожирения. Обследование и лечение проведено в Самаркандском ОДМППЦ и Самаркандском областном эндокринологическом диспансере. Больные I группы были разделены на 2 подгруппы: Ia подгруппа (30 детей) – получала разработанный нами комплекс мультимодальной реабилитационной программы БА у детей с ожирением; Ib подгруппа (30) – получала реабилитационную программу согласно стандартным протоколам. Исследованы и анализированы метаболический и липидный профили, данные биоимпедансометрии, показатели внешнего дыхания, дистанция шестиминутного теста ходьбы, частота обострений и самочувствие по опроснику качества жизни.

Результаты исследования. Реабилитация больных с БА и ожирением направлена на уменьшение респираторных симптомов и на коррекцию факторов, поддерживающих неконтролируемое течение заболевания. Цель мультимодальной реабилитационной программы - повышение уровня контроля БА, увеличение функциональных резервов дыхательной и сердечно-сосудистой систем, снижение метаболической нагрузки, формирование устойчивых двигательных и пищевых привычек и обучение семьи навыкам безопасного самоконтроля заболевания. Программа включала 4 взаимосвязанных модуля: дыхательно-респираторный, двигательный, нутритивно-метаболический и психообразовательный модуль семейного самоконтроля, каждый из которых применялся в составе единого реабилитационного маршрута. Дыхательно-респираторный модуль обеспечивал нормализацию дыхательного паттерна, снижение одышки и подготовку ребёнка к физической активности. Двигательный модуль направлен на уменьшение гиподинамии и улучшение переносимости нагрузки. Нутритивно-метаболический модуль обеспечивал коррекцию пищевого поведения, снижение избыточной жировой массы. Психообразовательный модуль семейного самоконтроля формировал приверженность ребёнка и родителей к выполнению программы, обучал распознаванию симптомов БА и обеспечивал обратную связь с лечащим врачом. При поступлении тяжелое течение БА отмечалось у 23,3% больных, частые приступы имелись у 43,3%, число госпитализаций более 3 раз в год зарегистрировано у 43,3% детей, физическая активность была ограничена 40,0% больных. После выписки из стационара нами проводилось динамическое катamnестическое наблюдение в течение 12 месяцев с оценкой исходных показателей. К 6-му месяцу наблюдения программа дала выраженный антиатерогенный эффект и улучшила метаболический статус. Через 12 месяцев в подгруппе Ia, проходившей мультимодальную реабилитацию, выявлено значительное улучшение субъективного статуса и снижение обострений болезни. У пациентов Ia группы средний интегральный показатель «Asthma Prediction Tool» составил $5,22 \pm 0,21$ балла, а количество зарегистрированных астматических приступов за год уменьшилось до $2,28 \pm 0,18$ эпизода, а у детей контрольной подгруппы Ib, находившихся на стандартной программе почти показатели не изменились и составили соответственно $7,24 \pm 0,31$ балла и $7,52 \pm 0,28$ случая ($P < 0,001$), что свидетельствует о более высоком качестве жизни и лучшем контроле симптомов заболевания при применении мультимодальной реабилитации. Полученные данные подтверждают, что мультимодальное вмешательство обеспечивает стойкое клиническое улучшение.

Выводы. Таким образом, предложенный комплекс из дыхательной гимнастики, низкоударной аэробной активности, гипокалорийного рациона и родительского мониторинга обеспечивает выраженный антиатерогенный и метаболический эффект, снижает висцеральное ожирение, улучшает легочные функции и физическую работоспособность, сокращает частоту обострений БА в течение года. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности внедрения мультимодальной программы в педиатрическую практику как дополнения к стандартной терапии.

Файзуллаева Х.Б.

БИОХИМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Кафедра биологической химии Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан.

Цель исследования. Оценить особенности биохимического и метаболического профиля новорождённых с постгипоксическим синдромом, родившихся при осложнённом течении беременности и родов, и определить диагностическую значимость выявленных изменений для оценки ранней постнатальной адаптации.

Материал и методы. Проведено сравнительное наблюдательное исследование 80 новорождённых со сроком гестации 36–40 недель на базе родильного отделения №1 города Самарканда. Основную группу составили 60 новорождённых с постгипоксическим синдромом, родившихся от матерей с осложнённым акушерско-гинекологическим анамнезом; группу сравнения – 20 клинически здоровых новорождённых. Оценивали состояние по шкале Апгар, кислотно-основное состояние и дефицит оснований. В биохимическом профиле определяли общий белок, мочевины, креатинин, глюкозу, билирубин, лактат, активность АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК, ЩФ и С-реактивный белок, а также TSH, T4 и cortisol. Раннюю постнатальную адаптацию оценивали по динамике массы тела и особенностям грудного вскармливания. Статистический анализ выполняли в IBM SPSS Statistics; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У новорождённых с постгипоксическим синдромом выявлен комплекс метаболических нарушений, отражающих затруднение ранней постнатальной адаптации. Наиболее выраженные изменения касались показателей кислотно-основного состояния и тканевой гипоксии. Повышение уровня лактата было статистически значимым ($p = 0,002-0,003$) и свидетельствовало об усилении анаэробного гликолиза в условиях недостаточной оксигенации тканей. Гипопротеинемия выявлялась у 24,6% новорождённых основной группы против 10,4% в группе сравнения ($\chi^2 = 6,12$; $p = 0,012$). При этом установлена прямая корреляционная связь между уровнем общего белка и выраженностью первоначальной потери массы тела ($r = 0,682$; $p = 0,001$). Гиперкреатининемия регистрировалась у 50,0% новорождённых с постгипоксическим синдромом и только у 15,0% детей группы сравнения ($\chi^2 = 7,58$; $p = 0,0059$), что указывало на более частое вовлечение почек в системный метаболический ответ на гипоксию. Эпизоды гипогликемии наблюдались у 36,7% детей основной группы против 25,0% в контроле, однако различия не достигали статистической значимости ($p = 0,339$). В гормональном профиле отмечалось снижение концентрации T4 по сравнению со здоровыми новорождёнными ($p = 0,024-0,038$), что отражало особенности эндокринной адаптации после гипоксического воздействия. На 5–6-е сутки жизни гипербилирубинемия выявлялась у 68,2% новорождённых основной группы против 42,8% в группе сравнения ($\chi^2 = 10,26$; $p = 0,0004$). Нарушения биохимической адаптации сопровождалась более выраженной первоначальной потерей массы тела – $5,6 \pm 0,46\%$ против $3,9 \pm 0,46\%$ ($p = 0,005$). Продолжительность периода снижения массы составляла $7,5 \pm 0,25$ против $3,1 \pm 0,44$ суток ($p = 0,019$), а восстановление исходной массы происходило позднее – через $13,6 \pm 0,46$ против $10,2 \pm 0,54$ суток ($p = 0,034$).

Выводы. Постгипоксический синдром у новорождённых, родившихся при осложнённом течении беременности и родов, сопровождается взаимосвязанными нарушениями кислотно-основного состояния, тканевой оксигенации, белкового, билирубинового и эндокринного обмена, а также признаками возможного вовлечения почек. Наиболее выраженные лабораторные изменения включают повышение лактата, гипопротеинемии, гиперкреатининемии, гипербилирубинемии и снижение T4. Эти изменения сочетаются с большей первоначальной потерей массы тела и замедленным её восстановлением, что подтверждает диагностическую значимость комплексного биохимического мониторинга для оценки ранней постнатальной адаптации.

Файзуллоев Н.¹, Ходжаева Н.М.²

ОСОБЕННОСТИ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

¹Национальная академия наук Таджикистана,

²Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности брюшного тифа у детей в зависимости от уровня заболеваемости путём сравнительного анализа случаев sporadic и эпидемической заболеваемости.

Материал и методы. Проведён ретроспективный сравнительный анализ клинического течения брюшного тифа у 246 детей с типичной формой заболевания, госпитализированных в детские инфекционные стационары г. Душанбе. Диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждался лабораторными методами исследования. Оценка тяжести заболевания проводилась согласно рекомендациям ВОЗ. Выполнено сравнение клинико-лабораторных показателей при sporadic заболеваемости 70–80-х годов XX века и в период эпидемического подъёма 90-х годов в Республике Таджикистан.

Результаты исследования. Установлено, что в период эпидемии наиболее поражаемой группой являлись дети школьного возраста (74,4%), тогда как дети раннего возраста заболевали значительно реже (4,1%; $p < 0,001$). Заболевание несколько чаще регистрировалось среди мальчиков (58,1%).

В отличие от sporadic периода, во время эпидемии достоверно чаще диагностировались среднетяжёлые (30,9%) и тяжёлые (49,6%) формы заболевания, преимущественно у детей 7–11 лет (59,4%).

Лихорадка наиболее часто имела волнообразный характер (46,3%). Постоянный тип температурной кривой отмечался у 27,6% больных, неправильный - у 14,6%, тип «наклонной плоскости» - у 10,6%, что свидетельствует о более частом выявлении классических вариантов температурной реакции в условиях эпидемии.

Продолжительность лихорадочного периода существенно возрастала и составляла от 9,2±1,2 суток при лёгких формах до 24,7±1,2 суток - при тяжёлых. Почти у половины пациентов (47,6%) лихорадка сохранялась в течение 3–4 недель, что значительно превышало аналогичные показатели при спорадической заболеваемости. Вероятно, это связано с большей долей тяжёлых форм заболевания и снижением чувствительности возбудителя к традиционной антибактериальной терапии.

Полученные результаты свидетельствуют о повышении патогенности и вирулентности возбудителя в условиях интенсивного эпидемического процесса вследствие его непрерывной циркуляции среди восприимчивого населения.

Вывод. Таким образом, в период эпидемического подъёма брюшной тиф у детей в Республике Таджикистан характеризовался более тяжёлым и типичным клиническим течением, увеличением продолжительности лихорадочного периода и высокой частотой классических клинических проявлений по сравнению со спорадической заболеваемостью. Выявленные особенности необходимо учитывать при ранней диагностике, оценке тяжести заболевания и выборе оптимальной тактики лечения детей.

Файзуллоев Н.¹, Ходжаева Н.М.²

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ HBsAg- ПОЗИТИВНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

¹ Национальная академия наук Таджикистана,

² Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Выявить основные факторы риска формирования неблагоприятных исходов HBsAg-позитивных гепатитов у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 1005 детей с различными формами HBsAg-позитивного гепатита, из них 167 пациентов с острым вирусным гепатитом В, 113 — с хроническим гепатитом В, 36 - с дельта-коинфекцией и 102 - с хроническим гепатитом В в сочетании с дельта-суперинфекцией. Всем пациентам выполнено комплексное клинико-лабораторное, инструментальное и морфологическое обследование. Проведена сравнительная оценка клинического течения заболевания, активности патологического процесса и исходов различных форм HBV-инфекции.

Результаты исследования. Установлено, что манифестные формы острого вирусного гепатита В у детей характеризуются благоприятным течением и не приводят к хронизации заболевания. Формирование хронического гепатита наблюдалось исключительно после субклинических и малосимптомных форм инфекции. Среди детей с хроническим гепатитом В 82,3% были инфицированы в возрасте от 1 до 6 лет, что свидетельствует о высокой значимости раннего возраста инфицирования как фактора хронизации процесса. Показано, что присоединение вируса гепатита D существенно ухудшает течение заболевания. Если при хроническом гепатите В минимальная активность процесса выявлена у 75,2% пациентов, то при дельта-суперинфекции этот показатель снижался до 24,5%, тогда как доля высокоактивных форм увеличивалась с 24,8 до 62,7%.

Двенадцатилетнее наблюдение продемонстрировало отсутствие случаев цирроза печени при хроническом гепатите В, тогда как у детей с хроническим гепатитом В и дельта-суперинфекцией цирроз сформировался в 10,7% случаев.

Дополнительными факторами неблагоприятного прогноза являлись мужской пол (хронические формы заболевания чаще развиваются у мальчиков, что позволяет предположить наличие половых особенностей иммунного ответа), проживание в эндемичном регионе, иммунодефицитные состояния, а также инфицирование мутантными вариантами вируса гепатита В, не секретирующими HBeAg.

Вывод. Основными предикторами неблагоприятных исходов HBsAg-позитивных гепатитов у детей являются бессимптомное первичное течение инфекции, ранний возраст инфицирования, дельта-суперинфекция, иммунодефицитные состояния и инфицирование мутантными штаммами HBV. Учёт выявленных факторов позволяет своевременно выделять пациентов высокого риска, оптимизировать лечебную тактику и совершенствовать систему диспансерного наблюдения.

Файзуллоев Н.¹, Ходжаева Н.М.², Саидмуродова Г.М.²

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ НОСИТЕЛЬСТВА HBsAg

¹ Национальная академия наук Таджикистана.

² Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Цель исследования. Установить клинические особенности течения и исходы вирусного гепатита А у детей на фоне носительства HBsAg.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 детей с ГА, протекавшим на фоне носительства HBsAg. Диагноз гепатита А устанавливался на основании характерной клинической симптоматики и выявления в сыворотке крови антител класса IgM к вирусу гепатита А (anti-HAV IgM). Носительство HBsAg подтверждалось обнаружением поверхностного антигена вируса гепатита В при отсутствии anti-HBc IgM, являющихся маркером острой HBV-инфекции.

Возрастной состав обследованных был следующим: дети до 1 года - 1 (3,3%), 1–3 лет - 11 (36,7%), 4–7 лет - 11 (36,7%), 8–14 лет - 7 (23,3%). Следовательно, большинство больных (73,4%) составляли дети дошкольного возраста.

Результаты исследования. В исследуемой группе вирусный гепатит А на фоне носительства HBsAg наиболее часто диагностировался в осенне-зимний период, что соответствовало характерной сезонности вирусного гепатита А. Установлено, что у большинства детей заболевание протекало в лёгкой форме - 63,7%. Тяжёлая форма выявлена только у одного больного; у остальных детей заболевание имело среднетяжёлое течение. При сравнительной оценке клинических и лабораторных показателей установлено, что основные клинические проявления, характер и выраженность биохимических изменений, продолжительность отдельных периодов заболевания и его исходы существенно не отличались от соответствующих показателей при моноинфекции вирусом гепатита А. Катамнестическое наблюдение за детьми проводилось в течение 12 месяцев в связи с сохраняющейся HBs-антигемией. В течение периода диспансерного наблюдения признаков хронизации патологического процесса, а также лабораторных признаков реактивации HBV-инфекции не выявлено. При неоднократном исследовании сыворотки крови anti-HBc IgM оставались отрицательными.

Вывод. Таким образом, проведённый анализ показал, что вирусный гепатит А у детей на фоне носительства HBsAg по основным клинико-биохимическим характеристикам, особенностям течения, продолжительности заболевания и исходам существенно не отличается от моноинфекции вирусом гепатита А. Наличие HBsAg, при отсутствии маркеров активной HBV-инфекции, не сопровождалось отягощением клинического течения гепатита А и не оказывало существенного влияния на его исходы.

В течение годового катамнестического наблюдения признаков реактивации HBV-инфекции не выявлено, что подтверждалось неоднократно отрицательными результатами исследования сыворотки крови на anti-HBc IgM.

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить клинические проявления аллергодерматозов у детей

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезней с аллергодерматозами в возрасте от 2 мес. до 14 лет. Из них с аллергическим диатезом было 15 (33,3%) больных с детской экземой- 10 (22,2%) больных с нейродермитом-20 (44,5%) больных. Больные находились на базе ГУ МК «Истиклол». Принималось во внимание: анамнез, клинические проявления и лабораторные показатели: общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение концентрации иммуноглобулина Е (общего) в сыворотке крови.

Результаты исследования. Из анамнеза выяснилось, что в подавляющем большинстве случаев, пищевые продукты были причиной проявлений аллергического диатеза. Так у детей первых 2 лет жизни он проявлялся в виде преходящей гиперемии, отека, шелушения кожи щек и ягодиц, гнейса, упорных опрелостей либо сухости кожных покровов, а также эритематозных высыпаний на щеках, за ушами, на шее. У 24 больных пищевые продукты явились причиной рецидивов экземы и нейродермита, имевших органическую, а чаще диссеминированную форму. У детей с детской экземой на фоне эритемы щек отмечались микровезикулы с серозным содержимым. При диссеминации процесса наблюдались генерализованные высыпания на коже туловища, разгибательных поверхностях рук и ног, на лице в виде эритематозных пятен с микровезикулами. У больных нейродермитом в период обострения, кожа в характерных очагах поражения была ярко гиперимированной, отечной и мокнущей, плотные, различные по величине папулы в этих местах сливались между собой, отмечались трещины. Этих больных беспокоил сильный, мучительный зуд. Для всех обследованных детей было характерно раннее начало симптомов поражения кожи в основном в первые 4 месяца жизни. Искусственное вскармливание с первых месяцев жизни отмечалось почти у половины детей. Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям была выявлена у 33 (73,3%) больных., отмечались частые ОРВИ (более 4 раз в году), хронические очаги инфекции, дисбактериоз кишечника. Со стороны лабораторных данных: в анализе крови у 27 (60%) больных отмечалась эозинофилия и анемия легкой и среднетяжелой степени. В биохимическом анализе крови-концентрация иммуноглобулина Е было повышено у всех больных (1500-2500 МЕ) в норме от 70-12 МЕ. Всем больным проводилось комплексное лечение, включающее диетотерапию, антигистаминные, антисеротониновые препараты, интал, задитен, ферменты, биопрепараты. Витамины, противозудящие, седативные препараты, различные наружные средства. При необходимости проводилась специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация, назначались стимуляторы иммунитета пирогенного ряда (пирогенал, продигозан).

Выводы. Таким образом, клинические проявления аллергодерматозов зависели от этиологического фактора, возраста, наследственной предрасположенности и особенностей реактивности больных. Наиболее тяжелее протекал у детей с диссеминированной формой. У всех обследуемых детей концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови была повышенной, что подтверждает его участие в аллергических реакциях и приводит к дисбалансу иммунной системы.

Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Изучить клинические критерии тяжелого нарушения питания у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 62 историй болезней у детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ МК «Истиклол» за период 2026 года. Возрастные параметры имели колебания: от 2 мес до 6 мес-13(21%), от 6 мес до 12 мес 20 (32,3%), от 1 года до 2 лет-25 (40,3%), от 2 лет до 5 лет -4(6,4%). Из обследованных детей: 3 детей находились на исключительно грудном вскармливании, что составило 4,8%, на искусственном -25 детей (40,3%) и на смешанном- 30 (48,4%). Большинство детей

имели неблагоприятный преморбидный фон: анемию (94,2%) и рахит 88,5%), Всем детям был взят общий анализ крови, биохимический анализ крови, бактериологические посевы крови, мочи, кала и R-графия легких по показаниям.

Результаты исследования. Клиническая картина характеризовалась значительными нарушениями общего состояния ребенка: отмечалась сонливость, апатия, раздражительность, резкая задержка в физическом развитии, утрата уже приобретенных навыков и умений у детей раннего возраста, анорексия. Дети до 2 летнего возраста по внешнему виду напоминали скелет, обтянутый сухой кожей бледно-серого цвета, лицо «старческое», морщинистое. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала на всем протяжении, включая лицо, тургор мягких тканей был снижен, мышцы атрофированы, тонус был повышен (в связи с расстройствами электролитного баланса и поражением центральной нервной системы). Выражены признаки обезвоживания: жажда, западение большого родничка и глазных яблок, сухость конъюнктив и роговицы, температура тела понижена, конечности холодные, дыхание поверхностное, аритмичное. Пульс редкий, слабый, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, функционального характера. Живот втянут или, наоборот, вздут, напряжен. Почти всегда отмечались диспептические расстройства: срыгивания, рвота, учащенный жидкий стул у детей раннего возраста. Тяжелое нарушение питания протекало тяжелее у детей с неблагоприятным преморбидным фоном и при поражении центральной нервной системы. Со стороны общего анализа крови отмечалась анемия легкой или средней степени тяжести (Hb от 110г/л до 80г/л) – у 58 детей (93,5%); в биохимическом анализе крови – снижение уровней Ca и P у 51 детей (82,3%), гипопроteinемия у 12 детей (19,4%); в анализе кала у 24 детей (38,7%) отмечалось увеличение количества лейкоцитов (L – 10 – 15 в п/з), наличие неперевариваемой клетчатки, слизи. На рентгенограмме – грудной клетки у 7 детей (11,39%) отмечалась картина бронхита и у 3 детей (4,8%) – картина пневмонии. У 4 детей (6,42%) в крови был высеян *St. aureus*.

Выводы. Таким образом, тяжелое нарушение питания протекало тяжелее у детей до 2-летнего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном (анемия, рахит), при поражении центральной нервной системы и наличии сепсиса.

Ходжаева Н.М.1, Файзуллоев Н.2, Амиркулова Л.Т..

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

²Национальная академия наук Таджикистана.

Цель исследования. Изучить современные клинко-эпидемиологические особенности вирусного гепатита А у детей и определить основные варианты его клинического течения и факторы, ассоциированные с атипичными проявлениями заболевания.

Материал и методы исследования. Проведен аналитический обзор современных отечественных и зарубежных исследований по эпидемиологии, клиническому течению, лабораторной диагностике и профилактике ВГА у детей. Проанализированы данные клинических исследований с серологически подтвержденной инфекцией, включая оценку возрастной структуры, основных симптомов, биохимических показателей и осложнений.

Результаты исследования. Современные исследования подтверждают возрастную зависимость клинических проявлений ВГА. У детей младшего возраста инфекция нередко протекает малосимптомно, тогда как с увеличением возраста возрастает вероятность манифестного заболевания с лихорадкой, астеновегетативным синдромом, диспептическими проявлениями, потемнением мочи, желтухой и гепатомегалией. В исследовании 100 детей с серологически подтвержденным ВГА лихорадка отмечалась у 96%, боли в животе - у 78%, анорексия - у 63%, рвота - у 47%, темная моча - у 65%; желтуха выявлена у 80%, гепатомегалия - у 74% пациентов. Наиболее многочисленной была группа детей 1–5 лет - 45%.

Особого внимания заслуживает проблема атипичного течения. В исследовании 2023–2024 гг., включавшем 246 детей, атипичные варианты ВГА выявлены у 60 (24,4%) пациентов. Наиболее часто регистрировались асцит - 35,0%, плевральный выпот - 26,7%, тромбоцитопения - 21,7% и холестаз - 15,0% среди детей с атипичными проявлениями. Более молодой возраст достоверно ассоциировался с атипичным течением ($p=0,014$). У детей с атипичными формами отмечались также достоверные различия лабораторных показателей: более низкий уровень билирубина ($p<0,001$), более высокий INR ($p<0,001$) и более низкий уровень гемоглобина ($p=0,004$).

Диагноз ВГА подтверждается обнаружением IgM-антител к HAV; в сложных случаях дополнительное значение имеет выявление РНК вируса методом RT-PCR. Современные данные также указывают на сохраняющуюся роль безопасного водоснабжения, санитарно-гигиенических мероприятий и вакцинации в профилактике инфекции.

Вывод. Таким образом, вирусный гепатит А у детей характеризуется широким спектром клинических проявлений - от малосимптомных форм до выраженного желтушного синдрома и атипичных вариантов с холестазом, асцитом и нарушениями гемостаза. Выявленная статистически значимая связь молодого возраста с атипичным течением подчеркивает необходимость внимательной клинической оценки детей раннего возраста.

Ходжаева Н.М.1, Файзуллоев Н.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

²Национальная академия наук Таджикистана.

¹Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

Цель исследования. Изучить современные клинко-эпидемиологические особенности ротавирусной инфекции у детей и оценить влияние вакцинопрофилактики на частоту тяжёлых форм заболевания и госпитализаций.

Материал и методы исследования. Проведён аналитический обзор современных отечественных и зарубежных исследований, систематических обзоров и данных эпидемиологического надзора по ротавирусной инфекции у детей. Особое внимание уделено исследованиям, включавшим детей в возрасте до 5 лет, оценку клинических проявлений, тяжести гастроэнтерита, обезвоживание и эффективность вакцинации.

Результаты исследования. По данным современных исследований, ротавирус преимущественно поражает детей первых пяти лет жизни, причём тяжёлый гастроэнтерит наиболее характерен для возраста 6–24 месяцев. Клиническая картина обычно представлена острым началом, лихорадкой, многократной рвотой и водянистой диареей с быстрым развитием эксикоза различной степени тяжести. В метаанализе 33 исследований у детей до 5 лет в странах Африки совокупная распространённость ротавируса среди пациентов с острым гастроэнтеритом составила **31,0% (95% ДИ 24,0–39,0%)**.

Особую практическую значимость имеют данные, полученные в Таджикистане. После введения ротавирусной вакцинации частота ротавирус-положительных случаев среди госпитализированных детей снизилась с **42% до 25%**, то есть на **41% (95% ДИ 36–45%)**. Эффективность полного курса вакцинации против госпитализации по поводу ротавирусной инфекции составила **55% (95% ДИ 21–73%)** среди детей 5–59 месяцев и **64% (95% ДИ 36–80%)** среди детей 5–23 месяцев.

Результаты международного исследования 2009–2022 гг. также подтверждают высокую эффективность вакцинации: защита от обращений за неотложной помощью или госпитализации по поводу ротавирусного гастроэнтерита составили **78% (95% ДИ 75–80%)**, причём эффективность возрастала с увеличением тяжести заболевания - от **59%** при лёгком течении, до **94% (95% ДИ 90–97%)** при очень тяжёлом течении.

Вывод. Таким образом, ротавирусная инфекция сохраняет высокую клиническую и эпидемиологическую значимость у детей раннего возраста и является важной причиной госпитализации вследствие обезвоживания. Анализ современных данных показывает, что внедрение вакцинации сопровождается существенным снижением ротавирус-положительных госпитализаций и эффективно предотвращает прежде всего тяжёлые формы заболевания. Полученные данные подтверждают необходимость поддержания высокого охвата вакцинацией, раннего распознавания признаков дегидратации и своевременной регидратационной терапии у детей с острым гастроэнтеритом.

Ходжаева Н.М.¹, Файзуллоев Н.²

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

¹Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

²Национальная академия наук Таджикистана.

Цель исследования. Провести анализ современных клинико-эпидемиологических особенностей кори у детей на основании данных отечественных и зарубежных научных публикаций.

Материал и методы исследования. Выполнен аналитический обзор научной литературы, международных эпидемиологических отчетов и современных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике кори, опубликованных в 2021–2026 гг. Проанализированы результаты исследований, посвященных заболеваемости, возрастной структуре пациентов, осложнениям и эффективности вакцинопрофилактики.

Результаты исследования. По оценкам ВОЗ и CDC, в 2023 году в мире зарегистрировано около **10,3 млн случаев кори**, что на **20%** больше по сравнению с 2022 годом. В 2023 году **57 стран** сообщили о крупных или нарушающих работу системы здравоохранения вспышках кори, тогда как годом ранее таких стран было **36**. Более **22 млн детей** пропустили первую дозу вакцины против кори, а охват первой и второй дозами составил **83% и 74%** соответственно, что значительно ниже необходимого уровня **≥95%** для формирования коллективного иммунитета. По данным ВОЗ, в 2024 году охват первой дозой вакцины увеличился лишь до **84%**, второй - до **76%**, однако этих показателей по-прежнему недостаточно для предупреждения вспышек. Большинство летальных исходов приходится на детей младше пяти лет. Современные исследования показывают, что непривитые дети имеют значительно более высокий риск заболевания и развития тяжёлых осложнений, включая вирусную пневмонию, энцефалит и тяжёлые формы поражения дыхательных путей.

Современное течение кори у детей в большинстве случаев сохраняет классические клинические проявления: острое начало заболевания с повышением температуры тела до 38,5–40,0 °С, выраженным синдромом интоксикации, катаральными явлениями (кашель, ринит, конъюнктивит), появлением пятен Бельского–Филатова–Коплика и последующим развитием этапной пятнисто-папулёзной экзантемы. Вместе с тем в последние годы отмечается увеличение числа атипичных и митигированных форм заболевания у частично иммунизированных детей, что нередко затрудняет своевременную диагностику.

Наиболее тяжёлое течение инфекции наблюдается у детей раннего возраста и непривитых пациентов. Среди осложнений ведущими остаются вирусно-бактериальная пневмония, острый средний отит, тяжёлая диарея с дегидратацией, ларинготрахеит, энцефалит и выраженная постинфекционная иммуносупрессия, способствующая развитию вторичных инфекций. Риск тяжёлых осложнений значительно возрастает у детей с недостаточностью питания, дефицитом витамина А и иммунодефицитными состояниями.

Вывод. Таким образом, в последние годы корь у детей сохраняет высокую эпидемиологическую значимость вследствие недостаточного охвата плановой иммунизацией и увеличения числа восприимчивых лиц. Наряду с сохранением классической клинической картины заболевания отмечается увеличение частоты митигированных форм у частично иммунизированных детей, что затрудняет своевременную диагностику.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

² Медицинский центр «Фараби», г. Душанбе, Таджикистан.

Цель исследования. Оценить качество жизни (КЖ) пациентов детского возраста с острым лейкозом на различных этапах лечения и реабилитации в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проведено проспективное наблюдательное когортное исследование 64 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет с верифицированным диагнозом острого лейкоза (острый лимфобластный лейкоз - 48 пациентов, острый миелоидный лейкоз - 16 пациентов), получавших лечение в специализированном гематологическом отделении Национального медицинского центра РТ. Оценка КЖ проводилась в трёх временных точках: T0 - до начала химиотерапии, T1 - на этапе индукции/консолидации (день 33–45), T2 - через 6 месяцев от начала терапии (этап поддерживающей терапии и реабилитации). Использовались опросники WHOQOL-BREF (4 домена: физическое здоровье, психологическое благополучие, социальные отношения, окружающая среда), детская версия EORTC QLQ-C30 и шкала воспринимаемого стресса PSS-10 (для родителей/опекунов). Статистическая обработка выполнена с использованием критериев Уилкоксона для парных сравнений и Манна–Уитни для межгрупповых сравнений.

Результаты исследования. В исходном исследовании суммарный балл качества жизни (КЖ) на этапе T0 составил $58,4 \pm 9,2$, что было значимо ниже нормы здоровых детей ($72,6 \pm 6,8$; $p < 0,01$), особенно по доменам «физическое здоровье» ($49,1 \pm 11,3$) и «психологическое благополучие» ($52,7 \pm 10,8$); к T1 балл снизился до $44,8 \pm 8,6$ ($p < 0,01$) на фоне выраженной утомляемости ($71,3 \pm 14,2$), тошноты/рвоты ($58,6 \pm 16,4$) и нарушений сна ($54,2 \pm 13,9$), однако к T2 балл повысился до $63,7 \pm 9,8$, превысив исходный уровень ($p = 0,018$), но оставаясь ниже нормативных значений ($p < 0,05$). Наиболее быстро восстанавливались социальные отношения ($54,3 \rightarrow 68,9$), тогда как психологическое благополучие – медленнее ($52,7 \rightarrow 60,2$); дети младше 10 лет быстрее восстанавливали физические показатели ($p = 0,031$), в то время как у подростков сохранялись психоэмоциональные нарушения ($p = 0,024$). Уровень стресса родителей по шкале PSS-10 на T0 составил $27,4 \pm 4,9$, достиг максимума на T1 ($30,1 \pm 4,3$) и снизился к T2 ($22,8 \pm 5,1$; $p < 0,01$), оставаясь выше нормального диапазона (15–19), при этом выявлена корреляция стресса родителей со снижением психологического благополучия ребёнка ($r = 0,52$; $p < 0,01$). У пациентов с осложнениями III–IV степени КЖ на T2 было значимо ниже ($58,1 \pm 8,7$ против $67,4 \pm 9,3$; $p = 0,016$).

Вывод. Качество жизни детей с острым лейкозом снижается уже при постановке диагноза и достигает минимума на этапе активной терапии - в первую очередь страдают физическое состояние и психологическое благополучие. На этапе реабилитации показатели улучшаются, но не возвращаются к норме, особенно у подростков, у которых медленнее восстанавливается психоэмоциональное состояние. Стресс родителей напрямую связан с психологическим состоянием ребёнка, а тяжёлые осложнения на этапе индукции ухудшают качество жизни в дальнейшем. Это говорит о необходимости психологической поддержки детей и родителей с момента диагноза, а также реабилитационных программ, направленных на психоэмоциональную сферу - особенно для подростков.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ

¹ Кафедра детских болезней №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

² Медицинский центр «Фараби», Таджикистан.

Цель исследования. Разработать и обосновать оптимизированные протоколы лечения острых лейкозов у детей, адаптированных к ресурсным возможностям национальной системы здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы. Проведено ретроспективно-проспективное когортное исследование 96 детей в возрасте от 1 до 15 лет с впервые диагностированным острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), получавших лечение в специализированном гематологическом отделении в 2023–2025 гг в Национальном медицинском центре РТ. Пациенты были разделены на две группы: группа 1 ($n=48$) - терапия по адаптированному протоколу BFM-2009; группа 2 ($n=48$) - терапия по протоколу МБ-2015 (Москва–Берлин) со сниженной интенсивностью. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, иммунофенотипу и исходным клинико-лабораторным показателям. Оценивались частота полных ремиссий на 36-й день индукции, двухлетняя безрецидивная (БРВ) и общая выживаемость (ОВ), частота рецидивов и профиль токсичности по шкале CTCAE 5.0.

Результаты исследования. Полная ремиссия на 36-й день индукции достигнута у 43 из 48 пациентов (89,6%) группы BFM и у 42 из 48 (87,5%) в группе МБ ($\chi^2=0,11$; $p=0,74$). Двухлетняя БРВ составила 71,4% (95% ДИ 65,1–77,7%) в группе BFM против 68,8% (95% ДИ 62,3–75,3%) в группе МБ (log-rank $p=0,61$); двухлетняя ОВ – 78,2% против 75,5% соответственно ($p=0,58$). Рецидивы зарегистрированы у 12 пациентов (25,0%) группы BFM и у 13 пациентов (27,1%) группы МБ ($p=0,82$), при этом рецидивы с поражением центральной нервной системы отмечены у 3 (6,3%) и 4 (8,3%) пациентов соответственно ($p=0,69$). По данным многофакторного регрессионного анализа Кокса тип протокола (BFM или МБ) не являлся статистически значимым предиктором рецидива или летального исхода (ОР 1,14; 95% ДИ 0,62–2,09; $p=0,67$). Гематологическая токсичность 3–4-й степени по шкале CTCAE 5.0 (фебрильная нейтропения, мукозит) была несколько выше в группе BFM – у 27 пациентов (56,3%) против 21 (43,8%) в группе МБ, без статистически значимой разницы ($p=0,21$). Инфекционная летальность также не различалась между группами: 3 случая (6,3%) в группе BFM против 4 случаев (8,3%) в группе МБ ($p=0,70$). Тяжёлая гепатотоксичность зафиксирована у 5 (10,4%) и 4 (8,3%) пациентов соответственно ($p=0,73$).

Вывод. Протоколы BFM-адаптации и МБ обеспечивают сопоставимые показатели частоты полных ремиссий (89,6% против 87,5%), двухлетней БРВ (71,4% против 68,8%) и ОВ (78,2% против 75,5%), а также сопоставимую частоту рецидивов и инфекционной летальности, без статистически значимых различий между группами. Полученные результаты позволяют рассматривать оба протокола как клинически равноценные опции в условиях Республики Таджикистан, при этом выбор протокола может определяться ресурсной обеспеченностью конкретного учреждения без существенного риска для пациента. Для дальнейшего повышения выживаемости приоритетными направлениями являются не столько замена одного протокола на другой, сколько укрепление сопроводительной терапии, создание государственного резерва цитостатиков и поэтапное развитие диагностической базы, включая мониторинг минимальной остаточной болезни.

¹Исмаилов К.И., ¹Хусенова М.С., ²Исмаилова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЁГКИХ И ГАЗОВОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

² ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Цель исследования. Изучить показатели вентиляционной способности лёгких и газового гомеостаза у детей с железододефицитной анемией (ЖДА).

Материал и методы. В исследование были включены 42 ребёнка с ЖДА, которые были госпитализированы в детское гематологическое отделение ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш». Наблюдаемые дети были разделены на 2 группы: 20 (47,7%) с ЖДА среднетяжёлой и 22 (52,3%) с ЖДА тяжёлой степени. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых детей, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту.

Исследование вентиляционной способности лёгких проводили методом спирографии при спокойном и форсированном дыхании с использованием компьютерного спирометра пневмотахометрического типа фирмы «Нейрософт». Газовый гомеостаз определяли с помощью аппарата «Convergys liquical Analyzer (BG)». Материалом для исследования была артериализированная капиллярная кровь, взятая с помощью специальных, гепаринизированных шприцов. Статистическую обработку полученных результатов осуществили с применением программного обеспечения Statistica версии 13.5 (TIBCO Software Inc., США).

Результаты исследования. Методом спирографии изучили все показатели функции внешнего дыхания, но в данной работе отражены следующие параметры: наиболее низкие показатели ФЖЕЛ наблюдали у детей с дефицитом железа тяжёлой степени - 78,6 [78,0; 79,1], что оказалось существенно ниже по отношению к пациентам, у которых была анемия среднетяжёлой степени - 83,6 [82,9; 84,0]. При сравнении пациентов со среднетяжёлой анемией и контрольной группой отмечено достоверное снижение ФЖЕЛ ($p_1 < 0,001$). Несмотря на выявленное снижение, значение показателя в группе со среднетяжёлой ЖДА оставались в пределах референсных норм, что указывает на субклинический характер функциональных отклонений. Сравнительный анализ ОФВ₁ показал, что низкие показатели у больных с дефицитом железа тяжёлой степени - 78,3 [77,9; 79,0]. Однако достоверных различий между детьми с анемией среднетяжёлой 83,0 [82,2; 83,5] степени и группой контроля 86,6 [85,6; 87,6] не установлено ($p_1 > 0,05$).

Так, у наблюдаемых детей с ЖДА средней степени тяжести значение парциального давления кислорода крови снижался до 76,4±2,2 мм.рт.ст., а при тяжёлой форме – до 63,0±2,7 мм.рт.ст., что существенно отличалось от контрольных значений 92,9±1,9 мм.рт.ст. ($p < 0,001$). Данные результаты отражают нарушение кислородтранспортной функции крови и развитие гипоксии, обусловленной дефицитом гемоглобина. Самые низкие значения pCO_2 48,3±1,5 мм.рт.ст. были у больных с ЖДА тяжёлой степени. у пациентов со средней степенью анемии pCO_2 повышался до 42,3±1,8 мм.рт.ст., приближаясь к верхним границам нормы, что может быть следствием начальной гиповентиляции или снижения альвеолярной диффузии вследствие гипоксических изменений лёгочной ткани и дыхательной мускулатуры.

Вывод. Таким образом, прогрессирование ЖДА сопровождается ухудшением функционального состояния дыхательной системы и газообмена, отражающим нарушения на органном и системном уровнях. Выявленные изменения свидетельствуют о нарастании тканевой гипоксии и снижении компенсаторных возможностей организма, что подчёркивает необходимость раннего выявления и проведения адекватной терапии для предупреждения развития дыхательных и метаболических нарушений у данной категории больных.

Хусенова М.С ¹, Хакбердиев У.Ч², Шарипова А.Ш².

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.

² ГУ Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить влияние белково-энергетической недостаточности (БЭН) на течение сепсиса у ребёнка грудного возраста.

Материал и методы. Проведён анализ клинического случая девочки 4 месяцев, находившейся на лечении в отделении реанимации ГУ НМИЦ РТ «Шифобахш» с последующим переводом в отделение грудного возраста с диагнозом: Сепсис, вызванный *Streptococcus pyogenes* (септикопиемическая форма), двусторонняя полисегментарная пневмония, ДН II степени, гастроэнтерит, острый пиелонефрит, анемия средней степени тяжести, вторичный иммунодефицит, БЭН тяжёлой степени. Перинатальная энцефалопатия. Оценивались клинико-анамнестические данные, результаты лабораторных, иммунологических и инструментальных исследований.

Результаты исследования. Из анамнеза: ребёнок 4 месяцев, от первой беременности, роды своевременные,

масса при рождении 2700 г, рост 49 см. Беременность протекала на фоне ОРВИ, анемии, пиелонефрита и токсикоза. Ребёнок на искусственном вскармливании. При поступлении 21.05.2026 года, состояние ребёнка было крайне тяжёлым, госпитализирована с признаками выраженной дыхательной недостаточности и тяжёлой интоксикацией. С момента поступления до 1.06.2026 года ребёнок находился на аппарате ИВЛ, с 6.06.2026 года после стабилизации жизненно важных функций пациентка была переведена в отделение грудного возраста для дальнейшего лечения. Масса тела при поступлении 3000 г, показатель массы тела к возрасту по стандартам ВОЗ составил менее – 4 SD (Z-score < - 4), что соответствует БЭН тяжёлой степени. Реакция на осмотр и звуковые раздражители была снижена, крик маловыразительный. Отмечалась выраженная гипотония мышц. Подкожно-жировая клетчатка была истощена практически отсутствовала на туловище и конечностях. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Дыхание затруднено с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно дыхание ослаблено, с обеих сторон выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Аускультативно тоны сердца слегка приглушены, патологических шумов нет. Ритм правильный. Живот увеличен за счёт гепатомегалии + 4 см и метеоризма. Аппетит отсутствовал. Стул жидкий, частый, зелёного цвета со слизью.

Лабораторно-инструментальные данные: гемограмма: гемоглобин – 89 г/л, эр – $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $17,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – $280,0 \times 10^9/л$, СОЭ -15 мм/ч. Биохимия крови: креатинин – 81 мкмоль/л, мочевины – 4,9 ммоль/л, белок – 50 г/л. СРБ - 30 мг/л, прокальцитонин - 22,35 нг/мл, D-димер – 955 нг/мл. Бак. посев крови: Str. ruogenes. Коагулограмма: фибриноген – 177, фибрин – 8. Анализ мочи: белок-0,099%, лейкоциты – сплошь. Иммунный статус: супрессия клеточного и гуморального звена иммунитета. УЗИ внутренних органов и почек: умеренная гепатомегалия, пневматоз кишечника, диффузные изменения паренхимы почек. КТ лёгких: двусторонняя полисегментарная пневмония с инфильтративными изменениями и участками консолидации обоих лёгких. Нейросонография: признаки гипоксически-ишемического поражения головного мозга.

Вывод. Представленный клинический случай показывает, что тяжёлая БЭН способствует формированию вторичного иммунодефицита, генерализации и утяжелению инфекционного процесса, а также развитию полиорганной дисфункции. Ранняя диагностика БЭН, своевременная нутритивная коррекция и комплексная интенсивная терапия являются ключевыми факторами улучшения исходов сепсиса у детей грудного возраста.

Шарипов А.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ АДСОРБЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.

Цель исследования. Изучить эффективность раннего применения адсорбентов в комплексной терапии острой диареи у детей.

Материалы и методы. Проанализированы 50 историй болезни детей, госпитализированных в детское отделение больницы района Хамадони Хатлонской области по поводу острого гастроэнтерита. Диагноз установлен на основании данных клинического обследования и результатов бактериологического исследования. У всех детей отмечались повышение температуры тела, озноб, рвота, жидкий стул зеленоватого цвета с примесью слизи и признаки обезвоживания различной степени выраженности.

Результаты исследования. Всем детям проводилась регидратационная терапия. В зависимости от степени обезвоживания применялись оральная регидратация и внутривенная инфузионная терапия. По показаниям назначались антибиотики. В состав комплексного лечения также входили эубиотики, ферментные препараты и адсорбенты.

У 25 детей адсорбенты («Энтеросгель», «Смекта») применялись с первых суток заболевания. Остальные 25 детей начинали получать адсорбенты на вторые-третьи сутки от начала болезни.

Анализ клинических данных показал, что у детей, получавших адсорбенты с первых суток заболевания в составе комплексной терапии, выздоровление наступало на 2–3 дня раньше, чем у детей, которым эти препараты назначались на вторые-третьи сутки. На фоне проводимого комплексного лечения отмечались исчезновение симптомов интоксикации, прекращение рвоты и боли в эпигастральной области, а также устранение признаков обезвоживания.

Выводы. В исследованной группе детей применение адсорбентов с первых суток острого гастроэнтерита в составе комплексной терапии сопровождалось более ранним выздоровлением. Разница в сроках выздоровления по сравнению с детьми, начинавшими получать адсорбенты на вторые-третьи сутки заболевания, составляла 2–3 дня.

Шарипов Ф.М.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. изучить ведущие факторы риска в развитии железодефицитной анемии у детей раннего возраста, особенности клиники в целях ранней диагностики.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе отделения от матери и ребенка новорожденных, КЗ «Истиклол». Обследовано 72 детей от рождения до 3 лет с диагнозом ЖДА. Диагноз ЖДА устанавливали на основании общепринятых клинических признаков общего анализа крови, снижение гемоглобина ниже 110 г/л, лабораторных тестов свидетельствующих о дефиците железа. Дополнительно проведен опрос 87 матерей для выявления факторов риска развития ЖДА по разработанной анкете: возраст, образование, профессия, социально-экономический статус семьи, количества детей в семье, течение беременности и родов, периода новорожденности, межродовый интервал, использование железа во время беременности, характере питания ребенка, наличии сопутствующей патологии.

Результаты исследования. В настоящее время доказана связь формирования здоровья детей с особенностями течения перинатального периода, а выделение факторов риска заболевания является основой создания программ раннего вмешательства и профилактики. Выявлены пренатальные факторы риска, вызывающие нарушение формирования депо железа у плода во внутриутробном периоде: гестационная анемия матери – 38%, гестозы второй половины беременности – 35%, инфекции во время беременности – 18%, хронические заболевания матери – 11%, отсутствие профилактики. Постнатальные факторы риска развития анемии у детей являются недоношенность, низкая масса при рождении, инфекции, избыточная прибавка в массе, приводящая к повышенной потребности в железе, низкое качество жизни семьи, отсутствие специфической профилактики в группах риска, гельминтозы у детей старше 2 лет. Для синдрома у обследованных детей были характерны сухость кожи, снижение аппетита, мышечная гипотония, гепато-спленомегалия. Анемический синдром у наблюдаемых пациентов проявлялся бледностью кожи и слизистых оболочек, быстрой утомляемостью, повышенной потливостью, нарушением сна, тахикардия, приглушенность тонов и систолический шум, одышка при нагрузке. Критериями верификации ЖДА служили снижение значений гемоглобина по степеням.

Выводы. Развитие ЖДА у детей раннего возраста обусловлена комплексом причин, включающих неблагоприятное течение беременности, отягощенный социальный анамнез, алиментарный фактор, повышенные потребности организма в железе в периоды интенсивного роста.

Шарипов Ф.М.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.

ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить клиничко-функциональные особенности ранней постнатальной адаптации новорождённых с низкой массой тела при рождении.

Материалы и методы. Проведено проспективное сравнительное клиническое исследование 30 новорождённых, находившихся под наблюдением в отделении «Мать и дитя» МК «Истиклол» в период май месяца 2026 года. Основную группу составили 15 новорождённых с массой тела при рождении менее 2500 г, группу сравнения — 15 новорождённых с массой тела при рождении 2500 г и более. В зависимости от массы тела при рождении дети основной группы были распределены следующим образом: с низкой массой тела 1500–2499 г — 5 (33,3%) детей, с очень низкой массой тела 1000–1499 г — 7 (46,7%) и с экстремально низкой массой тела менее 1000 г — 3 (20,0%) ребёнка.

Оценивали гестационный возраст, антропометрические показатели, состояние по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, периферическую сатурацию кислорода (SpO_2), температуру тела и концентрацию глюкозы крови. Динамическое наблюдение осуществляли в течение первых пяти суток жизни.

Результаты исследования. Средняя масса тела при рождении у новорождённых основной группы составила 1378 ± 398 г, средний гестационный возраст — $31,7 \pm 2,8$ недели, тогда как в группе сравнения данные показатели составили соответственно 3264 ± 324 г и $39,0 \pm 1,1$ недели ($p < 0,001$). Средняя оценка по шкале Апгар у маловесных новорождённых на 1-й минуте жизни составила $6,6 \pm 1,2$ балла, на 5-й минуте — $7,6 \pm 0,9$ балла, в группе сравнения — $8,1 \pm 0,7$ и $8,8 \pm 0,4$ балла соответственно ($p < 0,001$).

Нарушения дыхательной адаптации в первые сутки жизни выявлены у 9 из 15 (60,0%) новорождённых основной группы, тогда как в группе сравнения — у 2 из 15 (13,3%) детей ($p = 0,021$). Эпизоды снижения SpO_2 менее 90% зарегистрированы у 7 (46,7%) маловесных новорождённых против 1 (6,7%) ребёнка группы сравнения ($p = 0,035$).

Нарушения терморегуляции также достоверно чаще наблюдались у детей основной группы. Гипотермия с понижением температуры тела менее $36,5^\circ\text{C}$ выявлена у 8 (53,3%) новорождённых с низкой массой тела и только у 1 (6,7%) ребёнка группы сравнения ($p = 0,014$). Эпизоды гипогликемии зарегистрированы у 6 (40,0%) детей основной группы и у 1 (6,7%) новорождённого группы сравнения. Несмотря на более высокую частоту гипогликемии среди маловесных детей, различие при данном объёме выборки не достигло статистической значимости ($p = 0,080$).

Выводы. Новорождённые с низкой массой тела при рождении характеризуются высокой частотой нарушений ранней постнатальной адаптации. В сравнении с детьми с нормальной массой тела у них статистически значимо чаще выявлялись нарушения дыхательной адаптации, эпизоды десатурации, гипотермия. Наиболее выраженные изменения наблюдались в первые 72 часа жизни и были характерны преимущественно для новорождённых с массой тела менее 1500 г. Полученные результаты обосновывают необходимость динамического мониторинга показателей дыхания, оксигенации, терморегуляции, углеводного обмена в течение раннего неонатального периода у детей с низкой массой тела при рождении.

Шарипова М.М., Исмоилов К.И., Юсупова М.А.

К ВОПРОСУ ФВД У ДЕТЕЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ И ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ

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

Цель исследования. Оценить особенности и характер изменений показателей функции внешнего дыхания у детей с рецидивирующим и обструктивным бронхитом в периоде обострения и клинической ремиссии.

Материал и методы. Обследование проводили на базе ГУ НМИЦ РТ в отделение детской пульмонологии, детям в возрасте от 5 до 12 лет. В первую группу входило 20 детей с диагнозом рецидивирующий бронхит. Во вторую группу – 20 детей с диагнозом рецидивирующий обструктивный бронхит. Обследование проводилось методом компьютерной

спирометрии с проведением бронходилатационной пробы (с сальбутамолом). Анализировались такие параметры как жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), функциональная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), индекс Тиффно, ПОС, МОС25, МОС50, МОС75).

Результаты исследования. Дифференциальная диагностика рецидивирующего бронхита и рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего и дошкольного возраста остаётся актуальной проблемой педиатрии и детской пульмонологии. Особое место в объективизации бронхолёгочного процесса занимает исследование функции внешнего дыхания (ФВД), которое позволяет оценить степень, уровень и обратимость бронхиальной обструкции.

При рецидивирующем бронхите в период обострения показатели ФВД в большинстве случаев оставались в пределах условной нормы или выявляли лёгкие нарушения по рестриктивному/смешанному типу. Бронходилатационный тест был отрицательным. В период ремиссии параметры полностью восстанавливались. При обструктивном бронхите выявлялись выраженные обструктивные нарушения. Регистрировались достоверное снижение ОФВ1, пиковой объёмной скорости (ПОС) и среднеобъёмных скоростей (МОС50, МОС75), что указывало на поражение крупных и преимущественно мелких бронхов. Бронходилатационный тест у 20 детей (50% детей) с рецидивирующим обструктивным бронхитом показал значимый прирост ОФВ1 (более 12% или 200 мл), что свидетельствует о скрытой гиперреактивности бронхов и требует исключения бронхиальной астмы. В период ремиссии у трети пациентов с рецидивирующим обструктивным бронхитом сохраняются признаки субклинической вентиляционной недостаточности.

Вывод. Спирометрия является обязательным инструментом для объективной оценки тяжести бронхообструкции у детей. Для рецидивирующего бронхита характерна сохранность скоростных показателей дыхания, в то время как при рецидивирующем обструктивном бронхите доминируют генерализованные нарушения проходимости дыхательных путей с вовлечением мелких бронхов. Проведение бронходилатационной пробы при обструктивном бронхите критически важно для раннего выявления бронхиальной астмы и своевременного назначения противовоспалительной терапии.

Шарипова М.М., Саломов З.Д., Рахимов М.М.

ИМПУЛЬСНАЯ ОСЦИЛЛОМЕТРИЯ КАК НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучить особенности показателей импульсной осциллометрии у детей с рецидивирующим (РБ) и обструктивным бронхитом (РОБ).

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 больных в возрасте от 2 до 7 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Основную группу составили дети с РОБ (n=30), группу сравнения — дети с РБ (n=20). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось методом ионизирующий импульсной осциллометрии (ИОМ) в фазу обострения и в динамике. Анализировались следующие параметры: общее дыхательное сопротивление на частоте 5 Гц (R_5), проксимальное сопротивление на частоте 20 Гц (R_{20}), реактивное сопротивление (X_5) и резонансная частота (F_{res}).

Результаты исследования. При рецидивирующем бронхите в остром периоде заболевания показатели ИОМ у больных оставались в пределах возрастной нормы или демонстрировали незначительное изолированное повышение R_{20} (центральное сопротивление). Бронходилатационный тест в 90% случаев был отрицательным. В период ремиссии параметры полностью нормализовались.

При обструктивном бронхите выявлено достоверное повышение общего (R_5) и периферического сопротивления дыхательных путей ($R_5 - R_{20}$), а также падение реактивного компонента (X_5) и смещение F_{res} вправо. Это указывает на доминирующее поражение мелких бронхов.

Бронходилатационный тест у 30 детей (50%) с РОБ выявлен значимый положительный ответ на бронхолитик (снижение R_5 более чем на 20–25%), что свидетельствует о скрытой гиперреактивности бронхов и высоком риске формирования бронхиальной астмы. У трети детей с РОБ в периоде клинического благополучия сохранялось субклиническое повышение периферического сопротивления.

Выводы. Импульсная осциллометрия является неинвазивным, воспроизводимым и высокоэффективным методом оценки ФВД у детей в возрасте от 2 до 7 лет.

Для РОБ характерно сочетанное повышение общего и периферического сопротивления (R_5), в то время как при РБ изменения минимальны и затрагивают преимущественно крупные дыхательные пути.

Проведение ИОМ с бронходилатационной пробой у дошкольников с обструктивным синдромом позволяет своевременно заподозрить бронхиальную астму на ранней стадии.

Шарифзода З.У., Бабаева Л.А., Сайдалиев Ш.Ш.

МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ

Кафедра пропедевтики детских болезней, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Обобщить современные данные литературы об особенностях клинической картины и терапевтических подходах при мигрени у детей и подростков.

Материал и методы. Проведён анализ данных литературы (PubMed, Cochrane Library, критерии ICHD-3, клинические рекомендации AAN/AHS), а также результатов крупных рандомизированных контролируемых исследований, включая исследование CHAMP (Childhood and Adolescent Migraine Prevention), опубликованных за период 2016–2026 гг., по вопросам эпидемиологии, клинических критериев диагностики и терапии мигрени в педиатрической популяции.

Результаты исследования. Мигрень встречается примерно у 5% детей до наступления пубертата, распространённость увеличивается после пубертата, достигая около 30% к 25–30 годам жизни; мигрень с аурой наблюдается приблизительно у 30% детей и подростков с мигренью. Клиническая картина детской мигрени имеет ряд возрастных особенностей, закреплённых в критериях ICHD-3: возможная длительность приступа от 2 до 72 часов, преимущественно двусторонняя (бифронтальная/битемпоральная) локализация боли (в отличие от односторонней у взрослых), редкость затылочной локализации, а также необходимость оценки фото- и фонофобии по поведенческим признакам у детей раннего возраста. Клинические проявления мигрени закономерно меняются с возрастом ребёнка (концепция «мигренозного марша»): от доброкачественной пароксизмальной кривошеи в младенчестве через циклическую рвоту и абдоминальную мигрень в раннем детстве до типичной мигрени с/без ауры в подростковом возрасте.

В терапии острого приступа триптаны остаются единственным мигрень-специфичным классом препаратов, одобренным для применения в педиатрии, а комбинация триптана с нестероидными противовоспалительными препаратами демонстрирует более высокую эффективность при тяжёлых приступах. Перспективным, но пока недостаточно изученным в детской популяции направлением являются гепанты (антагонисты рецепторов CGRP), показавшие в ограниченных наблюдательных исследованиях удовлетворительную эффективность и переносимость. В отношении профилактической терапии результаты рандомизированного исследования CHAMP продемонстрировали отсутствие статистически значимых различий в эффективности между амитриптилином, топираматом и плацебо (50-процентное снижение частоты приступов достигнуто у 52%, 55% и 61% пациентов соответственно) при более высокой частоте нежелательных явлений на фоне активной терапии, что ставит под сомнение целесообразность её рутинного назначения и подчёркивает значимость мультидисциплинарного и поведенческого подхода.

Выводы. Мигрень у детей и подростков характеризуется комплексом клинических особенностей, отличающих её от мигрени взрослых, что требует применения педиатрически адаптированных диагностических критериев и осторожности в отношении атипичных форм и ассоциированных эпизодических синдромов. Доказательная база профилактической фармакотерапии в детской популяции остаётся ограниченной: результаты крупных рандомизированных исследований демонстрируют высокую эффективность плацебо-эффекта и поведенческих вмешательств, что диктует необходимость приоритизации немедикаментозных методов лечения и дальнейшего целенаправленного изучения таргетной CGRP-терапии у детей и подростков.

Шарифзода З.У., Бабаева Л.А.

ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Провести анализ клинического случая лактазной недостаточности у мальчика 2-х месяцев.

Материал и методы. Нами был проанализирован клинический случай лактазной недостаточности 2-х месячного мальчика, находящегося на стационарном лечении в отделении маловесных детей ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе. Больному были проведены клинико-anamnestические, лабораторно-инструментальные и бактериологические методы исследования.

Результаты исследования. Мальчик Х., 2-х месяцев жизни, поступил в отделение маловесных детей с жалобами со слов мамы на беспокойство, частый водянистый пенистый стул до 7-9 раз в сутки. Из анамнеза было выявлено, что ребенок с рождения находится на исключительно грудном вскармливании. Во время и после кормления отмечалось беспокойство ребёнка. При осмотре живот вздут. В копрограмме отмечались следующие изменения - запах кислый, консистенция жидкая, pH кала = 5,0, слизь. Ребенку был поставлен предварительный диагноз: Лактазная недостаточность. После назначения больному лактазы по 1/2 капсулы в каждое кормление, отмечался незначительный эффект. При увеличении дозы до 1 капсулы на кормление отмечалось значительное улучшение клинических симптомов - сон стал спокойным, стул кашицеобразным без пены до 3-4 раз в сутки. С 6 мес ребёнок стал получать безмолочные инстантные каши. При введении молока в 11 мес появились - беспокойство, повышенное газообразование и диарея. Ребенку был назначен препарат лактазы по 1 капсуле в молоко, на фоне приема которого отмечалось клиническое улучшение. В связи с выявленными изменениями микробиоценоза кишечника (снижение общего числа лакто- и бифидобактерий) мальчик получал пробиотики, не содержащие лактозу. Учитывая анамнез заболевания, клинические симптомы и изменения в копрограмме был поставлен диагноз: Лактазная недостаточность. Незначительный эффект при приеме 1/2 капсулы (350 ЕД) лактазы в каждое кормление был обусловлен недостаточной его дозой, что потребовало увеличения дозы до 700 ЕД на 1 кормление. Назначенные больному пробиотики позволили уменьшить симптомы нарушения расщепления лактозы. Это обусловлено тем, что при утилизации лактозы лакто- и бифидобактериями не происходит значительного усиления газообразования. Кроме того, органические кислоты подавляют рост условно-патогенной флоры, таким образом снижая риск бродильной диспепсии. При лактазной недостаточности показано назначение пробиотиков, не содержащих лактозу.

Выводы. Лактазная недостаточность часто встречается у детей грудного возраста. Тактика лечения зависит от ее причины, выраженности клинических симптомов и определяется индивидуально. Применение препаратов лактазы патогенетически обосновано и позволяет за короткое время устранить основные клинические проявления лактазной недостаточности, сохранив при этом возможность грудного вскармливания.

Эсоева Л.Г., Давлатов М.Дж.

ПРИМЕНЕНИЕ ХЕЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСФЕРАЛОМ У ДЕТЕЙ С ТАЛАССЕМИЕЙ

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

Цель исследования. Оценка эффективности хелаторной терапии Десфералом у детей с наследственной гемолитической анемией-талассемией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 20 детей с гомозиготным состоянием по β -талассемии, получивших регулярную гемотрансфузионную терапию. Возраст пациентов составлял от 4 до 14 лет. Всем пациентам проводилась оценка уровня сывороточного железа и ферритина до начала хелаторной терапии и после курса лечения Десфералом (дефероксамин).

Результаты исследования. Уровень сывороточного ферритина у детей, страдающих талассемией составил от 2200 до 6800 мкг/л (норма 7,00-140,00 мкг/л). Уровень сывороточного железа был в пределах 30,5 - 60,5 мкмоль/л.

Десферал препарат, который содержит активное вещество дефероксамин, образующий комплексы с избыточным железом в организме, что помогает его выведение через почки. Препарат детям вводили внутривенно капельно на физиологическом растворе натрия хлорида из расчета 40 мг/кг массы тела в течение 7 дней. До начала хелаторной терапии у обследованных детей отмечался высокий уровень сывороточного ферритина, что свидетельствовало о выраженной трансфузионной перегрузке железом. После проведения терапии Десфералом отмечалось снижение уровня ферритина у всех наблюдаемых пациентов. Степень снижения показателя составляла примерно от 18,6% до 31,8%. Наиболее выраженная динамика отмечалась у пациентов с исходно высоким уровнем ферритина при регулярном проведении хелаторной терапии. Полученные данные демонстрируют положительное влияние дефероксамина на показатели гомеостаза железа. Вместе с тем эффективность лечения зависит от регулярности применения препарата, длительности терапии, объема трансфузионной нагрузки и соблюдения пациентом назначенного режима лечения.

Вывод. Хелаторная терапия Десфералом способствует снижению уровня сывороточного ферритина и контролю трансфузионной перегрузки железом. Регулярное проведение хелаторной терапии может способствовать профилактике тяжёлых осложнений перегрузки железом, прежде всего поражения печени, сердца и эндокринной системы. Детям с талассемией необходимо длительное гематологическое наблюдение с индивидуальной коррекцией хелаторной терапии.

Юнусов А.Г.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Оценить особенности ранней постнатальной адаптации новорождённых с низкой массой тела при рождении в зависимости от наличия инфекционной патологии у матери во время беременности.

Материал и методы. Проведено клинико-статистическое обследование 86 новорождённых с массой тела при рождении менее 2500г, родившихся в роддоме МК «Истиклол». В зависимости от инфекционного анамнеза матерей дети были разделены на две группы. Основную группу составили 48 (55,8%) новорождённых, матери которых перенесли инфекционные заболевания во время беременности, группу сравнения — 38 (44,2%) детей, рождённых от матерей без клинически значимой инфекционной патологии. Средняя масса тела при рождении в основной группе составила 2140 ± 246 г, в группе сравнения — 2265 ± 218 г. Оценивали течение беременности и родов, состояние ребёнка по шкале Апгар, частоту дыхательных, метаболических и инфекционно-воспалительных нарушений в раннем неонатальном периоде.

Результаты исследования. У новорождённых основной группы признаки нарушения ранней адаптации выявлялись достоверно чаще. Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов на первой минуте жизни отмечалась у 18 (37,5%) детей основной группы против 7 (18,4%) в группе сравнения. Дыхательные расстройства в первые сутки жизни зарегистрированы соответственно у 23 (47,9%) и 10 (26,3%) новорождённых.

Необходимость в дополнительной кислородной поддержке отмечалась у 17 (35,4%) детей, рождённых от матерей с инфекционной патологией, тогда как в группе сравнения данный показатель составил 6 (15,8%). Эпизоды гипотермии наблюдались у 15 (31,3%) и 6 (15,8%), гипогликемии — у 14 (29,2%) и 5 (13,2%) детей соответственно.

Особое значение имела повышенная частота инфекционно-воспалительных проявлений у маловесных новорождённых основной группы. Клинические и лабораторные признаки ранней неонатальной инфекции выявлены у 12 (25,0%) детей основной группы и только у 3 (7,9%) новорождённых группы сравнения. Повышение уровня С-реактивного белка и другие воспалительные изменения гемограммы чаще регистрировались среди детей, матери которых имели инфекционные заболевания во время беременности.

У новорождённых основной группы также отмечалась более продолжительная потребность в наблюдении и лечении в условиях отделения патологии новорождённых: средняя длительность госпитализации составила $10,8 \pm 2,9$ суток против $7,6 \pm 2,4$ суток в группе сравнения.

Выводы. Инфекционные заболевания матери во время беременности являются значимым фактором неблагоприятного течения ранней постнатальной адаптации у новорождённых с низкой массой тела. У детей, рождённых от матерей с инфекционной патологией, чаще отмечаются низкая оценка по шкале Апгар, дыхательные расстройства, гипотермия, гипогликемия и признаки ранней неонатальной инфекции. Полученные результаты обосновывают необходимость выделения данной категории новорождённых в группу повышенного риска с проведением расширенного клинико-лабораторного мониторинга с первых часов жизни.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Кафедра детских болезней №1 имени профессора Аминова Х.Дж.
ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности становления энтерального питания у недоношенных новорождённых в зависимости от гестационного возраста и массы тела при рождении.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 90 недоношенными новорождёнными с гестационным возрастом 28–36 недель, родившихся в родильном доме ГК МЦ «Истиклол». Средний гестационный возраст составил $32,8 \pm 2,1$ недели, средняя масса тела при рождении — 1815 ± 465 г. Дети были разделены на две группы: I группу составили 40 новорождённых с гестационным возрастом 28–31 неделя, II группу — 50 детей с гестационным возрастом 32–36 недель.

Оценивали сроки начала энтерального питания, объём питания в первые сутки, время достижения объёма 100 и 150 мл/кг/сут, частоту непереносимости питания, срыгиваний, увеличения остаточного содержимого желудка и абдоминального вздутия. Учитывали вид вскармливания, наличие респираторной поддержки и инфекционных осложнений. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Энтеральное питание было начато в первые 24 часа жизни у 68 (75,6%) новорождённых. В I группе раннее начало питания отмечалось у 25 (62,5%) детей, во II группе — у 43 (86,0%) ($p = 0,01$).

Средний начальный объём энтерального питания составил $18,4 \pm 6,2$ мл/кг/сут у детей I группы и $24,7 \pm 7,1$ мл/кг/сут у новорождённых II группы ($p < 0,001$). Объём питания 100 мл/кг/сут был достигнут соответственно на $7,8 \pm 2,6$ и $5,1 \pm 1,9$ сутки ($p < 0,001$), а полное энтеральное питание 150 мл/кг/сут — на $11,6 \pm 3,4$ и $7,3 \pm 2,5$ сутки ($p < 0,001$).

Признаки непереносимости энтерального питания выявлены у 18 (45,0%) новорождённых I группы и у 10 (20,0%) детей II группы ($p = 0,01$). Наиболее частыми проявлениями были увеличение желудочного остатка, вздутие живота и эпизоды срыгивания.

Респираторная поддержка требовалась 27 (67,5%) детям I группы и 16 (32,0%) новорождённым II группы. У детей, нуждавшихся в длительной респираторной поддержке, полное энтеральное питание достигалось позже — в среднем на $11,9 \pm 3,3$ сутки против $7,2 \pm 2,4$ суток у детей без длительной респираторной поддержки ($p < 0,001$).

Преимущественное использование грудного молока отмечалось у 66 (73,3%) новорождённых. У детей, получавших грудное молоко, непереносимость питания встречалась реже — 21,2%, тогда как при преимущественном использовании смеси — 41,7% ($p = 0,04$).

Наиболее значимыми факторами позднего достижения полного энтерального питания были гестационный возраст менее 32 недель, масса тела при рождении менее 1500 г, необходимость длительной респираторной поддержки и эпизоды пищевой непереносимости.

Выводы. Становление энтерального питания у недоношенных новорождённых зависит прежде всего от степени гестационной зрелости и массы тела при рождении. Дети с гестационным возрастом менее 32 недель характеризуются более поздним началом и медленным увеличением объёма питания, а также большей частотой пищевой непереносимости. Использование грудного молока способствует лучшей переносимости энтерального питания. Индивидуальный подход к срокам начала и темпам увеличения объёма питания позволяет оптимизировать нутритивную поддержку недоношенных новорождённых.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных заболеваний ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Цель исследования. Изучить особенности клеточного и гуморального иммунитета у детей с ветряной оспой и оценить динамику иммунологических показателей при включении анаферона детского в комплексную терапию.

Материал и методы исследования. В исследование включены 64 ребёнка в возрасте от 2 до 12 лет с ветряной оспой, которые были госпитализированы в ГУ ГМЦ №1 имени Карима Ахмедова в периоде 2020 до 2026 гг. Основную группу составили 32 ребёнка, получивших анаферон детский в дополнение к базисной терапии. В группу сравнения вошли 32 детей, получивших только базисную терапию. Иммунологическое обследование проводилось до начала лечения и после завершения курса терапии. Определяли относительное и абсолютное содержание CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, CD16+/CD56+ клеток, рассчитывали иммунорегуляторный индекс CD4/CD8. Дополнительно определяли концентрации IgA, IgM, IgG и показатели интерфероновой статусности.

Результаты исследования. До начала терапии признаки нарушения клеточного иммунитета выявлялись у 63,3% обследованных детей. Снижение относительного содержания CD4+ лимфоцитов отмечалось у 41,7%, изменение CD8+ — у 35%, а снижение иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 — у 38,3% пациентов. Изменение гуморального звена иммунитета выявлено у 46,7% детей. В том числе изменения уровня IgA отмечались у 25%, IgM — у 18,3%, IgG — у 20% обследованных. После проведения терапии в основной группе положительная динамика иммунологических показателей отмечалась у 76,7% детей, тогда как в группе сравнения — у 50%. Нормализация показателей CD4+ наблюдалась соответственно у 70,0% и 43,3%, а восстановление соотношения CD4/CD8 — у 66,7% и 40,0% детей. Изменение показателей гуморального иммунитета в сторону нормализации отмечалось у 63,3% детей основной группы против 40,0% в группе сравнения. При исследовании интерфероновой статусности положительная динамика отмечена у 73,3% пациентов основной группы и у 46,7% пациентов группы сравнения. Полученные различия подлежат статистической оценке.

Вывод. У детей с ветряной оспой выявляются изменения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, включая нарушения субпопуляционного состава лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса и отдельных показателей гуморального иммунитета. Включение анаферона детского сопровождалось более выраженной динамикой исследуемых иммунологических показателей по сравнению с базисной терапией.

Якубова З.Х., Рахматуллаева М.А., Рахманова З.Э.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ИСХОДЫ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ.

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

Цель исследования. изучить клинические особенности и исходы аутоиммунного тиреоидита (АИТ) у детей во взаимосвязи с тиреоидным статусом.

Материалы и методы. Обследованы 45 детей с АИТ и 10 с- диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ)- группа сравнения, в возрасте от 7 до 17 лет в условиях ГМЦ «Истиклол». Оценка тиреоидного статуса проведена на основе показателей ТТГ, свободного Т3 и Т4, уровня АТ к пероксидазе (АТ/ТПО) и тиреоглобулину (АТ/ТГ) в сыворотке крови методом ИФА. Изучены клинико-гормональные – функциональные (ЭКГ, ЭхоКГ) параметры у детей с АИТ и ДНЗ во взаимосвязи с функциональным состоянием щитовидной железы (ЩЖ).

Результаты исследования. Оценка тиреоидного статуса выявила с достоверностью ($p<0,05$) проявления субклинического (СГ) - у 27,2% (15 больных) и явного гипотиреоза (ЯГ) у 21,8% (12 больных) в обеих группах. Основную группу с исходом в гипотиреоз составили 36,3% с АИТ, подтвержденной высокими титрами АТ/ТПО; АТ/ТГ; и морфологическими особенностями УЗИ щитовидной железы.

Нами установлена взаимосвязь между функциональным состоянием ЩЖ (гипотиреоз) и частотой кардиоваскулярных нарушений у 66,6% больных с АИТ. Наиболее частыми клиническими признаками были: кардиалгия ишемического характера, тахикардия, головные боли, головокружение, кратковременные «апноэ», перебои в области сердца, приглушенные тоны, функциональный систолический шум, артериальная гипотония с первоначальным наблюдением у педиатра и кардиолога без коррекции тиреоидного статуса - у 25,4% (14 больных). При ЭКГ исследовании нарушение ритма было характерно, в основном, для больных с АИТ сравнительно с ДНЗ ($p<0,05$). На ЭКГ чаще регистрировались: синусовая аритмия, снижение вольтажа RQ, экстрасистолия, бради-тахикардия. Выявленный у 18,1% (10 больных) с гипотиреозом нарушение процесса реполяризации (депрессия сегмента ST, отрицательный зубец T) в сочетании с кардиалгией ишемического характера, эпизодическая тахикардия, экстрасистолия, приглушенные тоны сердца, функциональный систолический шум на фоне вегетативной дизадаптации сердца можно расценить как раннее развитие миокардиодистрофии.

Основные предикторы неблагоприятных исходов у детей составили: поздняя диагностика АИТ с длительным наблюдением у кардиолога без коррекции тиреоидного статуса; нерегулярная неадекватная терапия тиреоидными препаратами.

Выводы. АИТ, осложненный гипотиреозом - ведущий, прогностический маркер раннего развития кардиоваскулярных нарушений в детском возрасте.

ХИРУРГИЯ.....	5
Абдувохидов А.А., Мухиддинов З.В., Шаропова М.Х.	5
ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ: СРАВНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФЛЮОРОСКОПИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ	5
Абдувохидов А.А., Мухиддинов З.В., Гаюров Ф.С.	5
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ (PCNL)	5
Абдуллаева Р.А., Узакова У. Дж., Гафурзода Н.Г.	6
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ФОРМ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ	6
Абдуллаева Р.А., Идизода Ш.Х., Кодирова С.Г.	6
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ	6
Абдуллоев С.М., Гасанов А.М., Тетерин Ю.С.	7
ТОННЕЛЬНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ, ОПЫТ НИИ СП ИМ. Н.В. СКЛИФООСКОПСКОГО.....	7
Абдулов М.А., Назаров Дж.Т., Кулова С.А.	7
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПОЛИПОТОМИИ ПРИ ПОЛИПЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	7
Абдулов М.А., Азимов А.С., Кулова С.А.	7
НАБЛЮДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНУСИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ	7
Абдуллоев М.С., Курбонов С.Х., Назаров И.Р.	8
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗобедренных суставов	8
Абдулхайров А.Н., Наимов А.М., Негматов С.З.	8
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	8
Абдурахимзода Ш.Р., Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю.	9
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	9
Абдурахмонов У.Дж., Рахмонов Б.И., Курбонов А.У.	9
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОЙ ОТВЕРСТИЕ ДИАФРАГМЫ.....	9
Абдуррахмонзода Л.А., Холбеков А.М., Отаев Ш.З.	10
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ.....	10
Адилходжаев А.А., Хуснуддинов Н.З., Юнусов С.Ш.	10
ДЛИНА ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ПО РУ КАК ФАКТОР РИСКА ЩЕЛОЧНОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ	10
Айниева Т.Б., Айнизода Б.С., Каримов Д.А.	11
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА.....	11
Айнизода Б.С., Буриев Ш.Ф., Айниев С.Б.	11
СРОКИ КОНСОЛИДАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ.....	11
Айнизода Б.С., Каримов Д.А.	11
ТАЪРИХИ ТАШАККУЛИ НАЗАРИЯҲОИ ОСЕБИШОСИ АЗ ГИППОКРАТ ТО АБЎАЛИ ИБНИ СИНО	11
Айнизода Б.С.	12
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НАДКОЛЕННИКА	12
Айнизода Б.С., Каримов Д.А., Айниев С.Б.	13
СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ И ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	13
Акрами П.С. Мамадѣкубова Д.Д. Акрамова Б.Г.	13
ФАКТОРЫ УСПЕХА ВЕДЕНИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ В АНАМНЕЗЕ	13
Алиева М., Дадоджонов Ж.Ю.	14
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОЦЕФАЛИИ.....	14
Ализода Г.А., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х.	14
ВЫЯВЛЕНИЕ СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В КАРМАНЕ МОРРИСОНА ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	14
Ализода Г.А., Отахонов Ф.Х., Холов А.Д.	15
ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНУТРИБРЮШНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ	15
Алимов С.У., Сарасев А.Р., Эмомов К.	15
МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	15

Аль-Шукри А.С. ¹ , Францишевская М.К. ¹ , Солихов Д.Н. ²	16
ПОЛИПЕПТИДЫ ЭПИФИЗА КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ	16
Аль-Шукри А.С. ¹ , Коломийцева М.Р. ¹ , Солихов Д.Н. ²	16
НАШ ОПЫТ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ - МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	16
Аль-Шукри А.С. ¹ , Солихов Д.Н. ² , Акбарова М.А.	17
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	17
Амириён Р.Н., Эшпулатова С.С.	17
СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕК У ДЕТЕЙ.....	17
Амириён Р.Н., Эшпулатова С.С.	18
КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА У ВЗРОСЛЫХ	18
Ансори К.Дж., Курбанов С.Х., Ансори Дж.К.	18
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	18
Ансори К.Дж., Курбанов С.Х., Ансори Дж.К.	19
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	19
Артыков К.П., Солиев О.Ф., Курбанов Н.Р.	19
ВЛИЯНИЕ МИКРОСОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН	19
Артыков К.П., Солиев О.Ф., Курбанов Н.Р.	20
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ	20
Аскаров А.Т., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М.	21
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	21
Аскаров А.Т., Мухамедова И.Г., Назаров И.Р.	21
НАШ ОПЫТ КОСТНОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСРАСТАЮЩИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....	21
Ахмедов М.Г., Гасанов А.М., Тетерин Ю.С.	22
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕИ.....	22
Ахрориён З.А., Хамрокулзода Ф., Собирзода М.Э.	22
ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ У БОЛЬНЫХ С АСТМАТИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТОМ	22
Ахрориён З.А., Юсупов Н.А., Собирзода М.Э.	23
ЦИФРОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ОТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....	23
Ахтамова О.Ф.	23
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	23
Ашуров А.С., Кобилзода К.К., Солехов А.С.	24
ПРИЧИНЫ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	24
Ашуров Р.Г. ^{1,3} , Чобулов С.А. ^{2,3} , Холмуродов М.М. ^{1,3}	24
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ-ПАТТЕРНОВ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ДО- И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ	24
Ашуров Р.Г., Курбоналиев Дж.Ш., Чобулов С.А.	25
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ	25
Бабаева Т.С., Рахимова Н.Т., Алиева Н.А.	25
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАНРЕТИНАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАННОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ.....	25
Бадридинова Ш.С.	26
РОЛЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ МИОМЫ МАТКИ.....	26
Бакаев И.К., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.	26
ЦИТОКИНОВЫЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ БИОМАРКЕРЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	26
Баротов Х.Х., Набизода М.Х., Вохидов Н.Х.	27
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	27
Баротов Х.Х., Набизода М.Х., Вохидов Н.Х.	27
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	27
Баротова С.Х. Мамадалиева Т.А., Нурова Н.Р.	28

ОБСТРУКТИВНЫЕ РОДЫ КАК ФАКТОР РИСКА МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛИВАЕМОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	28
Баснаев У.И., Гривенко С.Г., Резанов П.А.	28
ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....	28
Бекназарова Г.М., Ахмедова Г.М.....	29
ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА МУМИЁ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ	29
Бобджонова О.Б. Мирзоева Ш.М. Давлятова М.Б.....	29
ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СНИЖЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	29
Бобожонов М.Н., Хасанзода М.А., Кодиров Д. И.	30
УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.....	30
Бобошарипов Ф.Г., Тешаев О.Р.....	31
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНДОПЛИКАЦИОННОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	31
Бобошарипов Ф.Г., Тешаев О.Р.....	31
ЦИФРОВОЙ АЛГОРИТМ ВЫБОРА БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ГРАНИЦЫ ПРОГНОЗА ПО РУТИННЫМ ДАННЫМ	31
Богданьянц М.В., Шмелева А.Ю., Черемина Н.И.	32
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИНАТОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ	32
Бозорова М.Э.	32
ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС, КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	32
Бозорова М.Э.	33
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	33
Бокиев Ф.Б., Бахромов М.Б., Маликов М.Х.	33
ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АПОНЕВРОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .	33
Быков Ю.В. ¹ , ² , Обедин А.Н. ¹ , Пучков А.А. ²	34
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПАТОГЕНОВ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ	34
Быков Ю.В., Массоров В.В., Батурин В.А.....	35
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ГЛИКОКАЛИКСА У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	35
Валдошова С. Ш., Олимова Ф.З., Абдуллаева Р.А.	35
ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ У БЕРЕМЕННЫХ.....	35
Валдошова С. Ш., Додхоева М.Ф.....	36
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	36
Ворисов А.А., Алиева З.Ч., Нуриддинзода Н.Н.	36
ЧАНБАҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОИИ ҲОМИЛАДОРӢ	36
Вохидов А.К., Турсунов А., Иброхимова Ф.	36
ВАРИАНТЫ АНАСТОМОЗА И ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ИСХОДЫ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ	36
Вохидов А.К., Кахоров И.И.....	37
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	37
Гафурзода Н.Г., Абдуллаева Р.А., Узакова У. Дж.....	37
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	37
Гафурова Б.Ш., Самандарзода Н. Ю., Шеглова И.В.	38
ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СОСТАВ МОЧИ И НАРУШЕНИЯ СОЛЕВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	38
Гривенко С.Г., Баснаев У.И., Резанов П.А.	38
К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА	38
Гуломов З.С., Юсупов А.Ш., Бедилов З.В.....	39
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ТРАВМ НОСА И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЛОР-КЛИНИКИ НЦМ РТ «ШИФОБАХШ»	39
Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С.	39
МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ	39
Гуриев Х.Ч., Шарипов А.М., Махмадалиев А.А.	40

ТРАНСАНАЛЬНОЕ НИЗВЕДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	40
Давлатзода Б.Х. ¹ , Нурулоён С.А. ²	40
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ЭВОЛЮЦИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ	40
Давлатзода Б.Х. ¹ , Нурулоён С.А. ²	41
КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	41
Давлатзода Б.Х., Файзалиев Н.Ф., Азимов М.И.	41
СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	41
Давлатзода Н.С. ¹ , Салимзода А.Х. ^{1,2} , Саъдиев С.А. ^{1,2}	42
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	42
Давронзода М.Д, Султонова С.М., Назарова М.К.	42
ПОСТ-COVID-АССОЦИИРОВАННАЯ ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЛОР-ПАТОЛОГИИ	42
Дадобоев З.А., Карим-заде Х.Д., Джалилзода Дж.	43
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКАНАЛИКУЛЯРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ С ВРЕМЕННОЙ СИЛИКОНОВОЙ ИНТУБАЦИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ДАКРИОЦИСТИТЕ	43
Дадоджонов Ж.Ю., Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Абдурахимзода Ш.Р.	43
ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВ ЛИЦА	43
Далери С. ¹ , Сафедов Ф.Х. ¹ , Холниёзов Ш. Ф. ¹	44
УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ.....	44
Джалилов Ф.П., Отаев Ш.З., Тождов С.Б.	44
РОЛЬ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЙ И ЛАПАРОСТОМИИ В СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	44
Джамиллов Р.Д., Зубайдов Т.У., Одинаев Б.А.	45
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	45
Джойлобов М.Р., Набизода М.Х.	45
ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	45
Джойлобов М.Р., Набизода М.Х.	46
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	46
Джонов Б.Н., Отаев Ш.З., Каюмов У.М.	46
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОМБОРБИДНЫМ СТАТУСОМ: ЛАПАРОСКОПИЯ ИЛИ ЛАПАРОТОМИЯ?.....	46
Джумаев Дж.Н. ^{1,2} , Рахмонов Б.А. ^{1,2} , Мухсини Т.Б. ²	47
ОТКРЫТАЯ ВЕРТЕБРОПАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АГРЕССИВНЫХ ГЕАНГИОМ ТЕЛА ПОЗВОНКА	47
Додихудоев Р.А., Джонов Б.Н., Отаев Ш.З.	47
РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ	47
Додхоева М.Ф., Идизода Ш.Х., Вафоева Н.В.	48
ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ.....	48
Достиев У.А., Абдурасулов А.А., Холов Д.Д.	49
ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗВРАТНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	49
Зокиров Р.А., Холов Д.Д., Вохилова М.А.,	50
ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	50
Зокиров Р.А., Зубайдов Т.У., Абдурасулов Р.Н.	50
ОПТИМИЗАЦИЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ЗАКРЫТИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	50
Зокиров Р.А., Мамаджонов И.А., Абдурасулов А.А.	51
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	51
Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.	51
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ И РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ	51
Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.	52

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	52
Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Салиева С.А.	52
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ.....	52
Ибадов Р.А., Азимова М.Т., Ибрагимов С.Х.	53
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ТЯЖЁЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ, ПОТРЕБОВАВШИХ ПРОВЕДЕНИЯ SPAD-ТЕРАПИИ.....	53
Идиев Н.М., Сараев А.Р., Факиров Х.З.	53
ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕГРАДНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ.....	53
Икромов П.Ф., Додхоева М.Ф., Абдуллоева Р.А.	54
ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	54
Икромов П.Ф., Додхоева М.Ф., Кодирова С.Г.	54
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ.....	54
Ильхомова М.Р., Равшанов Ш.У.	55
ПРЕГРАВИДАРНЫЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	55
Им В.М., Зуфаров М.М., Хамдамов С.К.	55
БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА ПО МЕТОДИКЕ INOUE У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ РЕВМАТИЧЕСКОГО МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА	55
Исмаилов С.И., Умаров М.М., Камалов С.Т.	56
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	56
Исмаилова З.Э., Икромов М.К., Солиева Ш.А.	56
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕСТЕАТОМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДНЕГО УХА	56
Исмоилова М.А., Муродова П.Ф., Хасанова С.А.	57
РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	57
Ишан-Ходжаева Ф.Р., Ниаури Д.А.	57
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	57
Кадырова З.У., Сангинов Д.Р., Рахматов М.Т.	58
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ (ERAS).....	58
Кадырова З.У., Рахматов М.Т., Юлдошев Р.З.	58
АДЕКВАТНОЕ СТАДИРОВАНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК ОСНОВА ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ....	58
Кадырова Н.А., Юнусова З.И.	59
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	59
Казбеков К.Т. ¹ , Шаназаров Н.А. ¹ , Казбекова А.Т. ²	59
ВЫБОР АРХИТЕКТУРЫ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ ЦИФРОВОЙ ПОДДЕРЖКИ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЦЕНА УПРОЩЕНИЯ АЛГОРИТМА	59
Кангджу Че., Курбанов У.А., Фурухов И.Ё., Холзода Ш.И.	60
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ	60
Карасартов Т. С., Ашимов Ж. И., Мамутов К. А.....	60
УСПЕШНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЧАСТИЧНОЙ ФОРМЫ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.....	60
Карим-Заде Х.Д., Фуркатзод Ф., Тураев Ф.С.	61
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГЛАЗА	61
Карим-Заде Х.Д., Бандаев И.С.	61
ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ПОСТУПЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	61
Каримзода У.А., Узакова У.Д., Цой В.Ю.	62
СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД.....	62
Каримзода У.А., Абдуллоева Р.А., Пирматова Д.А.	62
НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК.....	62
Цель исследования. Изучить неонатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом, осложнённым родовым разрывом плодных оболочек.	62
Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 37 историй родов женщин с гестационным сахарным диабетом и родовым разрывом плодных оболочек, родоразрешённых в Городском родильном доме №1 г. Душанбе в 2023 году. Оценивали продолжительность безводного периода, способ родоразрешения, осложнения родов, антропометрические показатели новорождённых, их состояние при рождении, а также частоту и структуру родового травматизма.	62

Результаты исследования. Средняя продолжительность безводного периода составила 988,7±29,3 мин. Через естественные родовые пути были родоразрешена 31 (83,8%) женщина, оперативное родоразрешение выполнено у 6 (16,2%) пациенток. Показаниями к абдоминальному родоразрешению являлись аномалии родовой деятельности у 3 (8,1%) женщин, обструктивные роды — у 2 (5,4%), рубец на матке — у 1 (2,7%) пациентки. Среди осложнений родов обращала на себя внимание высокая частота травмы мягких тканей родовых путей: разрыв промежности I степени наблюдался у 6 (16,2%) рожениц, разрывы вульвы и влагалища — у 6 (16,2%), эпизиотомия выполнена у 3 (8,1%) пациенток. Средняя масса тела новорождённых составила 3970±122,0 г, длина тела — 51,4±2,6 см. Асфиксия лёгкой степени зарегистрирована у 7 (18,9%) новорождённых, средней степени — у 4 (10,8%), тяжёлая асфиксия — у 2 (5,4%) детей. Зарегистрирована высокая частота родового травматизма у новорождённых. Гипоксически-травматическая энцефалопатия выявлена у 7 (18,9%) детей, паралич Эрба–Дюшенна — у 4 (10,8%), кефалогематома — у 2 (5,4%) новорождённых. Несмотря на продолжительность безводного периода, клинически значимых инфекционных осложнений в раннем неонатальном периоде не зарегистрировано.	63
Выводы. Таким образом, у женщин с гестационным сахарным диабетом, осложнённым дородовым разрывом плодных оболочек, отмечается высокая частота неблагоприятных неонатальных исходов, таких как асфиксия новорождённых, гипоксически-травматическая энцефалопатия и периферические неврологические повреждения.	63
Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.	63
ВЫРАБОТКА ДОКТРИНЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДТП	63
Каримов Б.Х., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.	63
БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ЛЁГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	63
Каримов Б.Х., Абдурахманов М.М., Абдурахманов З.М.	64
КИНЕТИКА БИОМАРКЕРОВ ПРИ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ ЛЁГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	64
Каримов М.Б., Махмадзода Ш.К., Сафаров Х.А.	64
ЗАВИСИМОСТЬ ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОТ ВЕЛИЧИНЫ ИСХОДНОЙ ДЕВИАЦИИ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ У ДЕТЕЙ	64
Каримов П.Ш., Каюмов Ш.К., Шерматов Н.Н.	65
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕХАНИЧЕСКОГО И РУЧНОГО СПОСОБА НАЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	65
Каримов П.Ш., Хуршеди Х., Тоирзода М.Р.	65
ЭКСТРЕННОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ	65
Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.	66
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	66
Касимов И.О., Холов Д.Д., Курбонзода Г.Ф.	66
ОПТИМИЗИРОВАННАЯ СОСУДИСТАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ	66
Каюмов У.М., Отаев Ш.З., Нуралиев Ш.С.	67
РОЛЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЯХ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	67
Кобилзода К.К., Солихов Р. Дж., Ашуров А.С.	68
ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	68
Кобилзода К.К. ¹ , Сохибов Ш.М. ² , Каримов М.А. ²	68
ПОКАЗАТЕЛИ КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	68
Кобилов И.И., Батыров А.Г., Кобилов Н.И.	69
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	69
Кобилов И.И., Тагайназаров Б.Ш., Кобилов Х.И.	69
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КТ-ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	69
Кобилова З.А., Исодухт Б.И., Ашуркулова Ш.	70
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ	70
Кодиров Д.И. ¹ , Бердиев М.Р. ¹ , Коситов Д.Д. ^{2,3}	70
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	70
Козидавлатзода Б. Акрами П.С. Мирзоева Ш.М.	71
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНДУКЦИИ РОДОВ	71
Комилов Д.К. ¹ , Абдувохидов Б.У. ² , Мирзобоев Д.Ю. ¹	71
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	71

Корожан Т.В. ^{1,2} , Качан Т.В. ²	72
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ НА ОКТ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ: РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ СЕГМЕНТАЦИИ.....	72
Корожан Т.В. ^{1,2} , Качан Т.В. ²	72
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРЕХОДА НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ В ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ СТАДИЮ НА ОСНОВЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ПОДХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ	72
Косими З.К. ^{1,2} , Муродзода А.М. ¹	73
КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ.....	73
Косими З.К. ^{1,2} , Муродзода А.М. ¹	74
ПЕЧЁНОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗАХ ПЕРИТОНИТА	74
Косимов М.М., Мустафакулов С.С., Музаффарзода Х.М.	74
ИНГИБИН «В» КАК РАННИЙ МАРКЕР ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ.....	74
Коситов Д.Д. ^{2,3} , Рахмонзода Х.Дж. ^{1,2} , Дагиев Ф.Ш. ³	75
ГЛУБИННАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (DBS) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	75
Куганов Ш.Б. ¹ , Шоев С.Н. ²	75
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ВНЕМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ.....	75
Куганов Ш.Б. ¹ , Шоев С.Н. ²	76
ТЕХНИКА ВСКРЫТИЯ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И ПРОМЫВАНИЯ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ	76
Кульгашова М.А., Смирнов Г.В., Яматина С.В.	76
ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЬЕРА РОБЕНА.....	76
Курбанов Н.Р., Солиев О.Ф., Камолов А.Н.	77
РЕЗУЛЬТАТЫ СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМЕ РЕЙНО ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	77
Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И., Хомидзода И.Дж.	78
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ ПЕРВОГО ЛУЧА КИСТИ	78
Курбанов У.А., Холзода Ш.И., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.	78
ОДНОЭТАПНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПО SALINAS ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ И СРЕДНЕСТВОЛОВЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ	78
Курбанова Р.Т., Хасанова Х.Т. Мухамедова И.Г.	79
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ДЕТЕЙ.....	79
Курбонов С.Х., Абдуллоев М.С., Мухамедова И.Г.	79
АНАЛИЗ ТАКТИЧЕСКИХ И ТЕХНИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ...	79
Курбонов С.Х., Абдуллоев М.С., Нурхонов Д.Н.	80
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИНЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	80
Курбанова Г.Х., Додхоева М.Ф.	81
СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РВОТОЙ БЕРЕМЕННЫХ.....	81
Курбанова Г.Х., Шералиева М.Г.	81
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ.....	81
Курбанова Г.Х., Абдуллоева Р.А.	82
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК И ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ТОКСИКОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....	82
Курбанова Д.Р., Исмаилова М.Н., Курбонбекова Ш.	83
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКА В УСЛОВИЯХ ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА Кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет». Таджикистан.	83
Курбанова Д.Р., Исмаилова М.Н., Курбонбекова Ш.	83
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ	83
Ли Василий Никитович	84
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО.....	84
Ли Василий Никитович	84
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО	84
Мавлонова С.Н., Саидова А.Н., Мамадалиева Т.А.	85
ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН	85
Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Саидзода Х.С.	85

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ	85
Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Шарипов Х.В.	86
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ	86
Мазабшоев С.А., Шарипов А.М., Шарипов Х.В.	86
ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННЕГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ.....	86
Максимович М.М. ¹ , Терехович Т.И. ² , Шнитко С.Н. ³	87
БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ	87
Маликов Н.Д., Норзода М.М., Саъдуллозода Б.С.	87
ОМУЗИШИ ОРИЗАҲОИ САБТШУДА ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ҚАРРОҲИИ САНҲОИ РОҲҲОИ ПЕШОБ	87
Мансуров Х.Н., Муминзода Дж.Дж., Абдуллозода З.Р.	88
ТАКТИКА ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО АЛГОРИТМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК	88
Махмадиев А.А., Юсупов А.Ш., Муродов Ш.Д.	88
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ.....	88
Махмадиев А.А., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х.	89
СОСТОЯНИЕ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ.....	89
Махмадалиева Г.С. ² , Маликов М.Х. ^{1,2} , Махмадкулова Н.А. ³	89
КОРРЕКЦИЯ АКРОЦЕФАЛОСИНДАКТИЛИИ	89
Махмаджонов Д.М., Бадалов Ш.А.	90
МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	90
Махмаджонов Д.М., Бадалов Ш.А.	90
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	90
Махмадзода Ш.К., Сафаров Х.А., Каримов М.Б.	91
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ.....	91
Махматкулов С.М.	91
ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	91
Махмудзода И.Х., Дадоджонов Ж.Ю., Холзода Ш.И., Хомидзода И.Дж.	92
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ	92
Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А., Меликов Х.Н.	93
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНОСИТОВ.....	93
Мехмондустов С.Г., Ахунова З.А., Хусейнов З.М.	93
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ПАФЕСАН» ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	93
Мехмондустов С.Г., Меликов Х.Н., Хусейнов З.М.	94
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ	94
Мираков Б.Т., Мирзокаримов У.М., Гафурзода М.М.	94
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ	94
Мираков Б.Т., Хасанов Б.Н., Шарипов М.А.	95
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СКЕЛЕТА ..	95
Мираков Б.Т., Курбанова Р.Т., Хасанов Б.Н.	95
КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	95
Мираков Р.С., Мухаббатов Х.Дж., Абдуллозода Н.Х.	96
АДАПТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У СОБАК С ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКОЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТНЫХ УСЛОВИЯХ.....	96
Миракова С.О., Рустамкулова Г.Ш., Сармисокова Х.Дж.	96
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА	96
Мирзоева М.Б., Мамадалиева Т.А., Давлатова О.А.	97
ИСХОДЫ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕННЫХ И НЕЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОК, С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ	97
Мирзоева Мавлюда Джунайдуллоевна.....	97
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ.....	97
Мирзозода Г.С., Додхоева М.Ф., Абдуллаева Р.А.	98
ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТКОВИДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ.....	98
Муллоев И.Дж., Холов Д.Д., Мамадҷонов И.А.	98
ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ СОСУДИСТОЙ НОЖКИ У ДОНОРОВ С ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИЕЙ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ.....	98
Муродов Ш.Д., Давлатов Д.Ш., Сафаров Д.А.	99

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА У ВЗРОСЛЫХ.....	99
Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Давронзода М.Д.	100
«ЭОЗИНОФИЛИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК МАРКЕР АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕВИАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ».....	100
Муродова А.М., Давлатова О.А., Хакназарова Ф.	100
ЧАСТОТА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ	100
Муродова П.Ф., Исмоилова М.А., Рахматуллоева Ф.И.	101
ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ	101
Мусоев Д.А., Исоев И.Ч., Халтачев Р.Н.	101
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	101
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.....	102
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКЕМИЕЙ	102
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.....	102
УРОСЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА	102
Мустафакулов С.С., Мирзокаримова Н.С.....	103
УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЙКЕМИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	103
Мухаббатов Х. Дж.	103
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ НЕГО ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ.....	103
Мухаббатов Х.Дж., Хусейнов Г.Р., Махмадизода М.К.	104
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У МУЖЧИН.....	104
Мухамедова И.Г., Аскаров А.Т., Абдуллоев М.С.	104
ВЛИЯНИЕ ПРИЁМА КОМБИНИРОВАННОГО СРЕДСТВА МОБИ АРТ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ	104
Мухамедова И.Г., Аскаров А.Т., Джумаева З.Т.	105
МИКРОЭЛЕМЕНТОЗ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ.....	105
Набизода М.Х., Джойлобов М.Р., Амидов И.Н.	105
РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСТАЛЬНОЙ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	105
Набизода М.Х., Султонов Х.К., Амидов И.Н.....	106
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.....	106
Наврүзова Ф.Л., Собирзода М.Э., Исупова Ш.Ф.....	107
ЦИФРОВАЯ ОЦЕНКА ОТРАЖЁННОЙ ОТАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ	107
Наджбидинов М.Дж., Хушвахтов М.Х., Саидов Н.М.....	107
СТАБИЛИЗАЦИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ С ИСПОЛЗОВАНИЕМ ПЕРФОРИРУЮЩИХ ВИНТОВ	107
Нажмуудинов Х.Х., Абдурахмонов У.Дж., Джафаров М.Ф.	108
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ	108
Назаров И.Р., Мухамедова И.Г., Аскаров А.Т.....	108
НАШ АНАЛИЗ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ... ..	108
Назаров Х.Ш., Сайдалиев Ш.Ш., Каримов П.Ш.	109
ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕНИЕМ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА	109
Назаров Х.Ш., Каримов П.Ш., Халимов Дж. С.	109
МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	109
Назаров Ш.К., Валиев Б.К., Отаев Ш.З.....	110
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	110
Назаров Ш.К., Отаев Ш.З., Факиров Х.З.	111
КОРРЕКЦИЯ ГЕПАТОДЕПРЕССИИ КАК КЛЮЧЕВОГО КОМПОНЕНТА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ.....	111
Наимов А.М., Каримов К.К., Парпиев Ф.М.....	111
ОПТИМИЗАЦИЯ СНИЖЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ	111
Намозова З.С., Мухамадиева С.М.	112
ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ И РИСКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОГО И ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....	112
Насридинов Х.Н. ^{1,2} , Рахмонзода Х.Дж. ^{1,2} , Коситов Д.Д. ^{2,3}	112
ЗНАЧИМОСТЬ КТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ	112
Насридинова Х.С.	113

ДИНАМИКА ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВотоКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	113
Насруллоев А.Ф., Абдурахмонов У.Дж., Абдуллоев С.Х.....	113
ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	113
Насруллозода Ф., Исмоилзода С.С.	114
ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ЖЕЛЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПРИЖИЗНЕННОГО ДОНОРА.....	114
Немков А.С.	114
КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	114
Норматова М.А.	115
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОПУХОЛЕВОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ И ВНУТРИОПУХОЛЕВОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ.....	115
Норматова М.А.	115
ОПУХОЛЕВЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ КАК ДРАЙВЕР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ	115
Нуралиев Ш.С., Отаев Ш.З., Холбеков А.М.	116
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	116
Нуритдинзода М.Р. ¹ , Сангинов Дж.Р. ^{1,2} , Хушкадамова О.Х. ²	116
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ.....	116
Нуритдинзода М.Р. ¹ , Сангинов Дж.Р. ^{1,2} , Хушкадамова О.Х. ^{1,2}	117
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИОТЕРАПИЯ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ТОШНОТЫ И РВОТЫ	117
Одилов А.Ю. ^{1,2} , Холалиев А.А. ² , Одилов А.А. ¹	117
КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	117
Одинаев Б.А., Ходжамуродов Г.М., Рахимов Х.С.	118
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЁЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ	118
Одинаев Б.А., Мухсинзода Г.М., Зубайдов Т.У.	118
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	118
Одинаев М.Ш., Ворисов А.А., Нигмонов Д.М.	119
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТЯЖЁЛЫХ ТРАВМ КИСТИ.....	119
Олимова Ф.З., Юлдошева М.У., Цой В.Ю.....	119
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	119
Олимова Ф.З., Валдошова С.Ш., Юлдошева М.У.	120
АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ	120
Отаев Ш.З., Ганиев А.Э., Тожов С.Б.	120
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ ВОДЫ ПРИ ПРОГРАММНЫХ САНАЦИЯХ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА.....	120
Отаев Ш.З., Абдурахмонзода Л.А., Джонов Б.Н.	121
ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	121
Отаев Ш.З., Назаров Ш.К., Каюмов У.М.	122
АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ: СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В УСЛОВИЯХ ОТСУТСТВИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	122
Отахонов Ф.Х., Шукуров У.М., Холов А.Д.	122
БОЛЬ И КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛОАДЕНТОМИИ И АДЕНТОМИИ	122
Отахонов Ф.Х., Шукуров У.М., Абдулов М.А.	123
РЕГИСТРАЦИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	123
Парпиев Ф.М., Наимов А.М., Каримов К.К.	123
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....	123
Парпиев Т.Р. ¹ , Якубова А.А. ¹ , Отахонов Ф.Х. ¹ , Эркулов М.М. ²	124
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ PIRS	124
Пахлавонов М.М., Одинаев Б.А. Ибодуллозода Ш.З.	124
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ III СТЕПЕНИ.....	124
Пирматова Д.А., Абдуллаева Р.А., Каримзода У.А.	125
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ	125
Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф., Кодирова С.Г.	125

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ	125
Полвонов Ш.Б., Менгпулодзода Ф.Р., Сафарова М.М.	126
ПРИМЕНЕНИЕ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ II–III СТЕПЕНИ.....	126
Пулотзода Фаризахонум, Камилова М.Я.....	126
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ НА ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....	126
Равшанов Ш.У., Рузибоев С.А.	127
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И ТРАДИЦИОННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.	127
Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Каримзода У.А.	127
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЯМИ ПЛОДА.....	127
Раджабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А.	128
РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЯМИ ПЛОДА: ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА ...	128
Раджабзода Р.С., Протасов А.В., Мазурова О.И.	128
ДВУХМЕРНАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ (2D-SWE) В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЖЁСТКОСТИ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ МЫШЦ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА ДО И ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛИНОТОКСИНА ТИПА А У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ W3.	128
Ражабов Амир Абдуллаевич	129
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	129
Раззоков А.А., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.	129
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ СИСТЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	129
Райимжанова К.Ф.	130
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	130
Расулов Н.И., Солихов Р.Л., Баъромов М.Б.	131
ОМУЪЗИШИ ЛОИЪАИ СЕКУНЪАИ КАЛО ДАР ДЕВОРАИ ПЕШУ ПАЪЛУИИ ШИКАМ ЁАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАРПАРОСКОПИ	131
Расулов Н.И., Солихов Р.Л., Баъромов М.Б.	131
ХУСУСИЯТЪОИ ТОПОГРАФО- АНАТОМИИ ГИРЕЪИ ЛИМФАТИКИИ ЛУНДА ЁАНГОМИ ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАРПАРОСКОПИ	131
Рахимзода Ш.Ш., Махмудназаров М.И. Шерматов З.Т.	131
РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ НОСА И СОПУСТВУЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ	131
Рахимова Н.Т., Абдурахманова Н.А., Калонova Ш.М.	132
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧЕСКОЙ СЫВОРОТКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ «СУХОГО ГЛАЗА».....	132
Рахматов П., Холов А.Д., Отахонов Ф.Х.	133
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДОЛИХОСИГМЫ	133
Рахматов П., Холов А.Д., Юлдошев А.Н.	133
ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: ЧАСТОТА, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА	133
Рахмонов С.У., Бустонов М.О., Шерматов З.Т., Бустонова С.М.	133
АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ НОСА У ПАЦИЕНТОВ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИСУСИТОМ.....	133
Рахмонов У.Х., Бердиев М.Р., Насридинов Х.Н.	134
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА С ВРАСТАНИЕМ В КАВЕРНОЗНЫЙ СИСУС.....	134
Рашидзода Ф.Р., Каримов М.Б., Шарипова Ф.Ф.	134
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕРАТОПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА РАННИХ СРОКАХ НАБЛЮДЕНИЯ.....	134
Рашидзода Ф.Р., Махмадзода Ш.К., Шарипова Ф.Ф.	135
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ АТРОПИНИЗАЦИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У ДЕТЕЙ.....	135
Ризоев Х.Х., Саъдуллозода Ф.С., Махсумов С.М.	136
МНОГОГРАФТНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ПАНУРЕТРАЛЬНЫХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ	136
Рустамзода Х.К., Зухуров Х.Д., Ворисов А.А.	136
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ОСЛОЖНЁННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ И ПЕЧЕНИ.....	136
Савяк М.А., Григорян О.Р., Михеев Р.К.	137
АНАЛИЗ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ	137

Садыкова З.Х. ¹ , Шарипов В.Ш. ^{1,2} , Рахмонов Б.И. ²	137
ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОМОМЕНТНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	137
Саиджамоллов К.М. ¹ , Бобоходжаев О.И. ²	138
ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	138
Саидзода К.И., Саъдуллозода Б.С., Шарифзода Ф.Ш.	138
КТ-АНГИОСКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ПЕРЕД ЭКСПЛАНТАЦИЕЙ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ	138
Саидов Д.Х., Махаммадиев А.А., Муродов Ш.Д.	139
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЛАКЦИМА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА	139
Саидова А.Н., Мамадэкубова Д.Д., Баротова С.Х.	140
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино	140
Саидова Ф.Ф., Махмудназаров М.И., Рахимзода Ш.Ш.	140
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЁБА ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА	140
Саидова Ф.Ф., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А.	141
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПОЛОСТИ НОСА И НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА ДО И ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ	141
Саидова Х.О., Шерхонова Г.	142
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВЫХ МЕТОДОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА	142
Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Каримов П.Ш.	142
СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ПОДХОДА	142
Сайдалиев Ш.Ш., Каримов П.Ш., Назаров Х.Ш.	143
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	143
Сайфиддинзода М.Б., Нуритдинов Ч.А., Давлатова М.П.	143
МУОЛИЦАИ ШУОИИ САРАТОНИ ПЎСТ ДАР ТОЧИКИСТОН: РАВИШИ МАЧМУЙ	143
Салиева С.А.	144
ВЛИЯНИЕ NIRS-МОНИТОРИНГА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ	144
Салимов Дж.С. ¹ , Холматов П.К. ² , Умарова З.Д. ³	144
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	144
Салимов Х.Г., Салихов Д.Н., Абдуллозода Н.Х.	145
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ СТРИКТУР УРЕТРЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНЫХ ДАННЫХ	145
Салимов Х.Г., Мустафакулов С.С., Сидиков А.Ш.	145
РОЛЬ УРОФЛОУМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И ДИСФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	145
Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Гафурова Б. Ш.	146
ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК (МОЧЕВИНЫ И КРЕАТИНИНА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	146
Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Курбонов К.	146
НАРУШЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	146
Самандарзода Н. Ю., Шеглова И. В., Карасева А.	147
НАРУШЕНИЯ СОЛЕВОГО ОБМЕНА ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	147
Сангинов Д.Р. ^{1,2} , Салимов Ф.И. ² , Ниязов И.К. ^{1,2}	147
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	147
Сангинов Д.Р. ^{1,2} , Салимов Ф.И. ² , И.К. Ниязов ^{1,2} , Гафоров К.А.	148
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	148
Сангинов Д.Р. ¹ , Хусейнзода З.Х. ¹ , Муродзода А.И. ² , Ниязов И.К. ^{1,2}	148
ЗНАЧЕНИЕ УЧЕНИЯ АБУАЛИ ИБНИ СИНО В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОЙ ОНКОЛОГИИ	148
Сангов Д.С. ¹ , Умари А.Р. ² , Гулов Ф.М. ²	149
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	149
Сармисокова Х.Ч., Шарифова М.К., Джуракулова М.С.	149
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ	149
Сатторов В.Т., Сатторов Э.М., Рахмон Чоми	150

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	150
Сафарзода И.С., Абдуллозода Дж.А.	151
ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК И ИСХОДЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У МУЖЧИН С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ ..	151
Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.	151
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЁННОГО ВТОРИЧНЫМ ГНОЙНЫМ КОКСИТОМ	151
Сафаров А.С., Корохонов А.Т., Сафаров Б.А.	152
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.....	152
Сафаров Х.А., Махмадзода Ш.К., Каримов М.Б.	152
ДИНАМИКА ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗ В РАННИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ.....	152
Сафаров Б.С. ^{1,2} , Хамроев К.Б. ^{1,2} , Хусейнов З.В. ^{1,2}	153
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИЫТИННЫМ СПОНДИЛОЛИЗНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ.....	153
Сафедов Ф.Х., Холниёзов Ш.Ф., Далери С.	153
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У ДЕТЕЙ	153
Сафедов Ф.Х., Далери С., Холниёзов Ш.Ф.	154
УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ.....	154
Саъдуллозода Ф.С., Мухаббатов Х.Дж., Исмаилова С.С.	154
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ RIRS И MINI-PCNL ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ ПОЧЕК СРЕДНЕГО РАЗМЕРА (10–20 ММ): ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	154
Саъдуллозода Ф.С., Сидиков А.Ш., Абдуллозода Н.Х.	155
КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОНГЕСТИВНОГО ПРОСТАТИТА	155
Семенова И.И. ^{1,2} , Качан Т.В. ¹	155
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА НИЗКОГО ЗРЕНИЯ И ФЕНОТИПИРОВАНИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ С ВЕБ-РЕАЛИЗАЦИЕЙ	155
Семенова И.И. ^{1,2} , Качан Т.В. ¹	156
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТВЕТА НА АНТИ-VEGFТЕРАПИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕБ-КАЛЬКУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ.....	156
Сидиков А.Ш., Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А.	156
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	156
Синои С.Г.	157
ДИНАМИКА МРТ-ПРИЗНАКОВ ЛИГАМЕНТИЗАЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ PRP И СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ	157
Синои С.Г.	157
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ PRP И СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ.....	157
Смирнов Г.В., Турищев И.В., Яматина С.В.	157
АЛГОРИТМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЬЕРА РОБЕНА	157
Собирзода М.Э., Юсупов Н.А., Наврузова Ф.Л.	158
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ ОСЛОЖНЁННЫЙ ПОЛИПОЗОМ.....	158
Собирзода М.Э., Ахрориён З.А., Юсупов Н.А.	158
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ	158
Собиров Ж.Г., Сафаров А.З.	159
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	159
Собиров Ж.Г., Сафаров А.З.	159
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА У ДЕТЕЙ	159
Солиева Ш.А., Ахрориён З.А., Исмаилова З.Э.	160
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ	160
Солихов Р. Дж., Ашуров А.С., Кобилзода К.К.	160
НЕТИПИЧНЫЕ СПОСОБЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	160
Солихов Р.Дж., Кобилзода К.К., Ашуров А.С.	161
МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ.....	161

Сохибов Ш.М., Холов Д.Д., Вохидова М.А.	161
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА	161
Султонов Х.К., Набизода М.Х.	162
ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	162
Султонов Х.К., Набизода М.Х.	162
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	162
Таджиназаров М.Б.	163
ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ NATON В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	163
Тайгибов И.Р., Нажмидинов Ш.Д., Касымов К. Ф.	164
ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ	164
Тайжанова Д.Ж., Серикбай Н.А., Кабилдина Н.А.	164
ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ У ВПЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	164
Туйдиев Ш.Ш. Махмудназаров М.И.	165
СЕПТОПЛАСТИКА ПРИ ВЫВИХЕ ХРЯЩА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.	165
Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Махаммадиев А.А.	165
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЯХ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	165
Умарализода С.А., Давронзода М.Д., Бобосафарова М.А.	166
САМАРАНОКИЙ ИСТИФОДАИ “УРЕСУЛТАН” ДАР ДАВРАИ ПАС АЗ ҶАРОҲИИ ОМОСҲОИ НЕКСИФАТИ ХАНҶАРА	166
Умбетжанов Е.У., Давлатзода Б.Х., Икром Т.Ш.	166
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА И УЯЗВИМОСТИ	166
Умбетжанов Е.У., Давлатзода Б.Х., Мухамедгали Р.А.	167
СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ	167
Усмонзода Б.Н., Саъдуллозода Ф.С., Нусратуллоева М.И.	168
АНАЛИЗ ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЛИТИАЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	168
Файзуллоев Дж.А., Шарипов А.М., Бадалов Ш.А.	168
ТРАВМА ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ	168
Факиров Х.З., Назаров Ш.К., Отаев Ш.З.	169
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТЯЖНОЙ ЛИГАТУРНОЙ ВЕНТРОПЛАСТИКИ ПРИ МАЛЫХ И СРЕДНИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ОТТОРЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТА	169
Факиров Х.З., Отаев Ш.З., Ганиев А.Э.	169
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	169
Фатоев Б.Г ^{1,3} , Рахмонзода Х.Дж ^{1,3} , Коситов Д.Д. ^{2,3}	170
РОЛЬ МОНИТОРИНГА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	170
Фуркатзод Ф., Карим-заде Х.Д., Махмадзода Ш.К.	170
ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	170
Хайдаров З.Б., Махмадзода Ш.К., Кадырова Н.А.	171
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ	171
Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Юнусова З.И.	171
СПЕЦИФИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГЛАЗ	171
Хайдаров Н.С., Сайдалыев С.С. Саттаров Ж.Б.	172
РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	172
Хайдаров Н.С., Сайдалыев С.С., Саттаров Ж.Б.	173
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ	173
Хайдарова Ф.А.	173
КОНСЕРВАТИВНАЯ МОНОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ	173
Хакимзода Б.Х., Назриева Ш.Н., Юлдошева Х.Т.	174
ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА УГЛЕВОДНЫЙ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	174

Хаккулов Э.Б ¹ , Алимов Ж.У ²	174
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	174
Халимов Дж.С., Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Х.Ш.	175
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА И ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	175
Халимов Дж.С., Гуломов М.Ш., Сайдалиев Ш.Ш.	175
МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	175
Хамидова Ф.Х., Давлатзода Г.К., Ишан-Ходжаева Ф.Р.	176
ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА ARID1A И СИТРУИНОВ В ЦИТОТРОФОБЛАСТЕ ПОСЛЕДОВ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	176
Хамраев А.Ж., Хамроев У.А., Камолова К.С.	176
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИИ АНУСА У ДЕТЕЙ.	176
Хамраев А.Ж., Сейтимбетов Д.Д.	177
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ.....	177
Хамроев Б.М., Боймуродов О.С., Карим-заде Б.Д.	177
ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЖКБ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ	177
Хамроев Б.М., Мухаббатзода Дж.К., Боймуродов О.С.	178
УЗИ И МРТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	178
Хамроев У.А., Ахмедова Р.М.	178
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ	178
Хамрокулзода Ф., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.	179
ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ЭФФЕКТ И ОТСУТСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	179
Хасанова З.М., Махмадзода Ш.К.	179
ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ СТУДЕНТОВ С МИОПИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ И СОБЛЮДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	179
Ходжиева Р.Х., Сафарзода И., Давлат Х.	180
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКСОФЕНАДИНА ГИДРОХЛОРИД И МОНТЕЛУКАСТ НАТРИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ	180
Ходжиева Р.Х., Давлат Х., Сафарзода И.	181
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА И АКУСТИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАУШНИКОВ У ПОДРОСТКОВ	181
Холбаев С.А., Салихов А.С., Юнусов Х.А.	181
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ	181
Холбаев С.А., Халтачев Р.Н., Исоев И.Ч.	181
МИНИ-ЛАПАРОТОМНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	181
Холбеков А.М., Джонов Б.Н., Факиров Х.З.	182
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ	182
Холбеков А.М., Назаров Ш.К., Отаев Ш.З.	183
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАРИОРИЗАЦИИ АНАСТОМОЗА.....	183
Холзода Ш.И., Курбанов У.А., Дадоджонов Ж.Ю., Хомидзода И.Дж.	183
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА.....	183
Холмадов Ш.Н ^{1,2} , Исмаилова З.Э ² , Мирзоев Х.Х ¹	184
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ И ОТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.	184
Холматов П.К., Додихудоев Р.А., Фарзонаи И.	184
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ.....	184
Холматов П.К., Додихудоев Р.А., Нуралиев Ш.С.	185
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	185
Кафедра хирургических болезней №1 имени академика К.М. Курбонова, ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.....	185
Холниёзов Ш. Ф., Сафедов Ф.Х., Далери С.	185
ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	185
Холов А.Д., Ализода Г.А., Садруддинзода О.Б.	186

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	186
Худойбердиев У.А., Сараев А.Р., Шокиров Т.	186
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	186
Хуснуддинов Н.З., Адилходжаев А.А., Юнусов С.Ш.	187
ЛИНЕЙНО-СШИВАЮЩИЙ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ: ТЕХНИКА И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	187
Хуснуддинов Н.З., Адилходжаев А.А., Юнусов С.Ш.	187
ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ АДЕКВАТНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ D2 ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ЛИНЕЙНО-СШИВАЮЩИМ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗОМ	187
Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж. А., Фахридинов М.Б.	188
ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКОЙ: ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ	188
Хушвахтов У.М., Шамсиев Дж.А., Амиршоев Н.Н.	188
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	188
Шавази Р.Н.....	189
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	189
Шавази Р.Н. ¹ , Райимжанова К.Ф. ²	189
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE.....	189
Шамсиев Д.А., Саъдуллозода Ф.С., Абдурахманов А.А.....	190
ПРИМЕНЕНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРЭКТОМИИ	190
Шарипов А.М., Рахмонов Ш.Ч., Шарипов П.Ш.....	190
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОУРЕТРАЛЬНОЙ ФОРМЫ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ	190
Шарипов В.Ш., Курбанов А.С., Халимов М.Р.	191
ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	191
Шарипов В.Ш. ^{1,2} , Шарипов А.В. ¹ , Абдуллаева Н.А. ¹	191
ЗНАЧЕНИЕ МРТ-ХОЛАНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	191
Шарипов М.А., Абдуллоев А.Н.	192
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА.....	192
Шарипов М.А., Гуломов И.И.	192
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	192
Шарипова М.И., Додхоева М.Ф., Шарипова Н.П.....	193
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМЕЗ РОЖЕНИЦ В РЕГИОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ.....	193
Шарипова У.А.....	193
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ.....	193
Шеглова И. В., Самандарзода Н. Ю., Борачабов А.Б.....	194
ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА (ГЛЮКОЗА И ГЛИКИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН) У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	194
Шеглова И. В., Самандарзода Н. Ю., Каюмова М. Д.....	194
ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА (ОБЩЕГО БЕЛКА И АЛЬБУМИНА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	194
Шеглова И. В., Раджабо С.М., Саидова М.....	195
ЛЕЙКОПЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	195
Шербадалова А.А., Назарова А.Р., Рустамова М.С.....	195
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЧАСТОТА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	195
Шнитко С.Н. ¹ , Терехович Т.И. ²	196
БОЕВАЯ ТРАВМА ГРУДИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ.....	196
Шоев М.А., Солихов Р.Дж., Расулов Н.И.....	196
ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	196
Шопулотова З.А., Смаглеева А.В.	197
ОТ ЦИФРОВОГО ОПРОСНИКА К ИСКУССТВЕННОМУ ИНТЕЛЛЕКТУ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ.....	197
Штаньков Н.И., Козина Е.В., Самойлов А.Н.....	197
СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИ АНАЛИЗЕ СНИМКОВ СТРУКТУРНОЙ ОКТА МАКУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИИ.....	197

Эгамбердиева З.Д., Дотчанова Н.Р.	198
ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДЕНТОМИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	198
Эгамбердиева З.Д., Даминова С.Н., Элмуродова Ш.Ш.	198
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛЬФАКТОРНОГО ТРЕНИНГА ПРИ ПОСТВИРУСНОЙ ГИПОСМИИ	198
Эранов Ш.Н.	198
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	198
Эрназаров Х.И., Хакимов М.Ш.	199
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ	199
Эрназаров Х.И., Хакимов М.Ш.	200
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПТИМИЗАЦИИ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	200
Эшпулатова С.С., Авалбоева Х.У.	200
СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ РОГОВИЦЫ	200
Эшпулатова С.С., Авалбоева Х.У.	201
НАТИҶАҶОИ МУОИНАИ ОФТАЛМОЛОГИИ ДОНИШҚЎЕНИ БА КУРСИ ЯКУМ ДОХИЛШУДА	201
Юлдошев А.Н. ¹ , Али-Заде С.Г. ²	201
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	201
Юлдошев А.Н. ¹ , Али-Заде С.Г. ²	202
ОРГАНИЗАЦИЯ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	202
Юлдошев Р. З. ¹ , Абдулаев А. Ш. ² , Урунбоев А.Э. ¹	202
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКТИРОВАНИЯ СТРИКТУР ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	202
Юлдошева М.У., Абдуллаева Р.А., Салахиддинова Г.Н.	203
НЕОБХОДИМОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ...	203
Юлдошева М.У., Додхоева М.Ф., Шералиева М.Г.	204
ПАРАМЕТРЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ	204
Юсупов Н.А., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.	205
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ	205
Юсупов Н.А., Ахрориён З.А., Наврузова Ф.Л.	205
ЦИФРОВЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ АУДИОУСТРОЙСТВА	205
Якубова А.А., Парпиев Т.Р., Отахонов Ф.Х.	206
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОЛИПОВ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ...	206
Хасанзода С.Х. ¹ , Икром Т.Ш. ²	206
ОСОБЕННОСТЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В ВОЗРАСТЕ 13 -15 ЛЕТ	206
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	208
Абдуллоева С.А., Воронецкая К.Р., Сулаймонова Ш.А.	208
КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	208
Абдуллоева С.А., Хамидов Н.Х., Сироджов С.М.	208
ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК	208
Абдуллоева С.Н.	209
СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	209
Абдуллоева С.Н.	209
УРОВЕНЬ ПСИХООНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА И СТРУКТУРА ЕГО ДЕТЕРМИНАНТ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	209
Абдуллоева С.Н., Мустафакулова Н.И.	210
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	210
Абдуллоев Х. Дж. ¹ , Мухторзода А. Н. ² , Халилова Г. Дж. ²	210
ВОЗМОЖНОСТИ ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОЦЕНКЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	210
Агафонова Е.В., Мухамадиева К.М.	211
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С РАННЕЙ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИЕЙ	211
Агафонова Е.В., Мухамадиева К.М.	211
КЛИНИКО-ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ КАК МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН	211

Азизов О.М., Холов Ф.Л., Фаязов З.С.	212
ВАЙРОНШАВИИ ҒАЪОЛИЯТИ МАТОРИКӢ ВА РОӢӢОИ БАРТАРАФСОЗӢ ӢАНГОМИ АЛОИМИ ГӢЙЕНА - БАРРЕ	212
Азизов О.М., Холов Ф.Л., Расулов П.Ф.	212
АСАБХАСТАГӢ ӢАМӢУН ОМИЛИ ТАЪСИРИ ЭМОТСИОНАЛИ БА ӢАӢТИ БЕМОР	212
Азизова Х.Ӣ., Ӣргашов Х.Ю.	213
СТРУКТУРА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ОБРАЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ ПИЕЛОНЕФРИТА В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ	213
Акбарова Н.А., Исаева П.Н., Ёдгорова М.Ӣ.	213
ТАӢЛИЛИ СОӢТОРИ БЕМОРИӢОИ ӢАШМ ДАР САТӢИ КАТС	213
Алиева Е.Г.	214
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕИНСУЛЬТНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	214
Али-заде Н.А., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.	214
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2б В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	214
Али-заде Ш.Б.	215
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГИПОВИТАМИНОЗА D И ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИЗКИМ ВИТАМИН D-СТАТУСОМ У ШКОЛЬНИКОВ ДУШАНБЕ.	215
Али-заде Ш.Б., Мамаджанова Г.С.	215
РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОВИТАМИНОЗА D У ШКОЛЬНИКОВ С УЧЁТОМ ИСХОДНОГО УРОВНЯ 25(ОН)D.....	215
Амонов М. К.	216
ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С РАННИМИ МАРКЕРАМИ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	216
Амонова Р.Г.	216
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ: ВОЗМОЖНОСТИ ЦИФРОВОГО МОНИТОРИНГА	216
Анварова Ш.С., Хасанзода Х.К., Сафарзода А.М.	217
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ.....	217
Анварова Ш.С., Музафарова М.Ӣ., Рахимова М.С.....	218
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ОСТЕОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	218
Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Давлатмирова Г.Ш.	218
ОСТРЫЙ ДИССЕМИНированный ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	218
Асилова Н.Г., Ганиева М.Т. Фирузаи И.	218
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	218
Асилова Н.Г., Курбонова М.Н., Рахмонов Р.Р.	219
КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ.....	219
Ахмадеева Л.Р., Туйгунов М.М., Валитова Ӣ.В.	219
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА НЕВРОЛОГОМ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ОСИ «МИКРОБИОТА–ГОЛОВНОЙ МОЗГ» ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ	219
Ахмедов М.М., Саидзода Б.И., Мамадаминов О.Н.	220
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА	220
Ахроров М.М.	220
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ КАК ОСНОВА ВЫБОРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	220
Ашурова С.П., Исаева Т.Н., Фарангиси Ф.	221
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАБЕПРАЗОЛА (ПРАЗОЛАН) У БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНЫМ ГАСТРИТОМ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	221
Бабаходжаева З.Б.	221
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	221
Бабаходжаева З.Б.	221
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	221
Бадалова С.А., Бобоходжаева З.Б., Солиев М.Ф.	222
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МОНТЕЛУКАСТОМ И ЛЕВОЦЕТИРИЗИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	222
Бадалова С.А., Бобоходжаева З.Б., Солиев М.Ф.	222

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СЕРЕТИДОМ И КАРБОЦИСТЕИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	222
Баротов И.И., Сироджиддинзода И.С.	223
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЯВАНСКОГО РАЙОНА.	223
Баротов И.И., Сироджиддинзода И.С.	223
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	223
Бахтиёри А.С., Саидов К.Ч.	224
ЧАНБАХОИ МУОСИРИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ПИЕЛОНЕФРИТИ ШАДИДИ ОРИЗАНОК.	224
Бобиева Д.М. Кахарова М.Ю., Исоева М.Б.	224
ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.....	224
Бобиева Д.М. Исоева М.Б., Кахарова М.Ю.	225
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ЕЁ СВЯЗЬ С КОГНИТИВНЫМ СТАТУСОМ.....	225
Бобиева Д.М. Исоева М.Б., Сарвинози Боймурод	226
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРЕДИКТОРНАЯ МОДЕЛЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.....	226
Бобиева Н.Х. ¹ , Каримов Н.У. ²	226
КОРРЕКЦИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ.....	226
Бобиева Н.Х., Бакоев И.Б.	227
ВАЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ	227
Бобоев Ф.Д., Сулаймонова Ш.А., Худоерзода К.Х.	227
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОТЕНСА ПРИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ И РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	227
Бобоев Ф.Д., Назарова Г.О., Шарифбоев А.Х.	228
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	228
Бобоходжаев О. И. ¹ , Пулатова С.Д. ²	228
ЦИФРОВИЗАЦИЯ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТЫ ПОВЫШЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА.....	228
Бозоров С.С., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.	229
РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПАТОГЕНЕЗЕ И ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ.....	229
Боймуродов Г.А.	229
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТОРАКО-ЛЮМБАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА	229
Боймуродов П.А., Шарифбоев А.Х., Рухшонои К.	230
ОПТИМИЗАЦИЯ БАЗИСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН _н ФВ.....	230
Боймуродов П.А., Воронцовская К.Р., Замунов О.А.	230
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТАГОНИСТОВ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН _н ФВ.....	230
Бурхонзода А.Б. ¹ , Раджабов А.С. ^{1,2} , Махмудова П.У. ¹	231
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ.....	231
Валиева М.С., Мухамадиева К.М., Дырда Н.И.	231
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА.....	231
Вахобова Ф.А.	232
КОМПЛЕКСНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ АРИТМОГЕННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	232
Велияева А.С.	232
ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	232
Воронцовская К.Р., Шарифова Н.Дж., Абдулхаков Н.С.	233
ОСОБЕННОСТИ КОАГУЛЯЦИОННОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ.....	233
Воронцовская К.Р., Таджиева З.А., Юлдашев У.Р.	234
ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ДОЗ ЧЕТЫРЁХКОМПОНЕНТНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН _н ФВ	234
Вохидов Н.Б., Улмасов Х.Х., Ганиев Ш.	234
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ИСХОДЫ	234
Вохидова А.П., Хурсанов К.А.	235

РЕДКИЕ И ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ ТЕНИАРИНХОЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ	235
Вохидова А.П., Рахмонов Э.Р., Сатторова З.Т.	235
ГИМЕНОЛЕПИДОЗ ПОД МАСКОЙ ДИПИЛИДИОЗА: ПРОБЛЕМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ.....	235
Гайратзода Т.Ғ1., Ёдгорова М.Ҷ2., Шамсутдинова Г.А1.....	236
САТҲИ СОЛИМИИ АҲОЛИИ МД МСШ №15 ДАР НИМСОЛАИ АВВАЛИ СОЛИ 2026	236
Ганиева М.П., Азизов А.Н., Ходжиева Г.Б.	236
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МОЧЕВЫХ БИОМАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	236
Ганиева М.П., Азизов А.Н., Ибрагимов А.Ф.	237
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА НА ПРОГРАММНОМ ДИАЛИЗЕ	237
Гаримадов С.Н., Зокиров А.С., Исоева М.Б.	237
АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	237
Гафоров А.А., Мухамадиева К.М., Валиева М.С.	238
ТРИХОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИКРОГРАФТИНГЕ У БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.....	238
Гончаренко О.Н.	239
АЛЛЕРГИЯ НА МЕДИКАМЕНТЫ.....	239
Горецкий В. В.	239
СТРУКТУРА ОШИБОК СТУДЕНТОВ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: АНАЛИЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕКСТОВОГО ИИ-ВИРТУАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА	239
Гулямова Н.М., Амиркулова Л.Т., Шарипов М.Б.	240
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ (PL.VIVAX).....	240
Давлатмирова Г.Ш., Назаров Т.Ш., Абдукаримова Х.Т.	240
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	240
Давлатмирова Г.Ш., Ганизода М.Т., Мирханова Г.Р.	241
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ МИГРЕНИ У ЖЕНЩИН	241
Давыдов Д.А., Марченко В.Н., Щукина О.Б.	241
КИШЕЧНАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ И НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	241
Джабаров М.К., Ятимова С.А., Салихова М.А.	242
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ДУШАНБЕ	242
Джабаров М.К., Якубов Д.М., Турсункулов З.Ч.	243
СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМОТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ.....	243
Джалилзода С.С., Есаян А.М.	243
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	243
Джалилзода С.С., Есаян А.М.	244
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ КАК ФАКТОР ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА.....	244
Джалолзода М. Дж.	244
ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ГУ ГЦЗ №15 Г. ДУШАНБЕ ЗА 2025.....	244
Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Давлатбекова П.К.	245
НОРМОТЕНЗИВНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	245
Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Давлатбекова П.К.	245
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБМЕНА МЕДИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА.....	245
Джобирзода А.Б., Ганизода М.Т., Хушбахтов М.К.	246
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ ПРИ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	246
Джобиров А.Р., Исмоилзода С.Ш., Розиков А.Н.	247
СТИГМАТИЗАЦИЯ, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ И ПОТРЕБНОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В РАЙОНЕ РУДАКИ	247
Джобиров А.Р., Исмоилзода С.Ш., Розиков А.Н.	247
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТРЕВОЖНОЙ И ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В РАЙОНЕ РУДАКИ	247

Джобиров А.Р. ¹ , Бобоходжаев О.И. ²	247
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ...	247
Джумаев Н.Д. ² , Имамов О.С. ¹ , Маликов К.З. ³	248
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ: КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИФРОВЫХ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ФРАГМЕНТОВ В НАТИВНОМ РАЗРЕШЕНИИ	248
Джумахонова С.Т, Саидмурадова Ф.Л, Воронецкая К.Р.....	249
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАХИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.	249
Джураев И.У.	249
РОЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ И ХРОНИЗАЦИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	249
Джураева С.Д.	250
ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ОВАРИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	250
Дододжони А., Шарипов У.С.	250
ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	250
Дододжони А., Бекмамадова С.М., Азизова М.А.	251
РОЛЬ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	251
Донаев А.Х., Лутфуллоева Н.С., Холикназарова Р.А.	251
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	251
Донаев А.Х., Лутфуллоева Н.С., Холикназарова Р.А.	251
УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА ВОЗВРАТИВШИХСЯ МИГРАНТОВ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ	251
Дюсенов Д.О., Тирикова П.В., Фролов Д.С.....	252
ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗОВОГО КОЛХИЦИНА НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КЛЕТОЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	252
Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Мамаджанова Г.С.	252
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ОКИ В ТАДЖИКИСТАНЕ	252
Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х., Мамаджанова Г.С.	253
СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ПАРВОВИРУСУ В 19 У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ ТАДЖИКИСТАНА	253
Зайнаббibi Х.С., Иноятова Н.А.	254
ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	254
Зайнаббibi Х.С., Иноятова Н.А.	254
ПОЛОЗАВИСИМАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЁМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	254
Замунов О.А., Шарифбоев А.Х., Боймуродов П.А.	254
СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И КАНАЛЫЦЕВАЯ РЕАБСОРБЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	254
Замунов О.А., Таджиева З.А., Шарифбоев А.Х.....	255
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	255
Зарифзода И.А. ¹ , Одинаев Б.С. ² , Давлатова Н.Ф. ¹	255
БАҚАЙДГИРИИ ҶОҒАР ДАР ГУРҶҲОИ СИННУСОЛИИ ШАХСОНИ МУОИНАШУДА	255
Зигангирова Д.И., Мухаммадиева К.М.	256
РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЦИНКА В НАРУШЕНИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С КЕЛОИДАМИ	256
Зигангирова Д.И.....	256
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ	256
Зиёзода З.К., Сохибов Д.К., Бобоходжаев О.И.....	257
ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ: ОПТИМИЗАЦИЯ ФТИЗИОНЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.....	257
Зоидаева Н.З.....	257
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И РАВНИН.....	257
Зокиров А.С. Исоева М.Б., Гаримадов С.Н.	258
ИСХОДНЫЙ КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ПОЛУШАРНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	258
Зокиров А.С., Исоева М.Б., Косимов С.С.	258
ЛАТЕРАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ: КОРРЕКЦИЯ АФАЗИИ ПРИ ЛЕВОПОЛУШАРНОМ И НЕГЛЕКТ-СИНДРОМА ПРИ ПРАВОПОЛУШАРНОМ ИНСУЛЬТЕ.....	258
Зокиров А.С., Гаримадов С.Н., Зоидова С.М.	259
ВЛИЯНИЕ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МОЗГА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	259

Зокирова М.Н., Куватзода Г.Х., Исломудини Ю.....	260
ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ.....	260
Зокирова М.Н., Исломудини Ю., Шарифов М.М.	260
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА D, КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ И СОСТОЯНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	260
Зокирова М.Н., Ибрагимов А.Ф., Аюбов Ҳ.Ш.	261
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	261
Зубайдов Р.Н., Шарипова Х.Ё., Насриева М.Ф.	261
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСУДИСТО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.....	261
Зубайдов Р.Н., Шукурова Р.А., Махмудзода Х.Р.	262
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	262
Зубайдов Р.Н., Шарипова Х.Ё., Махмудзода Х.Р.	262
ВЗАИМОСВЯЗИ СОСУДИСТО-КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	262
Зубайдов Р.Н., Боев С.Н., Махмудзода Х.Р.	263
ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	263
Зубайдов Т.Н., Шукурова Р.А., Салихова М.Х.	264
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	264
Ибрагимов А.Ф., Назарова М.К.	264
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «МАТРИКС ВЛОК».....	264
Ибрагимов А.Ф., Зокирова М.Н.	265
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ	265
Ибрагимов А.Ф., Назарова М.К.	266
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИФИБРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЁГОЧНОМ ФИБРОЗЕ.....	266
Ибрагимова М.Х.	266
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ	266
Ибрагимова Р.Ш., Зокиров А.С., Исоева М.Б.	267
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ (ПИЭР) У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОАКУСТИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ	267
Изатов С.С., Таджидинов Т.Б., Гулов М.А.	267
СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН НА ОСНОВЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА	267
Икромзода К.И., Махмудов М.О., Моманд Х.	268
ПРОФИЛАКТИКА И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ.....	268
Иноятова Н.А., Исмаева Ф.Х.	268
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИРЗЕПАТИДА ПРИ ОЖИРЕНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В ТАДЖИКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	268
Исматуллохзода С.С.	269
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОТРИНИИ ПРИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ	269
Исматуллохзода С.С.	269
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ	269
Исмоилов И.И., Шаропова М.С., Тиллозода Н.	270
ВАЙРОНШАВИҶОИ АСАБӢ ВА РАВОӢӢ ДАР ЗАМИНАИ БЕМОРИҶОИ СИРОЯТӢ	270
Исмоилов И.И., Рузиева М., Розиков А.Н.	270
НОСОМОНИҶОИ РАВОӢӢ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҶОИ ОНКОЛОГӢ (ҶАНБАҶОИ ТАБОБАТӢ- БАҶҚАРОРКУНӢ)	270
Исоева М.Б., Косимов С.С., Рахимзода О.Ш.	271
КОМОРБИДНОСТЬ КАК ФАКТОР ТЯЖЕСТИ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	271
Исоева М.Б., Абдуллозода С.М., Зарифи Н.А.	271
ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА.....	271
Ишанкулова М.Ф., Ёдгорова М.Ҷ., Алиева З.Ҷ.	272
ТАҲЛИЛИ МУҚОИСАВИИ САТҶИ БЕМОРИҶОИ АСАБ ДАР НИМОСЛАИ АВВАЛИ 2025-2026 СОЛ.....	272

Кадырова Д.А., Додожони А., Баротов И.И.	273
АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	273
Кадырова Д.А.	273
СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	273
Кадырова З.Д., Шоева Ш., Наврузов Э.Ф.	274
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И РАССТРОЙСТВА ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРА: ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	274
Каландарзода Н.Р., Мустафакулова Н.И., Хусейнова М.М.	274
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ	274
Каландаров З.Ш., Таджидинов Т.Б., Камарова М.А.	274
ГЕНДЕРНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ГИССАРСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	274
Камолова Г.Н., Шамсов А.Т.	275
ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	275
Камолова Г.Н., Бобиева Н.Х., Каримов Н.У.*	275
НАРУШЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ ГЕМОФИЛИЯХ КАК ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ...	275
Камолова Г.Н., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.	276
НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	276
Каримова Г.Н., Халилова Д.А., Алимова Н.А.	276
ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	276
Каримова Г.Н.1, Марченко В.Н.2, Зоирова М.Ф.1	277
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	277
Кароматова Т.И., Бобиева Н.Х., Абдуллоев Ф.Н.*	278
ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ	278
Кароматова Т.И., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.	278
ГРИБКОВАЯ ПНЕВМОНИЯ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОИДНОМ ЛЕЙКОЗЕ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	278
Касимова Н.Б., Муниева С.Х., Ганиева К.	278
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АКНЕ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	278
Каюмов Х.Б., Мустафакулова Н.И., Мустафакулов С.С.	279
ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	279
Клеблеева Гузаль Давлятовна	280
ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ (ИММУНОКОМПЛЕКСНОМ) ВАСКУЛИТЕ	280
Колокольцев Кирилл Максимович	280
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОФИЛИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	280
Косимов С.С., Исоева М.Б.	280
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОЦЕНКЕ КАРОТИДНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК	280
Косимов С.С., Исоева М.Б.	281
КЛИНИЧЕСКИЕ И УЗДГ-ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	281
Косимов С.С., Исоева М.Б.	282
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОЦЕНКЕ КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА ПО ДАННЫМ УЗДГ	282
Куватзода Г.Х., Зокирова М.Н., Шарифов М.М.	282
СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА И ВИЧ – ИНФЕКЦИИ	282
Куватзода Г.Х. ¹ , Ходжиева Г.Б. ¹ , Боронов А. ²	283
СВЯЗЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	283
Куватзода Г.Х., Ураков К.З., Шоназарова М.А.	284
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В ОБЛАСТНОЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ имени КУТФИДДИНОВА г. ХУДЖАНДА ЗА ПЕРИОД 2015 – 2025 ГГ	284
Курбонов А.Д., Ёдгорова М.Дж., Мирзокаримов У.М.	284
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	284
Курбонова М.Н., Толибова Л.Н., Саидов П.А.	285
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С БОКОВЫМ АМИОТРОФИЧЕСКИМ СКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ДЕБЮТА	285

Курбонова М.Н., Исрофилзода М.О., Асилова Н.Г.	285
КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА	285
Курмангалиева С.С., Бактикулова К.В., Курмангалиев К.Б.	285
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ (HBV, HCV) ЭТИОЛОГИИ: АНАЛИЗ ДАННЫХ МЕТА-АНАЛИЗА	285
Лакаева Р.Б., Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С.	286
КАРДИОГЕННЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	286
Мадалиев К.А., Қосимзода А.М., Мухамадиева К.М.	286
НОРАСОИИ МИС ВА ИХТИЛОЛИ МУБОДИЛАИ ЛИПИДҲО ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ХАДШАҲОИ КЕЛОИДӢ	286
Мадалиев К.А., Мухамадиева К.М., Валиева М.С.	287
НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ	287
Маджидова Ш.А.	288
ОЦЕНКА УРОВНЯ ВАКЦИНАЦИИ И ПРИЧИН ОТКАЗОВ ОТ ПРИВИВОК НА УРОВНЕ ПМСП	288
Маджидова Ш.А., Мухтоджзода С.Н.	288
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП	288
Маджидова М.М., Махмудзода Х.Р.	288
ОЦЕНКА И ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭМПАГЛИФЛОЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА	288
Маджидова М.М., Махмудзода Х.Р.	289
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ICD И CRT-D У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	289
Маликов Н.В., Нисанбаева З.Х., Салихова А.Х.	289
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ) ГРАЖДАН ВРАЧОМ ПСИХИАТРОМ НАРКОЛОГОМ	289
Маликов Н.В., Нисанбаева З.Х., Раджабов А.Б.	290
ВЫЯВЛЕНИЕ ГРАЖДАН УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ) В ГУ РКЦН им. М.Г. ГУЛЯМОВА	290
Мардиев О.А.	290
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: РОЛЬ ПОЛУШАРНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ	290
Зувайдов Х.Ф., Матинов Ш.К., Сафаралиев М.К.	291
ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	291
Махмуродова Т.А. ^{1,2,3} , Шарифзода Р.Н. ^{2,4} , Рахмонзода Ф.Ф. ^{2,5}	292
ВСПЫШКА БОТУЛИЗМА В РАЙОНЕ ТЕМУРМАЛИК, ТАДЖИКИСТАН, НОЯБРЬ 2024 ГОДА	292
Мехмонов П. Х., Нодирова З.С.	292
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД	292
Мехмонов П.Х., Нодирова З.С.	293
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ-ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	293
Мирзокаримов У.М., Ёдгорова М.Дж., Махмаджонов Р.М.	293
СТРУКТУРА И ХАРАКТЕРИСТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	293
Мирзокаримова Н.С.	294
СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	294
Мирзокаримова Н.С.	294
АСКАРИДОЗ ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ	294
Мирсаидуллаев М.М.	295
ТРАНСНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОПУЛЯЦИОННОГО СКРИНИНГА	295
Мирсаидуллаев М.М.	295
КОМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	295
Миршарофов М.М., Гулбекова З.А.	296
ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: СТРУКТУРА СИМПТОМОВ И ОБОСНОВАНИЕ ОЦЕНКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ	296
Мубаширова Г.Ф.	296
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПЛАНТАРНОМ ФАСЦИИТЕ, ОПТИМАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ И ДОЗИРОВКИ	296

Музафарова А.Л., Самадов Ш.Х.	297
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИТУРИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ.....	297
Музафарова А.Л., Саидмуродова Ф.Л., Насриддинов Ф.М.	297
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	297
Мукаримова Д.А., Ёдгоров М.Дж., Нуруллозода З.Х.	298
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	298
Муниева С.Х., Азизова Т.З., Муродзода Н.С.	298
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ	298
Муродов Н. М., Курбонов А.Д., Зоидова Ш.К.	299
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	299
Муродов Н.М., Курбонова Д., Зоидова Ш.К.	299
РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Кафедра семейной медицины ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.Таджикистан.	299
Мустафакулова Н.И., Каландарзода Н. Р., Хусейнова М.М.	300
ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	300
Мустафакулова Н.И., Мирзокаримова Н.С., Махмадализода Ф.Н.	300
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ОСЛОЖНЁННАЯ СЕПСИСОМ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	300
Мустафакулова Ш.И.	301
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДАРСОНАЛИЗАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ И ДОЛГО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН (УЛУЧШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И БАКТЕРИЦИДНЫЙ ЭФФЕКТ).....	301
Мухамадиева К.М., Закария Э.К., Сафаров Ш.А.	301
ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ.....	301
Мухамадиева К.М., Гафоров А.А., Валиева М.С.	302
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКЕ К МИКРОГРАФТИНГУ У БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.....	302
Мухамедова М.А., Олимова Н.М.	302
ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 - ТИПА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ ИНСУЛИНОВОЙ ПОМПОЙ (MEDTRONIC MINIMED 720G).....	302
Мухтожзода С.Н., Маджидова Ш.А.	303
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАНА.....	303
Мухторзода Асрор Намак, Мустафакулова Н.И., Хакими Мохаммад ага	303
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ.....	303
Мухторзода А.Н., Мустафакулова Н.И.	304
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОФИЛИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	304
Назаров Т.Ш., Ганизода М.Т., Джобирзода А.Б.	304
РАЗВИТИЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	304
Назаров Т.Ш., Ганизода М.Т., Исрофилзода М.О.	305
РОЛЬ РАННЕЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	305
Назарова Г.О., Хамидов Н.Х., Абдуллоева С.А.	305
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	305
Назарова Г.О. Бобоев Ф.Д., Сохибов Р.Г.	305
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ	305
Назарова М.К.	306
ВАРИАНТЫ ЭНДОБРОНХИТА СО СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМ СЕКРЕТОМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХОБЛ	306
Назарова М.К.	306
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗАМИ	306
Насриева М.Ф., Ятимова С.А., Хайдарова Ф.Ф.	306
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: РОЛЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ.....	306
Негматова Н., Исоева М.Б. Максимова Ш.С.	307
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА	307
Негматова Н.Х., Исоева М.Б. Максимова Ш.С.	307

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	307
Нисанбаева З.Х., Салихова А.Х., Шарипов Р.М.	308
ФАКТОРЫ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОПЫТОМ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ИДЕАЦИЕЙ.....	308
Нисанбаева З.Х., Салихова А.Х., Маликов Н.В.	309
РОЛЬ АКАТИЗИИ В ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	309
Ниязова Н.Ф., Турсунова С.Б.	309
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	309
Ниязова Н.Ф.	309
ЧАСТОТА ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН: РЕЗУЛЬТАТЫ БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА.....	309
Носирова М.П. ¹ , Ёдгорова М.Д. ¹ , Амонова У.Ф. ²	310
МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	310
Носирова М.П., Иномзода Д.И., Хомидова Г.Б.	311
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ НВ-ИНФЕКЦИИ	311
Нурматова Г.С., Халимов С.А.	311
ДИНАМИКА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ	311
Нурматова Г.С., Халимов С.А.	312
ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	312
Нуров М.Г., Ходжиев Ш.Р., Юлдошев Ш.	312
ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В ПМСП ДАНГАРИНСКОГО РАЙОНА	312
Нуров М.Г., Зардиев А.М., Ходжиев Ш.Р.	313
СТРУКТУРА УЧЁТНЫХ КАТЕГОРИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ	313
Нуруллозода З.Х.	313
КЛИНИКО - РЕЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ОЛИГОФРЕНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ	313
Нуруллозода З.Х. ¹ , Умарова Ф.З. ¹ , Эшмуродов И.Х. ²	313
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ КОРЬ, ПАРАТИТ И КРАСНУХА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА У ДЕТЕЙ.....	313
Обидов Ф.Х.	314
АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ БИОМАРКЕРОВ	314
Обидова Ш.В., Ахмедшоева Р.Г., Абдуллоева С.Н.	315
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ПОКАЗАТЕЛИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Г. НУРЕКА ЗА 2024-2025 ГОДЫ.....	315
Обидова Ш.В., Искандарова З.И., Холматова А.И.	315
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТЕНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДОМАШНИХ РОДОВ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Г. НУРЕКА ЗА 2024-2025 ГОДЫ....	315
Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.	316
СОЧЕТАНИЕ ЗАПИСЕЙ О ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ДИСПАНСЕРНЫХ КАРТАХ	316
Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.	316
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 И 2 ТИПОВ	316
Омонов Э.О., Омонова Г.Э., Назармаматов Б.Б.	316
АЛЛОИМУНИЗАТСИЯ RND ДАР СИСТЕМАИ МОДАР ВА ЧАНИН: МЕХАНИЗМ ВА ПЕШГИРӢ	316
Панжиева Н.Н., Хайдаров Н.К.	317
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИСХОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ОСНОВЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	317
Панжиева Н.Н., Хайдаров Н.К.	317
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ГЛУБОКОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО ДАННЫМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ	317
Пахнова Л.Р. ¹ , Воронина Л.П. ²	318
ДИАГНОСТИКА КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	318
Пахнова Л.Р. ¹ , Воронина Л.П. ²	318
ДИАГНОСТИКА ЗАСТОЙНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	318
Пачаджанова Х.Н., Хакимова З.Ф.	319

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ СОПУСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ.....	319
Пачаджанова Х.Н. Хакимова З.Ф.	320
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	320
Пирматова М.А.	320
ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО–ТЁРНЕРА (45,X) У ПАЦИЕНТКИ СО СПОНТАННЫМ ПУБЕРТАТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	320
Пирмахмадзода Б.П., Бадридинова Н.А., Норов О.Д.	321
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КОЖНОГО ТЕСТА СУ-ТБ (SILTIVSU) СРЕДИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ	321
Пирова Г.Д. ¹ , Раджабзода С.Р. ² , Кадырова З.Д. ¹	321
СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ СИМПТОМЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЁН ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОЙ УЯЗВИМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ	321
Попова Н.М., Хорошева В.С., Тюлькина Е.А.	322
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ОСНОВЕ ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ	322
Раджабзода С.Р., Джонова Б.Ю., Дустов Дж.Х.	323
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА В РАМКАХ ПИЛОТНОЙ ПРОГРАММЫ СКРИНИНГА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	323
Рахимзода О.Ш., Рахимов А.Г., Косимов С.С.	323
РОЛЬ ЦИФРОВОЙ НАГРУЗКИ И НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА СНА В ФОРМИРОВАНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ	323
Рахимова Д.З., Акрамов А.Б., Хамидов Ф.М.	324
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	324
Рахимова Д.З., Сохибов Р.Г., Нурализода А.Н.	324
ИНДЕКСНЫЙ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У МОЛОДЫХ: ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДЕПРЕССИИ	324
Рахимова М.С., Ниязова Н.Ф.	325
КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ	325
Рахматов А.Б., Рахматова Д.В., Расулова Н.А.	325
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С НАЛИЧИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	325
Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К.	326
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ	326
Рахматов А.Б., Акрамов А.Р.	327
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ	327
Рахматуллоева З.Р., Ёгорова М.Л., Хайдарова С.Ф.	327
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	327
Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Умарова Ф.З.	328
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	328
Рахматуллоева З.Р., Хайдарова С.Ф., Нуруллозода З.Х.	328
МАНИФЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА	328
Рахмонзода Ф.М., Мухамадиева К.М., Хомидов М.Ф.	329
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ PRP-ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОНИДЛИНГА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО	329
Рахмонов А.Ш., Латипов М.С., Табарова Д.Дж.	329
ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ	329
Рахмонов А.Ш., Гадоева Ф.Дж., Латипов М.С., Исодухт Б.У.	330
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	330
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Абдуллаева Д.Ю.	330
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: ОБЗОР МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ	330
Рахмонов Дж.Т., Джамолова Р.Дж., Мирзоев Х.Ш.	331
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ GINA 2026	331
¹ Рахмонов Дж.Э., ² Хамидов З.А., ¹ Тошева Ш.А.	331
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БОТУЛИЗМА В ДАНГАРИНСКОМ РАЙОНЕ	331

Рахмонов Дж.Э., Боймуродов А.А.	332
АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ БОТУЛИЗМЕ.....	332
Розиков У.И., Розиков Ш.И., Рустамзода Ш.Дж.	333
УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СКРИНИНГ	333
Романюк Д.Д., Бричковский А.И., Лакотко Т.Г.	333
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ.....	333
Рофизода Х.Ш., Бобоева М.С.....	334
ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ.....	334
Рубинштейн А.А. ^{1,2} , Марченко В.Н. ³ , Галагудза М.М. ¹	334
ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ИНГИБИТОРОВ ИЛ-17А НА 16 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ	334
Рузиева Амира Асроровна, Мавлянова Зилола Фархадовна	335
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО КОНТРОЛЯ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ-ФУТБОЛИСТОВ.	335
Русских О.Е., Бородин А.А.....	335
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	335
Рустамкулова Г.Ш., Рустамкулова З.Ш., Миракова С.О.	336
УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА В ЧЕТЫРЁХ ДЖАМОАТАХ РАЙОНА ДЖ. БАЛХИ	336
Рухшонаи К., Шарифова Н. Дж., Воронцовская К.Р.	336
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	336
Рухшонаи К., Таджиева З.А., Худоёрзода К.Х.	336
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	336
Рысбекова Г.Б., Мендигали Д. К.....	337
КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМАРКЕРОВ И АЛГОРИТМОВ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ В РАННЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	337
Саиджамоллов К.М., Бобоходжаев О.И., Пирмахамдзода Б.П.....	337
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗ У ДЕТЕЙ.....	337
Саидзода Б.И., Косимзода А.М., Гадоев М.А., Кулмадов А.Ш.	338
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	338
Саидмуродова Ф.Л., Асомуродова Ш.Ш., Исоева Т.Н.	339
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В КАРДИОЛОГИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОГО РИСКА	339
Саидмуродова Ф.Л., Джумахонова С.Т., Ашурова С.П.	339
СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРИТМИЯМИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	339
Саидов П.А., Исрофилзода М.О.....	339
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ.....	339
Саидов С.С., Хакимов В.Б., Маликов Н.В.	340
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	340
Саидова Ф.И.....	340
ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	340
Сайдалиев А.Ф., Гуломов А.Х., Рахмонов Ч.Э.....	341
ҲОДИСАҲОИ ПАЙДОИШИ БЕМОРИИ БОТУЛИЗМ ДАР ҶАМОАТИ ОХИР ДАР ШАҲРИ НОРАК.....	341
Сайфиева Н.М.	341
ХУСУСИЯТҲОИ СИНДРОМИ БАНДУБАСТӢ ҲАНГОМИ ГЕМОФИЛИЯҲО.....	341
Сайфиева Н.М., Шамсов А.Т.	342
ИСХОД ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТА С ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ	342
Сайфиева Н.М., Бобиева Н.Х., Абдуллоев Ф.Н.*	342
КОРРЕКЦИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	342
Салихова А.Х., Нисанбаева З.Х., Хакимов В.Б.	343
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	343
Салихова А.Х., Нисанбаева З.Х., Абдуллохзода С.Дж.	343
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОСЛОЖНЁННЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДАМИ	343
Салихова М.Х., Зубайдов Р.Н., Ятимова С.А.,	344
ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПО ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ	344
Салихова М.Х. Салихова М.Х., Ятимова С.А., Джабаров М.К.	344

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ ERS-RA И ЕГО СВЯЗЬ С РАННИМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	344
Самиджонova С.Б., Бустонов М.О.	345
АНАМНЕЗ ВА ШИКОЯТҲОИ КӯДАКОН БО ПАТОЛОГИЯИ АДЕНОИДҲО: ТАҲЛИЛИ САБТҲОИ КЛИНИКӢ	345
Самиева Ш.Т., Шарифзода С.Г., Насриддинов Ф.М.	345
ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	345
Сафаров Ш.А., Мухамадиева К.М., Закария Э.К.	345
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМОРБИДНОГО ФОНА	345
Серикова М.С., Исакова А.С., Садуақасова А.А.	346
ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	346
Сиродждинова У.Ю., Нурова Г.М.	347
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ ДЕТЕЙ.....	347
Сироджов С.М., Шарифова Н.Дж.	347
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ NT-proBNP У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И КАРДИОРЕНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	347
Сироджов С.М., Шарифова Н.Дж., Воронецкая К.Р.	347
РОЛЬ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	347
Собиров М.С., Одинаев Б.С., Омонов Э.О.	348
ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДВУХ СХЕМАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	348
Сохибов Р.Г., Боймуродов П.А., Шарифбоев А.Х.	348
СРАВНИТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ОКС ПО ПОЛУ, ВОЗРАСТУ И МАССЕ ТЕЛА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 1-ГО (2009–2012 ГГ.) И 2-ГО (2019–2022 ГГ.) ПЕРИОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	348
Сохибов Р.Г., Шарифова Н.Дж., Нурализода А.Н.....	349
ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ С МЕЛАТОНИНОМ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	349
Субханова З.И.	349
ЗАТЯЖНЫЕ ПНЕВМОНИИ: ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	349
Субханова З.И.	350
КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТНОСИТЕЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ КРОВИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	350
Субханова З.И., Субханова Г.С.	350
КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	350
Султонова С.С., Зоидбоева Н.З., Одинаев Ш.Ф.	351
СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У РАБОЧИХ ЦЕМЕНТНОГО ПРОИЗВОДСТВА С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	351
Таджиудинов Т.Б., Мирализода А.Х., Тоджиудинов Х.А.	352
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ВЕДУЩИЙ КОМОРБИДНЫЙ ФОН ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН: ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	352
Таджиудинов Т.Б., Давлатмирова Г.Ш., Давлатов Э.Х.....	352
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРЕДИАБЕТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	352
Таджиудинов Т.Б., Оймахмадов Ш.Р.....	352
СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	352
Таджиева З.А., Воронецкая К.Р., Муминова Д.И.	353
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	353
Талабова М.М., Хайдарова Ф., Асламова М.М.	353
СПЕКТР И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ.....	353
Талабова М.М., Хайдарова Ф., Асламова М.М.	354
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ	354

Толибзода А.Н., Ниязова Н.Ф.	354
ХУСУСИЯТҲОИ ВОБАСТА БА СИННИ ПРОФИЛИ АУТОАНТИТЕЛАҲО ҲАНГОМИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВЪИ 1 ДАР КӮДАКОН ВА НАВРАСОНИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ	354
Уахитова Ж.Т., Плясовская С.В.	355
ИСХОДНЫЙ ПРОФИЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА ДЛЯ ЦИФРОВОЙ СТРАТИФИКАЦИИ У ВЗРОСЛОГО ТРУДОСПОСОбНОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА	355
Узаков Ж.Б.	355
КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ	355
Укуматшоева Л.Ш., Пирмахмадзода Б.П., Курбоналиева Т.М.	356
СТРУКТУРА И ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЁЗА В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ В 2025 ГОДУ	356
Укуматшоева Л.Ш., Мирзоева М. Б., Шарвонова Г.Б.	356
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ В Г. ДУШАНБЕ ЗА 2025 ГОД	356
Умаров А.А., Умарова С.А., Елназарова Ш.О.	357
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	357
Умаров А.А., Умарова С.А., Таджиева З.А.	357
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	357
Умарова М.Ф., Миршарофов М.М.	358
МИРМЕД — ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА С ИНТЕГРИРОВАННЫМИ ИИ-ПОМОЩНИКАМИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ	358
Умарова С. А. Умаров А.А., Шарифова Н.Дж.	358
ВЛИЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	358
Умарова С. А., Умаров А.А., Шарифова Н.Дж.	359
ФУНКЦИОНАЛЬНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛАЗАРТАНОМ	359
Умарова Ф.З ¹ , Нуруллозода З.Х ¹ , Сайдахмадова О.З ²	359
ТАҲЛИЛИ СОҲТОРИ БЕМОРИҲОИ ЧАШМ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА, КИ ДАР САТҲИ АМБУЛАТОРИ БА ҚАЙД ГИРИФТА ШУДААНД	359
Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шоназарова М.А.	360
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ	360
Ураков К.З., Куватзода Г.Х., Ходжиева Г.Б.	360
ПОСТУПЛЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ	360
Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Ганиева М.П., Аюбов Х.Ш.	361
КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИСТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ	361
Урунова Ш.Д., Нажмидинова М.Н., Косимов С.С.	361
МИГРЕНЬ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	361
Усинская О.А., Смирнов Г.В., Кульгашова М.А.	362
МЛАДЕНЧЕСКАЯ ГЕАНГИОМА ГОРТАНИ, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	362
Файзиева Д.Ш.	362
ВЫРАЖЕННОСТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	362
Файзиева Д.Ш.	363
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ И ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ СДВИГ ПРИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	363
Файзов Р.К., Файзов Ф.Р.	363
ДИНАМИКА СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С УВЧ-ТЕРАПИЕЙ	363
Файзов Ф.Р., Азимов Ч.Т., Собиров М.С.	364
ҲИССАИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИ ДАР СОҲТОРИ ТАШҲИСҲОИ БЕМОРҲОНАВИИ ДИЛУ РАҒҲО .	364
Файзуллоев А.Х., Исоева М.Б., Ибрагимова Р.Ш.	364
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	364
Файзуллоев А.Х. Исоева М.Б., Рахимзода О.Ш.	365
ВЛИЯНИЕ СРОКОВ БОТУЛИНОТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТЬЮ	365
Файзуллоев А.Х., Зоидова С.М., Сарвинози Боймурод	365
РАЗРАБОТКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ И АЛГОРИТМА ВЫБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ	365
Фаттоева Н.В.	366
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРИПАЗИМА ПРИ ШЕЙНО-ГРУДНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	366
Фаттоева Н.В.	366

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (УВЧ + ЭЛЕКТРОФОРЕЗ) ПРИ ПНЕВМОНИИ В СТАДИИ РАЗРЕШЕНИЯ.....	366
Филатова К.М., Немчанинова О.Б.	367
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 755 НМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ СИСТЕМНЫМ ИЗОТРЕТИНОИНОМ.....	367
Хайдарова С.Ф., Ёдгорова М.Дж., Рахматуллоева З.Р.	368
КОМОРБИДНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ.....	368
Хайдарова С.Ф., Рахматуллоева З.Р., Умарова Ф.З.	368
ЗНАЧЕНИЕ ПУНКТАОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИАРЕЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПМСП.....	368
Хайруллозода В.М., Баротова А.М., Эргашев Х.Ю.	369
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	369
Хакимов В.Б., Саидов С.С., Тагоев А.А.	369
ФАКТОРЫ РИСКА, РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	369
Хакимов В.Б., Маликов Н.В., Саидов С.С.	369
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ФАКТОРЫ РИСКА И НАПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ.....	369
Халикова Н.А.	370
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА.....	370
Халикова Н.А.	370
НАБЛЮДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	370
Халилова Д.А., Шарипова М.А., Рустамова О.Р.	371
ПАЦИЕНТЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ, ИМЕЮЩИЕ КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ.....	371
Халилова Д.А., Каримова Г.Н., Алимова Н.А.	371
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ДЕБЮТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.....	371
Халимов С.М., Салихов О.Х., Фируза Ф.	372
МИНИИНВАЗИВНОЕ ЗАКРЫТИЕ РЕШЕТЧАТОГО СВИЩА КУЛЬТЫ ГЛАВНОГО БРОНХА ПРИ ЗАТЯЖНОЙ ПОСТПНЕВМОНЭКТОМИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ.....	372
Хасанов Дж.М.	372
НЕКОТОРЫЕ СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ.....	372
Хасанов Алишер Юрьевич, Мавлянова Зилола Фархадовна.....	373
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	373
Хафизов Х.М., Абдурахимов А.А., Рахматшоева П.Ш.	373
РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТУ.....	373
Ходжаева М.М., Холматова Г.К., Хайдарова Ф.М.	374
РАХИТ КАК ФОНОВОЕ СОСТОЯНИЕ И ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	374
Ходжиев М.А., Юшкова О.И., Зикриёева Г.С.	374
ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИПОКИНЕЗИИ НА РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА.....	374
Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Бабакулова М.Х., Курбанов М.М.	375
ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ.....	375
Ходжиева Г.Б., Ураков К.З., Бабакулова М.Х., Курбанов М.М.	376
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ.....	376
Холматова А.И., Рузиева М.Дж., Бобоев Ф.,	376
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ В СЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ВОРОШИЛОВ КУШОНИЁНСКОГО РАЙОНА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	376
Холматова Г.К., Хочиев Х.М., Рахмонова Х.А.	377
РОЛЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЦП В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ.....	377
Холматова Г.К., Рахимов Ф.С., Юнусов М.Р.	377
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ПОДРОСТКОВ.....	377
Холмуродзода Ф.Ш., Сатторов О., Шукурова Х.Э.	378
ТАҲЛИЛИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ КЛИНИКӢ ВА УСУЛҲОИ ТАБОБАТ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БЕМОРИҲОИ ДИЛ.....	378
Хомидова Г.Б. ¹ , Каримзода М.К. ² , Джураева М.Х. ³	378
СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ.....	378

Хочиев Х.М., Юнусов М.Р., Исоева М.Б.	379
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	379
Хочиев Х.М., Исоева М.Б., Муминов Ф.С.	380
ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ЭЭГ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ	380
Хусейнзода З.Х. ¹ , Хамидов Ф. М. ²	380
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ: ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ К ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ»	380
Цой В.Н., Каримзода М.Б., Рахманов Э.Р.	381
ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МОЛНИЕНОСНОЙ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	381
Цой В.Н., Ёрова С.К., Хабибуллоев Ш.Б.	381
СТРУКТУРА И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ КОРИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	381
Шамсов А.Т.	382
БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТА С ИСТИННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЕЙ	382
Шамсов А.Т.	383
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ	383
Шарипова Х.Ё., Зубайдов Р.Н., Нусратов К.А.	383
СПЕКТР СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	383
Шарифбоев А.Х., Сохибов Р.Г., Боймуродов П.А.	384
ФЕРРИТИН И ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА КАК МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	384
Шарифбоев А.Х. ¹ , Шарифова Н.Дж. ¹ , Мусоева З.Б. ²	385
ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	385
Шарифзода Х.С., Ёдгорова М.Дж., Мукарамова Д.А.	385
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА	385
Шарифов М.М., Куватзода Г.Х.	386
КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНАЯ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГУ НМЦ РТ «ШИФОБАХШ»	386
Шаропова М.С., Исмаилов И.И., Тагаев А.А.	386
ПАРАНОЙЯЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	386
Шаропова М.С., Исмаилов И.И., Маликов Н.В.	386
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЭТАПНОСТИ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВА ПРИЁМА ПИЩИ	386
Шоева Ш., Кадырова З.Д., Тагоев А.А.	387
ФАКТОРЫ ДЕТСКОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ	387
Шоназарова М.А., Ураков К.З., Зокирова М.Н.	387
КАРДИОПРОТЕКЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	387
Шоназарова М.А., Ураков К.З., Ибрагимов А.Ф.	388
ОПТИМИЗАЦИЯ ШКАЛЫ NFA-ICOS ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	388
Шопулотов Ш.А.	388
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ IL-17A G-197A И TLR4 Asp299Gly В РАЗВИТИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА	388
Шукуров С.Г. ^{1,2} , Раджабов А.С. ² , Икромзода К.И. ²	389
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ИНФОРМАЦИОННОЙ ЛОГИСТИКИ ДЛЯ СБОРА И ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	389
Шукуров С.Г. ^{1,2} , Розиков Ш.И. ² , Зиёзода З.К. ²	390
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СБОРА, ХРАНЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В РАЙОНАХ РАШТСКОГО РЕГИОНА	390
Шукурова Р.А., Зубайдов Р.Н., Самадова М.Г.	390
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	390
Шукурова Р.А., Зубайдов Р.Н., Самадова М.Г.	391
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	391
Юлдашева М.У., Ниязова Н.Ф.	391
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D С КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	391
Юлдашева М.У.	392

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ВИТАМИНА D, АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	392
Юнусов М.Р., Исоева М.Б., Хочиев Х.М.	392
НЕЙРОСОНОГРАФИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ ИСХОДОВ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЁННЫХ.....	392
Юнусов М.Р., Исоева М.Б. Хочиев Х.М.	393
БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ ТКАНИ (S100B, NSE) В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ (ОБОЗР ЛИТЕРАТУРЫ)	393
Юнусов М.Р., Косимов С.С., Исоева М.Б.	393
РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	393
Юсупова М.Х.	394
ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	394
Юсупова М.Х.	395
ОЦЕНКА ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	395
Юшкова О.И., Ходжиев М.А., Нутмонова М.А.	395
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР, ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ, ЯВИВШИЙСЯ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ.....	395
Юшкова О.И., Ходжиев М.А., Капустина А. В.	396
ОЦЕНКУ УРОВЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ШКОЛЬНЫХ УЧИТЕЛЕЙ И ДИСПЕТЧЕРОВ	396
Ятимова С.А., Джаборов М.К., Насриева М.Ф.	396
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.....	396
Ятимова С.А., Насриева М.Ф., Салихова М.А.	397
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ГСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН НА ПРИМЕРЕ РКЦК.....	397
ПЕДИАТРИЯ	398
Абдукадирова Н.Б., Ярмухамедова Н.А., Лим М.В.	398
ЦИФРОВАЯ АУСКУЛЬТАЦИЯ В ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПНЕВМОНИИ	398
Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Кадырова М. Р.	398
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	398
Абдуллаева Н.А., Хайдарова О.Ф., Кадырова М. Р.	399
ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ,	399
Абдурахманова У.Ш., Исмаилов К.И., Давлатова С.Н.	399
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА В ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОМЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЁННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ	399
Азимова Ш.З.	400
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	400
Азимова Ш.З.	400
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ.....	400
Азимова Ш.З.	401
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТЕРМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	401
Али-заде Ш.Б., Мамаджанова Г.С.	401
АССОЦИАЦИЯ СЫВОРОТОЧНОГО 25-ГИДРОКСИВИТАМИНА D С КОГНИТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	401
Али-заде Ш.Б.	402
ВИТАМИН D И РЕСПИРАТОРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ.....	402
Алишерова Н.А.	402
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	402
Алишерова Н.А.	403
НЕДОНОШЕННОСТЬ И НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЁХ ЛЕТ ЖИЗНИ	403
Алишерова Н.А.	403
ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	403
Аминджонова Д.Р., Саидмуратова Г.М., Ходжаева Н.М.	404
КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАК КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КОВИДА-19 У ДЕТЕЙ.....	404

Асламзода Г.К. ^{1,2} , Музаффаров Ш.С. ¹ , Икромӣ Т.Ш. ²	404
ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ПОЛ И СОСТОЯНИЕ АОС У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СТРАДАЮЩИХ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....	404
Ахмедова У.М., Дусматов Д., Назаров Дж.Т.....	405
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ, ОБСЛЕДОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	405
Бабаева Л.А., Якубова З.Х.....	405
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ	405
Бабаева Л.А.	406
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	406
Бадалова З.А.	407
КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА КАК ПРЕДИКТОР БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	407
Бадалова З.А.	407
РОЛЬ РАННЕГО ОТКАЗА ОТ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕФИЦИТА МИКРОНУТРИЕНТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	407
Бадалова З.А.	408
СЕПСИС НА ФОНЕ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	408
Бакоев Ф.С.	408
ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН: РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ.....	408
Богданьянц М.В.	409
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	409
Гайратова Н.Н. ¹ , Шарифзода З.У. ² , Халилова Г.Б. ¹	409
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИИ У ДЕТЕЙ.....	409
Гафурова Р.Р., Файзуллина Р.М., Кудаярова Л.Р.	410
ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОБРАБОТКЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	410
Давлатова Дж.Дж.....	410
СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИИ.....	410
Давлатова Дж.Дж.....	411
РАЦИОНАЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	411
Давлатова Дж.Дж.....	411
ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	411
Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш.....	412
КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЁННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ.....	412
Давлатова С.Н., Фирузова Ф.Ф., Асламова Г.К.	412
НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ У ДЕТЕЙ	412
Давлатова С.Н., Ахрорзода М.А., Файзуллоев Ф.А.	413
УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ У РЕБЁНКА 12 ЛЕТ	413
Джаббаров С.С.	414
ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	414
Джаббаров С.С.	414
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ	414
Джабаров С.С.	415
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В ПЕРВЫЕ ТРИ ГОДА ЖИЗНИ	415
Джаббарова Ю.Ю., Саидмурадова Г.М., Комилов И.А.	415
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	415
Джумаева Л.Ф. ^{1,2} , Исмаилова М.А. ² , Хамидова С.Н. ³	416
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ.....	416
Додхоев Д.С.	416
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НИЗКОДОЗОВОГО РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИММУННЫЙ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ.....	416
Досанова А.М., Додхох Дж.С.....	417
ОХВАТ ДЕТСКОЙ ИММУНИЗАЦИЕЙ, НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ И РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ	417
Дусматов Д.Ш., Назаров Ҷ.Т., Азимов А.С.	417

ИСТИФОДАИ ОҚИЛОНАИ АНТИБИОТИКҲО ДАР КЎДАКОН: АСОСНОККУНИИ ТАЪИН ВА АРЗЁБИИ МУВОФИҚАТ	417
Дусматов Д.С., Назаров Дж.Т.	418
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ В ПЕДИАТРИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	418
Исмаилов К.И., Зайнудинова П.К., Асламова Г.К.	418
НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	418
Исмаилов К.И., Фирузова Ф.Ф.	419
СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИОЛИТЕ	419
Исоева М.М., Саидмуродова Г.М., Юсупов А.О.	419
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	419
Ишмирзоев Ч.Р.	420
ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	420
Ишмирзоев Ч.Р.	421
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	421
Кабилова Б.Х.	421
АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ: СТРУКТУРА, ЗНАЧИМОСТЬ И МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ	421
Кабилова Б.Х.	421
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО	421
Кадырова М.К., Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А.	422
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	422
Кадырова М.К., Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А.	423
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА А, ПРОТЕКАЮЩИЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРЕМОРБИДНОМ ФОНЕ	423
Каландарова М.М., Саидмуродова Г.М., Сайёраи Умарали	423
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ	423
Каримзода М.Б., Саидмуродова Г.М., Нарзуллаева М.М.	424
НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	424
Кобилова М.Б.	424
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	424
Кодирова М.К.	425
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРЁХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА У НОВОРОЖДЁННЫХ	425
Кузибаева Н.К., Сатторова А.П.	426
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	426
Кузибаева Н.К., Таджибаева З.А.	426
ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	426
Кузибаева Н. К., Сатторова А.П.	427
ЭКСТРААРТИКУЛЯРНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ	427
Курбонов Н.Б., Давлатова С.Н., Абдурахманова У.Ш.	427
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	427
Мадамонов Ш.Ш.	428
ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	428
Мадамонов Ш.Ш.	428
ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	428
Мамаджанова Г.С.	429
ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	429
Мамаджанова Г.С.	429
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ	429
Мамаджанова Г.С., Саидмуродова Г.М.	429
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	429
Мамаджанова М.Г.1, Ходжаева Н.М.1, Файзуллоев Н.2	430
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	430
Маматов Ч.А., Кузибаева Н.К.	430

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ	430
Маткаримова А.А. ¹ , Исмаилова А.А. ² , Жиемуратова Г.К. ³	431
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ У ДЕТЕЙ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ	431
Махмудова М.М.	431
РАДИАЦИОННЫЙ ФОН И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЗАВИСИМОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ	431
Мирзасева Г.К.	432
ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ	432
Мирзоева З.Э.	432
ИЗУЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	432
Мирзоева З.Э.	433
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	433
Музаффаров Ш.С., Асламзода Г.К.	433
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ	433
Муминова Р.М., Сатторов М.А., Кузиебаева Н.К.	434
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ	434
Муродова М.К., Маматов Ч.А.	434
ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	434
Наврузкулова Ш.Ф.	435
ФАКТОРЫ РИСКА БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ	435
Наврузкулова Ш.Ф.	435
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ	435
Назарова З.С., Саидмурадова Г.М., Джаббаров Ю.Ю.	436
ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ С КОРЬЮ	436
Назарова С.Б.	436
ИЗМЕНЕНИЯ ФОНОВОЙ АКТИВНОСТИ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	436
Насратуллах Рахматуллах, Маматова Г.	437
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	437
Насридинова Н.Н.	437
ГЕСТАЦИОННАЯ ЗРЕЛОСТЬ КАК ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ	437
Насридинова Н.Н.	438
СЕПСИСИ БАРВАКТИ НАВЗОДИ: ПЕШГУЙКУНАНДАХОИ КЛИНИКИЮ ЛАБОРАТОРИ ВА ОМИЛҲОИ ХАВФ	438
Омарбекова Б.Р.	438
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАСШИРЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ: УРОКИ ДЛЯ КАЗАХСТАНА	438
Омарбекова Б.Р.	439
PEDIATRACK AI: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ ПОДДЕРЖКИ СЕСТРИНСКОГО СКРИНИНГА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ	439
Пирматова Т.А., Али-заде Ш.Б.	439
ОЦЕНКА ВИТАМИНА D ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	439
Расулова С.А., Исмоилов К.И.	440
ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	440
Рахманова Г.А., Ходжаева О.Т., Бобоева Х.А.	440
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (ГАЛАКТОЗЕМИЯ) У РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	440
Рахманова З.Э., Шарипов З.Х., Бердиева Ф.О.	441
ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЁННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	441
Саидмурадова Г.М., Юсупов А.О., Каландарова М.А.	441
КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 ТИПА	441
Саидмурадова Г.М., Назарова З.С., Исоева М.Ф.	442
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	442
Саидмурадова Г.М., Назарова З.С. Нилуфари Киёмиддин	442
ТАҲЛИЛИ САБАБҲОИ ФАВТИ КҶДАКОН ДАР БЕМОРХОНАҲОИ СИРОЯТИИ ШАҲРИ ДУШАНБЕ ДАР ШАРОИТИ АВЛИ БЕМОРИИ СУРХЧА	442
Самиева Н.Ш.	443
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	443
Самиева Н.Ш.	444
ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДИАРЕЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И СВЯЗЬ СО СТЕПЕНЬЮ ДЕГИДРАТАЦИИ	444

Сатторов С.О., Нурматова Г.С.	444
ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	444
Сатторова А.П., Кузибаева Н.К.	444
ЗНАЧЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	444
Сатторова А.П., Кузибаева Н.К.	445
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ	445
Султонбеков Н.С., Исмоилов К.И., Зайнуддинова П.К.	445
СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНОГО И КАЛЬЦИЕВОГО ГОМЕОСТАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	445
Табарова Н.Б.	446
НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК	446
Табарова Н.Б.	446
ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА	446
Тажиева З.У., Маткаримова А.А., Курбанбаева Р.У.	447
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ	447
Толибов А.Х., Ходжаева Н.М., Салимов А.	447
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	447
Тошпулатова Г.О.	448
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ИИ-СИСТЕМЫ В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: КОНЦЕПЦИЯ АДАПТИВНОГО ПОДБОРА КОРРЕКЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ	448
Туробова З.Н., Кузибаев А.К.	448
ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	448
Улугова Х.Т., Лим М.В.	449
СТРУКТУРА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ	449
Файзуллаева Х.Б.	450
БИОХИМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ	450
Файзуллоев Н. ¹ , Ходжаева Н.М. ²	450
ОСОБЕННОСТИ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	450
Файзуллоев Н. ¹ , Ходжаева Н.М. ²	451
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ HBsAg- ПОЗИТИВНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ	451
Файзуллоев Н. ¹ , Ходжаева Н.М. ² , Саидмуродова Г.М. ²	451
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ НОСИТЕЛЬСТВА HBsAg	451
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.Р.	452
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ	452
Хайдарова О.Ф., Абдуллаева Н.А., Кадырова М.К.	452
КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕЛОГО НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	452
Ходжаева Н.М. ¹ , Файзуллоев Н. ² , Амиркулова Л.Т.	453
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	453
Ходжаева Н.М. ¹ , Файзуллоев Н. ²	453
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	453
Ходжаева Н.М. ¹ , Файзуллоев Н. ²	454
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	454
Ходжаева Н.Н. ¹ , Содиков Н.М. ² , Махфузуллах Азими ¹	455
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	455
Ходжаева Н.Н. ¹ , Содиков Н.М. ² , Махфузуллах Азими ¹	455
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ	455
¹ Исмаилов К.И., ¹ Хусенова М.С., ² Исмаилова М.А.	456
ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЁГКИХ И ГАЗОВОГО ГОМЕОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	456
Хусенова М.С. ¹ , Хакбердиев У.Ч. ² , Шарипова А.Ш. ²	456
БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	456
Шарипов А.Д.	457
ПРИМЕНЕНИЕ АДСОРБЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ ДИАРЕЕ У ДЕТЕЙ	457
Шарипов Ф.М.	457

ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	457
Шарипов Ф.М.	458
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ.....	458
Шарипова М.М., Исмоилов К.И., Юсупова М.А.	458
К ВОПРОСУ ФВД У ДЕТЕЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ И ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ	458
Шарипова М.М., Саломов З.Д., Рахимов М.М.	459
ИМПУЛЬСНАЯ ОСЦИЛЛОМЕТРИЯ КАК НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ	459
Шарифзода З.У., Бабаева Л.А., Сайдалиев Ш.Ш.	459
МИГРЕНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ	459
Шарифзода З.У., Бабаева Л.А.	460
ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	460
Эсоева Л.Г., Давлатов М.Дж.	460
ПРИМЕНЕНИЕ ХЕЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСФЕРАЛОМ У ДЕТЕЙ С ТАЛАССЕМИЕЙ	460
Юнусов А.Г.....	461
ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ	461
Юнусов А.Г.....	462
ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ ..	462
Юнусов К.К., Ходжаева Н.М.	462
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ.....	462
Якубова З.Х., Рахматуллаева М.А., Рахманова З.Э.....	463
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ И ИСХОДЫ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ.	463

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

